

# REDEGØRELSE FRA EKSPERT- PANELET OM KOKAINMISBRUG

- MAJ 2010



## Indholdsfortegnelse

Indledning .....	3
Forslag .....	4
1. Kokain .....	5
1.1. Rus- og skadevirkninger .....	5
1.2. Udbredelse .....	6
1.3. Kokainbrugerne .....	6
2. Forebyggelse .....	8
2.1. Situation .....	8
2.2. Udfordringer .....	10
2.3. anbefalinger om god praksis .....	10
2.4. Forslag til nyt initiativ .....	11
3. Tidlig indsats .....	12
3.1. Situation .....	12
3.2. Udfordringer .....	12
3.3. anbefalinger om god praksis .....	13
3.4. Forslag til nyt initiativ .....	13
4. Behandling .....	14
4.1. Social behandling og social indsats i øvrigt .....	14
4.1.1. Situation .....	14
4.1.2. Udfordringer .....	15
4.1.3. anbefalinger om god praksis .....	16
4.1.4. Forslag til nye initiativer .....	16
4.2. Lægelig behandling og sundhedsfaglig indsats i øvrigt .....	18
4.2.1. Situation .....	18
4.2.2. Udfordring .....	19
4.2.3. Forslag til nyt initiativ .....	19
4.3. Behandling i fængslerne .....	20
4.3.1. Situation .....	20
4.3.2. Udfordringer .....	21
4.3.3. Forslag til nyt initiativ .....	21
Bilag 1: Ekspertpanelets sammensætning og virksomhed .....	22
Bilag 2: Nærmere om kokain .....	23

## Indledning

På baggrund af den stigende udbredelse af kokainmisbrug nedsatte den daværende minister for sundhed og forebyggelse i september 2009 et ekspertpanel for at få et samlet billede af situationen og handlemulighederne. Ekspertpanelet blev bedt om at komme med ideer til, hvordan regeringen i samarbejde med landets kommuner kan tage hånd om kokainproblemerne.

Ekspertpanelet kan tilslutte sig, at den stigende udbredelse af kokain er et problem, som der bør tages hånd om. Ekspertpanelet finder det dog samtidig vigtigt at understrege, at forebyggelses- og behandlingsindsatsen bør have et bredere sigte end kokain alene. Baggrunden herfor er, at misbrugsmønstrene er under stadig forandring, hvortil kommer, at et for snævert fokus på et enkelt rusmiddel kan komme til at ske på bekostning af indsatsen mod andre rusmidler, som udgør et tilsvarende eller større problem. Efter ekspertpanelets opfattelse er det i den forbindelse afgørende at holde sig for øje, at alkohol og hash fortsat er de to mest udbredte rusmidler, og at 95 % af de unge i den mest udsatte aldersgruppe, dvs. de 16-24-årige, *ikke* bruger kokain. Ekspertpanelets forslag skal ses i dette perspektiv.

Folketinget har så sent som i 2007 behandlet og vedtaget et af regeringen fremsat lovforslag, der angik straffen for overtrædelse af lovgivningen om euforiserende stoffer, og der er i løbet af 2009 i forbindelse med konflikterne på rocker- og bandeområdet taget en række initiativer, bl.a. med henblik på at bekæmpe kriminaliteten på området. Et væsentligt element i denne indsats er gået på at konfiskere udbyttet af de kriminelle aktiviteter, herunder indtægter fra bl.a. salg af narkotika. Ekspertpanelet tager dette som udtryk for, at behovet for ændring af de relevante strafbestemmelser og for nye initiativer vedrørende den politimæssige indsats mod narkotikakriminalitet vurderes løbende under hensyntagen til den aktuelle situation. På den baggrund og i lyset af, at eventuelle forslag om sådanne ændringer og initiativer efter ekspertpanelets opfattelse i givet fald burde overvejes i en bredere sammenhæng end i et specifikt arbejde om kokainmisbrug, finder ekspertpanelet ikke grundlag for at fremsætte forslag om retsgrundlaget og retshåndhævelsen. Ekspertpanelet har således valgt at fokusere på forebyggelses- og behandlingsindsatsen.

## **Forslag**

Ekspertpanelets ideer til, hvordan regeringen i samarbejde med landets kommuner kan tage hånd om kokainproblemerne, har form af syv konkrete forslag til nye initiativer og en række mere generelle anbefalinger om god praksis.

I det følgende gennemgås de konkrete forslag. Forslagene og de udfordringer, som de skal ses på baggrund af, er nærmere beskrevet i afsnittene om hvert enkelt indsatsområde. I disse afsnit beskrives også de mere generelle anbefalinger, der primært retter sig til kommunerne som ansvarlige for forebyggelsen, den tidlige indsats og behandlingsindsatsen i praksis.

### **1. Modelkommuneprojekt om forebyggelse**

Det foreslås, at der på kommunalt plan i samarbejde med staten gennemføres et metodeudviklingsprojekt om rusmiddelforebyggelse på ungdomsuddannelser og andre arenaer udover grundskolen. Indsatsen skal kombinere generelle indsatser (f.eks. rusmiddelpolitikker) med indsatser målrettet de unge, som eksperimenterer med stoffer, eller som tilhører særlige risikogrupper. Metodeudviklingsprojektet kan med fordel gennemføres som et modelkommuneprojekt og tage udgangspunkt i erfaringerne fra projektet ”Narkoen ud af byen”.

### **2. Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud**

Det foreslås, at der fra centralt hold tages initiativ til et forsøg med oprettelse af et gratis og landsdækkende internetbaseret informations- og rådgivningstilbud. Især i forhold til de unge, der er fortrolige med denne kommunikationsform, antages internettilbuddet at kunne styrke den tidlige indsats markant. Tilbuddet, som vil kunne være anonymt, kan med fordel kombineres med telefonrådgivning, SMS-tjeneste mv.

### **3. Kombination af kokain- og hashmisbrugsbehandling**

Det foreslås, at der fra centralt hold tages initiativ til videre udvikling af behandlingsmodeller, der kombinerer behandling af kokainmisbrug med behandling af hashmisbrug.

### **4. Undersøgelse om de socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug**

Det foreslås, at der med fokus på de socialt marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug fra centralt hold tages initiativ til at gennemføre en nærmere undersøgelse af kokainproblemetets omfang.

### **5. Kompetenceudvikling mht. socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug**

Det foreslås, at man i forbindelse med en kommende uddannelse på stofmisbrugsområdet, indtænker det særlige kompetenceudviklingsbehov, som lokale frontmedarbejdere har i forhold arbejdet med de socialt mest marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug.

### **6. Analyse af behovet for vejledning til skadestuer mv.**

Det foreslås, at man fra centralt hold analyserer behovet for en vejledning til brug for skadestuer samt psykiatriske og andre afdelinger, som modtager rusmiddelforgiftede patienter.

### **7. Etablering af tilbud om behandling til kokainmisbrugere i flere åbne fængsler**

Da den aktuelle efterspørgsel på behandling i fængslerne vurderes ikke reelt at afspejle behovet, og da det er sandsynligt, at en yderligere opsøgende og motiverende indsats vil kunne identificere flere indsatte med et aktuelt eller potentielt misbrug, foreslås det, at der etableres tilbud om ikke-intensiv dagbehandling til kokainmisbrugere i flere åbne fængsler.

## 1. Kokain

I dette afsnit redegøres kort for kokainens rus- og skadevirkninger samt udbredelse. Afsnittet afsluttes med en beskrivelse af kokainbrugerne.

Bilag 2 indeholder nærmere oplysninger om rus- og skadevirkningerne samt udbredelsen. Bilaget indeholder endvidere en beskrivelse af kokainen og dens vej til Danmark såvel som af retsgrundlaget og retshåndhævelsen.

### 1.1. Rus- og skadevirkninger

Kokainrusen karakteriseres ved velvære, opstemthed, optimisme, øget energi, foretagsomhed, selskabelighed, snakkesaglighed, øget selvværdsfølelse, øget opmærksomhed og frigørelse af følelsesmæssige hæmninger. Sult, tørst og træthed mærkes ikke. Følelserne forstærkes, og dømmekraften nedsættes, hvilket sammen med en tendens til anspændthed, irritabilitet og aggressivitet øger risikoen for ulykker – specielt i trafikken – og vold.

Efter rusens optur kommer der i løbet af knap en time en nedtur præget af udmattelse, irritabilitet, nervøsitet, rastløshed, indadvendthed og nedtrykthed. Hertil kommer stærk stoftrang, idet kokain er meget afhængighedsskabende og i øvrigt skal indtages i stadig større mængder for at give den samme rusvirkning.

Nogle af kokains alvorligste skadevirkninger hænger sammen med, at blodtrykket øges, og hjertet belastes ved indtagelsen. I værste fald kan det medføre ”blodprop” og hjerneblødning.

Kokain indebærer endvidere en risiko for akut forgiftning, som kan være dødelig. Selv indtagelse af små mængder kan have fatale følger. Ud over risikoen for akut forgiftning indebærer kokain ved længevarende brug risiko for kronisk forgiftning, hvilket kan give sig udslag i, at fysiske og psykiske funktioner hæmmes. F.eks. nedsætter jævnlig kokainbrug både sexlyst og potens.

De psykiske virkninger kan ved længere tids misbrug manifestere sig ved plagsomme og alvorlige tilstande som angst, depression, paranoid psykose med forfølgelsesforestillinger og fjendtlighed eller delirium, som kan være ledsaget af mareridtagtige hallucinationer. En kokainpsykose varer nogle uger og kræver psykiatrisk behandling.

Visse skadevirkninger knytter sig mere til nogle indtagelsesmåder end andre. Ved snifning kan kokain give næseblod og efterhånden ødelægge næsens slimhinder. Forgiftningsrisikoen øges i forbindelse med indtagelse ved rygning eller injektion. Risikoen øges endvidere ved blandet indtagelse af kokain og alkohol, heroin eller andre bedøvende stoffer samt ved indtagelse af store doser. Det ovenfor nævnte hurtige skift fra optur til nedtur fører i øvrigt ofte til, at kokain tages flere gange efter hinanden, hvilket også øger forgiftningsrisikoen. De store humørsvingninger frister desuden mange brugere til at dæmpe nedturenes angst og uro med beroligende midler, hvorved der udvikles et blandingsmisbrug.

Ud over den allerede nævnte øgede forgiftningsrisiko i forbindelse med indtagelse ved injektion leder injektion let til et tvangsmæssigt indtagelsesmønster, som nemt fører til deling af injektionsudstyr med andre misbrugere med risiko for overførsel af smitte med hiv og hepatitis. Et kaotisk injektionsmisbrug er hyppigt kombineret med brug af usterile sprøjter og kanyler. Det giver risiko for infektion med bakterier, som kan medføre bylder, blodpropper, hjerteklapbetændelse og blodforgiftning. Kokain er endvidere kombineret med større tilbøjelighed til ubeskyttet sex og dermed mulighed for graviditet samt overførsel af smitte med kønssygdomme, hepatitis og hiv.

## 1.2. Udbredelse

95 % af de unge i den mest udsatte aldersgruppe, dvs. de 16-24-årige, bruger *ikke* kokain. Befolkningsundersøgelserne viser imidlertid en signifikant stigning i brugen af kokain siden år 2000. Stigningen ses især blandt unge mænd (16-24 år), hvor andelen, der har brugt kokain indenfor seneste år, er fordoblet fra 5 % i år 2000 til 10 % i 2008. De stimulerende stoffer, herunder kokain, er langt mindre udbredte blandt unge kvinder, hvor godt 2 % har brugt kokain indenfor seneste år. Brugen af andre stoffer, også de andre stimulerende stoffer, har ligget stabilt i samme periode.

Kokain har således vundet større udbredelse, og tilgængeligheden har spredt sig fra de større byer i Danmark til hele landet. Det er ikke alene i Danmark, at der er set en stigning i udbredelsen af kokain. Der har været en stigende udbredelse af kokain i Europa siden 1990'erne. Efter cannabis er kokain det mest udbredte stof i EU, selv om det varierer meget mellem landene.

For alle typer af euforiserende stoffer gælder det, at det er de unge, der eksperimenterer. Undersøgelser i hele befolkningen viser således, at det eksperimentelle brug af stoffer toppe i aldersgruppen 16-24 år, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-årsalderen. De fleste, der prøver stoffer, har et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Det er langt hen ad vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Det er dokumenteret i befolkningsundersøgelser, at det ofte er de unge, som har et stort alkoholforbrug og et daglig brug af tobak, der også bruger hash. Sammenhængen mellem brug af hash og andre illegale stoffer er også markant. Således har 98 % af dem, der har erfaring med andre illegale stoffer, også brugt hash. Disse sammenhænge må man holde sig for øje ved tilrettelæggelse af forebyggelsen og den tidlige indsats, jf. afsnit 2 og 3.

## 1.3. Kokainbrugerne

Kokainbrugerne kan for praktiske formål inddeles i fire grupper. Det drejer sig om:

- Personer, som har et sjældent forbrug af kokain, og som indtager kokain ved at sniffe.
- Regelmæssige brugere, hvoraf nogle i perioder vil intensivere brugen af kokain eller bruge det i længere tid.
- Afhængige brugere, hvor brugen af kokain dominerer livssituationen og adfærden med helbredsmæssige og sociale konsekvenser.
- Afhængige blandingsbrugere, hvor kokain spiller en væsentlig rolle i misbrugsmønsteret uden nødvendigvis at være hovedstoffet, som f.eks. kan være heroin eller et andet opioid. Misbruget har en intensiv og kaotisk karakter, hvad der forstærker de negative helbredsmæssige og sociale konsekvenser.

Det er afgørende, at indsatsen tager udgangspunkt i, hvilken af ovenstående grupper den enkelte kokainbruger tilhører. Men det er samtidig vigtigt, at indsatsen ikke alene tager udgangspunkt i (mis)brugets hyppighed og art, men også mere generelt den grad af social udsathed, som kokainbrugerens befinder sig i.

Med hensyn til graden af social udsathed kan der ligeledes arbejdes med en inddeling i fire grupper. Det drejer sig om:

- De *socialt inkluderede*, som ikke er en homogen gruppe, men spænder over et stort spektrum, der dog samlet set befinder sig inden for det kulturelt legitime område. De socialt inkluderede har gennem længere tid været solidt tilkøbt et eller flere af de centrale delsystemer i samfundet. De har med andre ord tilstrækkelig kapital og ressourcer til at kunne forvalte deres liv, og de deltager anerkendelsesværdigt i de samfundsmæssige fællesskaber.

- De *socialt sårbare*, som ligger i yderkanten af de socialt integreredes felt. De er endnu ikke aktivt indrullet i den selvforstærkende marginaliseringsproces, men deres livssituation indeholder en række skrøbeligheder, som i kombination med yderligere negative omstændigheder risikerer at tippe balancen. Endnu bevarer de en situation, hvor livsforløbet kan forvaltes konstruktivt, men modstandskraften mod yderligere belastninger er lille. De socialt sårbare kan siges at være i *risiko* for at blive ekskluderet.
- De *socialt udsatte*, som befinder sig i randen af samfundet, men som stadig har interaktioner med et eller flere delsystemer, om end sandsynligvis i lav grad. De socialt udsatte befinder sig i en livssituation med overhængende *fare* for eksklusion.
- De *socialt ekskluderede*, som på en mere længerevarende og omfattende måde er afkoblet fra de centrale delsystemer end den socialt udsatte. For den socialt ekskluderede har den negative og selvforstærkende proces omkring marginaliseringen og afvisningen fra det omkringliggende samfund sat sig stærkt igennem, både rent praktisk og i forhold til egen selvforståelse.

Det kræver en flerstrengt indsats at nå de meget forskellige grupper, der adskiller sig fra hinanden med hensyn til (mis)brugets hyppighed og art såvel som med hensyn til graden af social udsathed.

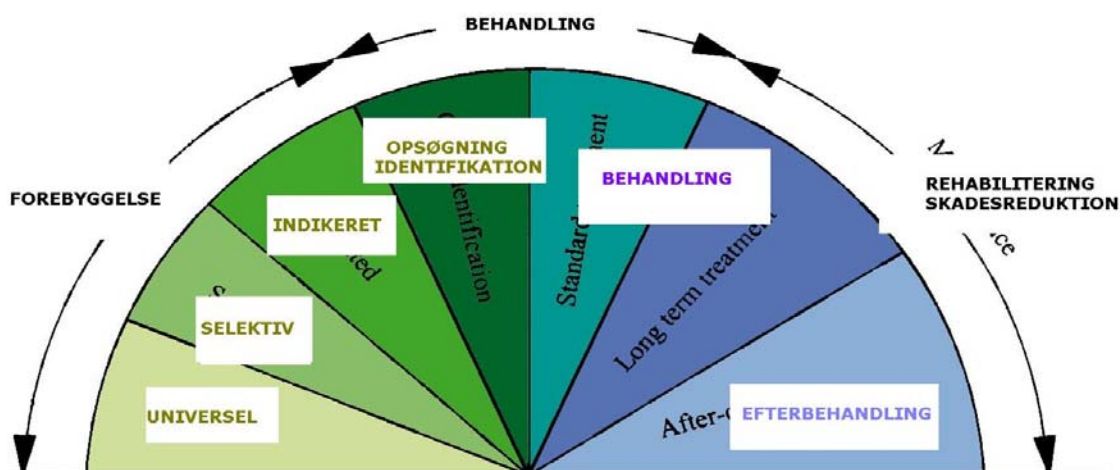
## 2. Forebyggelse

### 2.1. Situation

Den stigende udbredelse af kokain blandt unge kunne tale for et fokus på kokain i det forebyggende arbejde. Men forbrugsmønstrene viser, at det ikke nytter at se på ét stof alene, og at et fokus på kokain ikke må ske på bekostning af alkohol, hash og andre stimulerende stoffer. Det er afgørende at holde sig for øje, at alkohol og hash er de to mest udbredte rusmidler blandt unge, og at 95 % af de unge i den mest udsatte aldersgruppe, dvs. de 16-24-årige, *ikke* bruger kokain.

Forebyggelsesindsatsen står sig derfor ved at rette sig bredt mod rusmidler, som de unge bruger, og ikke fokusere ensidigt på kokain eller et andet rusmiddel. Den forebyggende indsats skal under alle omstændigheder undgå at bidrage til ”flertalsmisforståelser”, dvs. at unge og deres forældre kan komme til at tro, at det en almindelig og normal del af ungdomslivet at eksperimentere med kokain. Det er det ikke.

Den forebyggende indsats bør sigte på at forebygge både brug (med risiko for akutte skader og misbrugsudvikling) og egentligt misbrug, men indsatser er forskellige for forskellige målgrupper/faser i misbrugsudviklingen. Forebyggelse, behandling og skadesreducerende indsatser kan ses som et kontinuum med glidende overgang mellem forskellige typer af indsats, jf. figuren nedenfor.



I dette afsnit behandles den ungdomsrettede, forebyggende indsats. Det drejer sig om:

- Oplysning til og holdningsdannelse hos alle unge (universel forebyggelse).
- Indsats for et trygt natteliv for alle unge (universel forebyggelse).
- Oplysning og rådgivning til unge/grupper af unge i særlig risiko (selektiv/indikeret forebyggelse).

Tidlig indsats i form af motivation og behandling af unge, som har et problematisk brug af illegale stoffer såsom kokain (indikeret forebyggelse/opsøgning/behandling), behandles særskilt i afsnit 3.

#### *Universel forebyggelse*

Den almene oplysningsindsats har tre centrale målgrupper; nemlig teenagere (debutalderen ligger for næsten alle i teenageårene), forældre og professionelle, der arbejder med denne aldersgruppe. At klæde de voksne omkring de unge på til at være troværdige dialogpartnere og ram-



mesættere for de unge er mindst lige så vigtigt som direkte information til de unge. Flere undersøgelser viser således, at forældrenes indstilling har stor betydning for de unges brug af rusmidler.<sup>1</sup>

Det er vigtigt, at forebyggelsesindsatsen sker på et fagligt grundlag, herunder på grundlag af viden om udbredelse og risikofaktorer, og så vidt muligt med evidensbaserede metoder. Der kan udpeges seks veldokumenterede hovedprincipper for den forebyggende indsats. Det drejer sig om:

- at begrænse tilgængeligheden af rusmidler,
- at påvirke de sociale normer og undgå sociale overdrivelser,
- at lære de unge at stå imod gruppepres,
- at indgå i en ligeværdig kontakt og dialog med de unge,
- at inddrage familien og
- at holde fast i fagligheden.

I indsatsen rettet mod alle unge gælder det om at få udskudt debutalderen for rusmiddelbrug, at styrke den negative holdning til at tage stoffer, som stadig er den generelle norm, at modarbejde flertalsmisforståelser, og at øge de unges risikobevisthed i forhold til rusmidler generelt. Fokus bør være på de mest almindelige rusmidler, dvs. alkohol, hash og stimulerende stoffer i den rækkefølge og vægtning. Det store flertal har ikke brug for at vide alt om forskellige stoffer, men for at vide, at de fleste andre unge tager afstand fra at bruge stoffer, og for at have taget stilling til, hvordan man afviser tilbud om at prøve og have argumenter for ikke at prøve.

En særlig oplysningsindsats med fokus på kokain alene vil i forhold til den brede ungdomsgruppe risikere at gøre mere skade end gavn ved at give stoffet utilsigtet reklame og bidrage til flertalsmisforståelser. Omvendt er det sandsynligt, at en forebyggende indsats i forhold til alkohol vil være relevant for det store flertal og også indirekte vil kunne nedbringe antallet af unge, der eksperimenterer med stimulerende stoffer, idet et højt alkoholforbrug er en væsentlig risikofaktor for at prøve stoffer.

#### *Arenaer for forebyggelse*

Den mest oplagte arena for den almene indsats er *grundskolen* (alle skoler med 0-9. klassetrin), der har kontakt med stort set alle børn og unge samt deres forældre. Grundskolen har en generel forpligtelse til forebyggelse og sundhedsundervisning i det obligatoriske emne ”Sundheds- og seksualundervisning samt familiekundskab”. Undervisning om alkohol og stoffer kan indgå i denne undervisning, men det er op til den enkelte skole og klasselærer at vurdere, hvorvidt og hvordan narkotika skal tages op i undervisningen eller på forældremøder. Via kontakten til forældregruppen kan skolen bidrage væsentligt til forebyggelse af rusmiddelproblemer, f.eks. gennem forældreaftaler om at udskyde børnenes alkoholdebut, som også vil virke forebyggende i forhold til stofbrug.

*Ungdomsuddannelserne* er en lige så oplagt arena for rusmiddelforebyggelse som grundskolen, da disse uddannelser har kontakten til flertallet af de unge netop i den alder, hvor risikoen for stofeksperimenter er størst. De senere år har vist et stigende fokus på forebyggelse på ungdomsuddannelserne, og der arbejdes f.eks. med implementering af rusmiddelpolitikker og rådgivning af unge på flere gymnasier, handelsskoler, tekniske skoler og produktionsskoler. Et særligt fokus på de frafaldstruede unge er relevant i relation til at opdage og intervenere overfor rusmiddelproblemer.

<sup>1</sup> F.eks. Sabroe S, Fonager K. Unges erfaringer med rusmidler i 2003 og udviklingen siden 1995. FADL's Forlag. København 2004 eller Gundelach P, Järvinen M (reds). Unge, fester og alkohol. Akademisk Forlag. København 2006.

”Festmiljøer” dækker bredt over diskoteker, barer, halfester, klubber, lukkede fester mv. En målrettet indsats i disse sammenhænge er umiddelbart relevant, fordi det er her, at stoffer bliver brugt (ofte sammen med stor alkoholindtagelse), evt. forhandlet, og det er ofte i forbindelse med nattelivet, at de akutte skader i form af forgiftninger og ulykker forekommer. En forebyggende indsats i festmiljøer omfatter såvel udskænkning af alkohol som indsats mod illegale stoffer og vil være forankret i kommunen og politikredsene. Der er forskningsbaseret viden, som viser, at en forebyggende indsats efter principperne om ”Ansvarlig udskænkning” begrænser flere typer problemer i nattelivet, herunder vold og illegale stoffer, og positive danske erfaringer med at anvende de samme principper, bl.a. i Holstebro-projektet ”Trygt Natteliv” og i det aktuelle satspulje-modelkommuneprojekt ”Alkoholforebyggelse i kommunen”.

I de senere år er der udviklet et samarbejde mellem Sundhedsstyrelsen og brancheorganisationerne Festivaldanmark, som organiserer sommerens flerdages musikfestivaler landet over, og Spillesteder.dk, som organiserer landets spillesteder med livemusik. Samarbejdet har ført til målrettede, holdningsmarkerende informationskampagner mod stoffer på henholdsvis festivaler og spillesteder. Ideen er, at disse musikarrangører, der er trendsættere i ungdomskulturen, gennem klare anti-narkotikaudmeldinger kan styrke holdninger imod stoffer hos det unge publikum. Evalueringerne viser, at kampagnerne har stor gennemslagskraft og modtages positivt af en meget stor del publikum.

## 2.2. Udfordringer

Med hensyn til indsatsen i grundskolen er det op til den enkelte skole og klasselærer at vurdere, hvorvidt og hvordan narkotika skal tages op i undervisningen eller på forældremøder, hvortil kommer, at rusmiddelpolitikker heller ikke er obligatoriske. I 2008 rapporterede 57 % af kommunerne i en kortlægning, at de havde iværksat en forebyggende indsats mht. stofmisbrug, og grundskolen var den dominerende arena for indsatsen.<sup>2</sup>

Ungdomsuddannelserne er en mindst lige så oplagt arena for rusmiddelforebyggelse, men de har større udfordringer mht. til at løfte opgaven. Ungdomsuddannelserne har ikke nogen formel forpligtelse – eller belønning – for forebyggelse. Samtidig gør undervisningens rammer det ofte vanskeligere at give egentlig sundhedsundervisning, og en del uddannelsessteder mangler faglige kompetencer til forebyggelse. Endelig er der tale om et område med mange selvstændige uddannelsesinstitutioner og tilsvarende mange forskelle i miljø, kultur og organisering.

## 2.3. anbefalinger om god praksis

- I grundskolen er en rusmiddelpolitik en god ramme for indsatsen. En rusmiddelpolitik indeholder klare rammer for fester og alkohol samt handleplaner for problemsituationer, så enkelte individers eller grupper problemer med alkohol/stoffer opdages tidligt, og der intervenseres relevant. Handleplaner klargør processer og ressourcer for sådanne situationer.
- Rusmiddelpolitikken kan desuden tilskynde til samarbejde med forældrene om at udskyde alkoholdebut og undgå stofeksperimenter, bl.a. gennem forældremøder og forældreaftaler.
- Rusmiddelpolitikken kan definere rammerne for en effektiv rusmiddelforebyggende undervisning på det relevante tidspunkt for den enkelte klasse.
- På specielle skoletilbud til unge som f.eks. produktionsskoler og heldagsskoler er det særlig vigtigt at have rusmiddelpolitikker og relevante forebyggende indsatser.
- Også på ungdomsuddannelsesinstitutionerne anbefales det, at den enkelte uddannelsesinstitution udarbejder en dynamisk rusmiddelpolitik, der klargør regler ved skolens arrangementer, konsekvenser ved overskridelser og handleplaner for enkelte individers eller grupper problemer med alkohol/stoffer, så disse opdages tidligt, og så der intervenseres relevant. F.eks. kan rusmiddelpolitikken klargøre, hvordan man kan øge opmærksomhed overfor frafaldstruede unge og afklare, om rusmidler er en del af problemet. Rusmiddelpolitikken bør

<sup>2</sup> Kortlægning af kommunernes forebyggelses- og sundhedsfremmeindsats. Sundhedsstyrelsen 2008.

- også fastlægge, hvordan skolen kan bidrage til information og holdningsdannelse, f.eks. gennem afholdelse af temadage, kortlægning af rusmiddelbrug blandt elever osv.
- At styrke uddannelsernes og ungdommens uddannelsesvejlednings opmærksomhed, rådgivning og vejledning til unge med rusmiddelproblemer, herunder sikre, at vejledere kender signalerne og ved, hvordan de selv kan arbejde med disse problematikker, og hvem de i øvrigt kan henvise til.
  - Endelig er kommunernes forvaltning af alkoholbevillingsområdet, jf. metoden ”Ansvarlig udskænkning”, og andre indsatser for et tryggere natteliv redskaber, som det kan anbefales at anvende aktivt i det rusmiddelforebyggende arbejde.

## **2.4. Forslag til nyt initiativ**

### Modelkommuneprojekt om forebyggelse

Det foreslås, at der på kommunalt plan i samarbejde med staten gennemføres et metodeudviklingsprojekt om rusmiddelforebyggelse i forhold til unge i alderen 15-25 år. Projektet skal fokusere på ungdomsuddannelser og andre arener udover grundskolen. Indsatsen skal kombinere generelle indsatser (f.eks. rusmiddelpolitikker) med indsatser konkret målrettet de unge, som eksperimenterer med stoffer, eller som tilhører særlige risikogrupper (selektiv og indikeret forebyggelse). Metodeudviklingen skal være tværfaglig og koordineret inden for kommunen. Indsatsen kan baseres på samarbejdsaftaler mellem kommunen og de lokale ungdomsinstitutioner, herunder ungdomsuddannelsesinstitutioner (gymnasiale og erhvervsrettede) i kommunen, ungdommens uddannelsesvejledning, ungdomsskolen, evt. ungdomsklub for de ældre unge, og relevante lokale foreninger. Samarbejdsaftalerne skal omfatte udvikling af rusmiddelpolitik på institutionerne, nøglepersoner, handlevejledninger og kommunalt rådgivningstilbud til målgruppen. Der skal være særligt fokus på at styrke uddannelsernes og ungdommens uddannelsesvejlednings opmærksomhed på samt rådgivning og vejledning af unge med rusmiddelproblemer. Et sådant metodeudviklingsprojekt kan med fordel gennemføres som et modelkommuneprojekt og tage udgangspunkt i erfaringerne fra projektet ”Narkoen ud af byen”.<sup>3</sup>

---

<sup>3</sup> Se Vejledning for modelkommunerne i Narkoen ud af Byen, Sundhedsstyrelsen 2005, og Rusmiddelforebyggelse i praksis, Sundhedsstyrelsen 2007.

### 3. Tidlig indsats

#### 3.1. Situation

Kokain opleves som populært og moderne ikke mindst blandt de unge 18-25-årige. Kokain regnes ikke som et ”taberstof” på samme måde som heroin. En gruppe af kokain(mis)brugere, som ikke er i behandling, anvender kokain som feststof (til rekreativ brug) eller for at holde ”dampen oppe” under uddannelse eller i job. I et rådgivnings- og behandlingstilbud for unge i København<sup>4</sup> er 50 % af de unge i arbejde eller uddannelse. Her møder man en del unge inden for erhverv som service, transport og håndværk, hvor kokain er udbredt. De har ofte familie, uddannelse, job og venner. Det vurderes, at en større gruppe med brug/misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer ikke kommer i kontakt med det sociale behandlingssystem. Selv om de er i uddannelse eller job, har personer i denne gruppe ofte andre sociale og personlige problemer ud over kokain(mis)bruget. De er i betydelig risiko for, at kokainbruget udvikler sig til et behandlingskrævende misbrug med alvorlige konsekvenser til følge for den enkelte, familie og netværk.

Et centralt problem er, at de ikke opfatter sig selv som misbrugere, og at det er lettere at skjule et misbrug af kokain end et opiatmisbrug over for f.eks. arbejdsgiveren, familien og uddannelsesinstitutionen. Derfor opleves det irrelevant, nedværdigende og tabubelagt at opøge hjælp i et misbrugscenter, hvor kokain(mis)brugerne i øvrigt ikke er en central målgruppe.

For denne gruppe er en tidlig indsats, som befinder sig i den glidende overgang fra forebyggelse til behandling, og som består i motivation og rådgivning, relevant. Den tidlige indsats skal bygge bro mellem forebyggelse og behandling og dermed sikre sammenhængen mellem den specifikt forebyggende indsats henover rådgivning til den specifikt behandlende indsats.

#### 3.2. Udfordringer

Kokain(mis)brugerens ressourcer i form af familie, arbejde og venner stiller krav til indholdet i og måden, hvorpå tilbud om rådgivning og behandling indrettes og tilbydes den enkelte. Det er derfor vigtigt, at rådgivnings- og behandlingssystemet forsøger at gå nye veje for at tilpasse tilbuddene til personens selvopfattelse, identitet og behov. Der skal etableres nye måder at skabe kontakt til denne målgruppe, før deres situation bliver behandlingskrævende. Derfor ligger der f.eks. en vigtig signalværdi i, hvorledes tilbud om kokainbehandling placeres – at det f.eks. ligger et let tilgængeligt, men mere anonymt sted og på en anden fysisk lokalitet end resten af stofmisbrugsbehandlingen.

En del kokain(mis)brugere kan hjælpes blot ved kortere rådgivningsforløb. Det er både ressourcebesparende samfundsmæssigt og en minimal indgriben i personens identitetsopfattelse. For de mindst belastede kokainbrugere er f.eks. et ugentligt aftengruppemøde samt et begrænset antal individuelle samtaler oftest tilstrækkeligt. I Københavns Kommune eksempelvis tilbydes brugerne fire måneders behandling en gang ugentligt i gruppe og derefter to-seks måneders efterbehandling.

Kommunerne skal sørge for gratis rådgivning til personer med særlige sociale problemer, herunder misbrug af illegale rusmidler. Rådgivningen skal gives åbent og anonymt og skal afpasses den enkeltes behov. Den kan omfatte en række forskellige forhold, som for eksempel uddannelse, arbejde, bolig eller mere trivselsmæssige spørgsmål, samt stofrelaterede problemstillinger. Rådgivningen kan bestå af enkeltstående oplysning, i samtaler med personen, formidling af kontakt til andre myndigheder mv. I konkrete tilfælde kan der også være tale om en løbende kontakt. Egentlig behandling omfattes ikke af kommunens generelle rådgivningsforpligtigelse.

---

<sup>4</sup> Center for Unge og Misbrug, U-Turn.

Hvis det skal være muligt at skabe kontakt til den gruppe af borgere, som er i risiko for at udvikle et behandlingskrævende misbrug af kokain, er der behov for at afprøve nye typer af tilbud og metoder. Et behandlingstilbud mod misbrug af hash, kokain og andre stimulerende stoffer placeret og struktureret, så det fremstår lettilgængeligt for kokain(mis)brugere i arbejde/uddannelse, vil i højere grad blive benyttet af personer, der er i arbejde/uddannelse.

### **3.3. anbefalinger om god praksis**

- Jo hurtigere og tidligere i forløbet en kokain(mis)bruger søger hjælp, jo mindre behandling behøver personen: Jo før hjælpen kan træde ind, jo større chance for succes i behandlingen.
- Tilbud skal yde rådgivning såvel til den unge selv som til pårørende.
- Tilbud skal være lettilgængelige og tilpasset den enkeltes familie-, arbejds- og fritidsliv. Det betyder bl.a., at der skal være mulighed for at opsøge åben og anonym rådgivning, som giver mulighed for at inddrage familien, og hvor familien selv kan henvende sig telefonisk og personligt og modtage særskilte tilbud såsom kurser samt samtale- og selvhjælpsgrupper. Dette gør sig gældende generelt, men er ikke mindst relevant for de unge. De let tilgængelige anonyme rådgivninger kan f.eks. etableres i alle større kommuner, mens mindre kommuner i fællesskab kan etablere tilbud, bl.a. for at sikre anonymitet.
- At placere tilbud, der både indeholder anonym rådgivning og tilbud om behandling samme sted, kan være med til at sikre en sammenhæng mellem rådgivning og behandling, og medvirker med al sandsynlighed til, at man kan få fat i brugere, som ellers ikke ville søge behandling.

### **3.4. Forslag til nyt initiativ**

#### Internetbaseret informations- og rådgivningstilbud

Det foreslås, at der fra centralt hold tages initiativ til et forsøg med oprettelse af et gratis og landsdækkende internetbaseret informations- og rådgivningstilbud, som kan benyttes enten som supplement til et tilbud med personligt fremmøde eller som selvstændigt tilbud. Internettilbudet, som især i forhold til de unge, der er fortrolige med denne kommunikationsform, antages at kunne styrke den tidlige indsats markant, vil kunne være anonymt og vil kunne bestå af individuelle eller gruppebaserede tilbud, som også kan nå ud til tyndt befolkede landsdele. Den internetbaserede rådgivning er lettilgængelig og kan give information, støtte til egen håndtering af problemer og motivation til at søge nødvendig hjælp. Tilbuddet kan med fordel kombineres med telefonrådgivning, SMS-tjeneste mv. Der foreligger succesrige udenlandske programmer, og de positive erfaringer med SMS-tjenesten SMASH kan tjene som udgangspunkt for udvikling af en egentlig rådgivningsservice.

## 4. Behandling

### 4.1. Social behandling og social indsats i øvrigt

#### 4.1.1. Situation

Den sociale behandlingsindsats og den øvrige sociale støtte efter serviceloven skal altid ske ud fra den enkelte stofmisbrugerens behov. Overordnet koordineres den samlede indsats ved, at stofmisbrugeren skal have tilbud om, at der udarbejdes en handleplan, og en del af denne handleplan er planen for den sociale behandling og for den lægelige behandling, jf. afsnit 4.2.

De kokainmisbrugere, som henvender sig i ambulans behandling, indtager typisk stoffet for at fremme præstationer i arbejds- og fritidslivet og/eller for at kompensere for mangel på selvverd og andre psykosociale problemer. Kokain bruges for at kunne præstere mere sammen med venner, under uddannelse og på arbejde. Det lægger låg på følelsen af ikke at slå til og et lavt selvverd. Kokainmisbrugere, der er indskrevet i social behandling, fortæller om, hvordan man som misbruger af kokain kan skjule sit misbrug meget længe, selv om man har op- og nedture og periodiske depressive symptomer.

Erfaringer fra Københavns Kommune fra et tilbud for de over 25-årige<sup>5</sup> tegner et billede af en gruppe kokainmisbrugere, som ikke er så socialt belastet som de øvrige stofmisbrugere, der søger misbrugsbehandling. Ca. 70 % af de indskrevne her er enten i arbejde eller uddannelse og har en travl hverdag, med job, familie mv. Andre tal, som også er fra Københavns Kommune, viser, at 50 % af de unge under 25, som søger behandling for et kokainmisbrug, enten er i arbejde eller uddannelse. Størsteparten af de kokainmisbrugere, der søger behandling, er således borgere med et misbrug, som har medført psykiske problemer, men som endnu ikke har haft de meget omfattende sociale konsekvenser. Angsten for de sociale konsekvenser er imidlertid ofte en af bevæggrundene for, at disse kokainbrugere søger behandling.

De kokainmisbrugere, der er uden for uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, har generelt samme profil, som andre stofmisbrugergrupper. Der er således blandt kokainmisbrugerne nogle, der tager kokain og andre stoffer – typisk f.eks. hash – i et omfang, der har såvel psykiske som sociale konsekvenser, og nogle der erstatter heroin med kokain (fixer og ryger det). Nogle kokainmisbrugere – også blandt de unge – er således meget hårdt socialt belastede og er f.eks. at finde blandt indsatte i landets fængsler.

#### *De mest udsatte borgere med kokainmisbrug*

Kokainmisbrug blandt de allermest socialt udsatte med blandingsmisbrug er en storbyproblematik, som formentlig kan ses i de største byer i Danmark, og som tydeligt ses på Vesterbro i København, der har en åben stofscene. I løbet af de seneste år er der sket en stigning i anvendelsen af kokain blandt de mest belastede misbrugere. De sociale tilbud på Vesterbro anslår, at der findes en gruppe på 300-600 udsatte personer med daglig gang på Vesterbro, som har kokain som en del af deres misbrug. De fleste af dem har kokain som deres primære rusmiddel. En anden gruppe udsatte på måske 500-1000 færdes ofte på Vesterbro og køber euforiserende rusmidler, f.eks. kokain, heroin og benzodiazepiner. Hvor stor en andel af dem, der er afhængige af kokain, er mere usikkert.

Det anslås, at en ikke ubetydelig del af de mest udsatte, som bruger kokain, er i behandling med metadon eller buprenorphin, og at en del køber heroin eller metadon på gaden. En del af gruppen uden for behandlingssystemet er besluttet opioidafhængige. Nogle misbrugere tilkendegiver, at ringe tilgængelighed og høj pris på benzodiazepiner har medført, at de anvender opioider for at mildne kokainens eftervirkninger.

<sup>5</sup> Københavns Kommunes Hash og Kokainprojekt.

#### 4.1.2. Udfordringer

Borgere med et kokainmisbrug stiller nye krav og udfordringer til det sociale behandlingssystem. De socialt integrerede kokainmisbrugere har meget vanskeligt ved at identificere sig med gruppen af mere socialt udsatte misbrugere, som udgør den største og synligste gruppe i den ambulante stofmisbrugsbehandling. Når en borger anmoder om hjælp i det ambulante behandlingssystem, anser de ofte ikke selv forbruget af kokain som deres eneste eller deres primære problem. De ønsker ofte kun hjælp til psykiske problemer med f.eks. opgiveness, modløshed og lavt selvværd. Det er derfor vigtigt, at brugerne ikke bliver mere klientgjort end højst nødvendigt. Da kokainbrugere ofte heller ikke er så belastede som andre misbrugergrupper, er det tilsvarende vigtigt, at behandlingstilbuddet afgrænses til kun at omfatte det nødvendige tilbud.

Det er en udfordring for behandlingen, at den enkelte bliver i stand til at kunne bearbejde følelser og kunne sætte ord på egen situation. Dette kan eksempelvis gøres gennem tematisk arbejde med ambivalens og jeg-støttende indsatser, der har fokus på den enkeltes selvværd og troen på egne evner. Det er en krævende opgave, og der er betydelig risiko for ”drop-out”. Gruppen kræver en mere intensiv og kortvarig indsats, hvor teknologiske og motivationsfremmende midler må tænkes kreativt i anvendelse. Behandlingstilbuddene bør overvejende være gruppetilbud. For de unge er nøgleordene relationsarbejde kombineret med samtale og aktivitet. For de over 25-årige er nøgleordene kognitive og løsningsorienterede behandlingsmetoder kombineret med handlingsperspektiv i konkrete mål.

Det er en udfordring i behandlingen, at brugen af kokain som ekstremt psykisk afhængigheds-skabende stof ikke kan fjernes eller reduceres, uden at der sættes noget andet betydningsfuldt i stedet. En strategi kan være f.eks. at tilbyde fysisk udfordrende og præstationsorienterede aktiviteter som f.eks. dykning og rappelling. Disse aktiviteter skal supplere forløbet med behandlings-samtaler og evt. farmakologisk behandling.

Forældre opdager ofte sent, at deres barn har et misbrug af kokain. Den unges misbrugsadfærd og den tabubelagte situation gør, at den unge tilskyndes til at skjule det. På overfladen ser den enkelte ud til at klare det fint med arbejde, skole mv. Men under overfladen er situationen ofte præget af dårlig psykisk trivsel og lavt selvværd. Familien har brug for viden og støtte. Forældre har brug for at vide, hvad misbrugsadfærden betyder for hele familien, hvordan de passer på sig selv som familie og kan støtte deres barn. Det er en udfordring i behandlingen at hjælpe forældre med at synliggøre, hvad misbrugsadfærden betyder, og hvad der er ”rene” ungdoms-problemer.

#### *De mest socialt udsatte borgere med kokainmisbrug*

Det sociale arbejde med de mest udsatte personer, som er kokainafhængige, er svært og kompliceret på grund af den ustabile livsførelse og sociale situation, som stofindtagelsen medfører. Konsekvenserne for gruppen i forhold til kommunale tilbud vil ofte være, at de har meget vanskeligt ved at imødekomme de krav, der stilles i f.eks. jobcenter og behandlingssystem. Der er derfor risiko for, at de mest udsatte borgere får deres situation forværret gennem mistet kontanthjælp, tab af eventuel bolig pga. huslejerestance, beboerklager mv. I forbindelse med behandling er det for en del af gruppen meget vanskeligt – og måske nærmest umuligt – at opnå visitation til en helt nødvendig afskærmende behandling i døgnregi (typisk omsorgs- og stabiliserings-tilbud).

Det vanskelige sociale arbejde med de mest udsatte stiller særlige krav om beskyttelse, rummelighed og kompetencer til de fagpersoner, der arbejder i netop dette felt. Denne personalegruppe har et tydeligt behov for f.eks. supervision, debriefing efter voldsomme episoder, ambulanceplaner, bærbare alarmer mv.

#### 4.1.3. Anbefalinger om god praksis

- Behandlingstilbud skal kunne arbejde med hele misbrugerens livssituation. Hvis behandling skal lykkes, er det afgørende, at der er ressourcer til at arbejde med de problemer, som tynger mest. Ofte vil en lettelse af andre problemer af psykisk, social og psykiatrisk karakter frigive ressourcer til at arbejde med forbruget af kokain.
- Screening for psykiske problemer ved visitation til behandling er en anbefalet metode til at sikre, at det er det rette behandlingstilbud, borgeren får tilbudt.
- Behandlingstilbud, der indeholder struktureret, målrettet og intensiv terapi kombineret med sociale og fysiske aktiviteter, medvirker til at give indsigt i egne tanker, følelser og handlinger og giver kokainbrugeren øget selvværd og metoder til at udholde trang og ubehag.
- Kokainmisbrug kan have omfattende psykologiske, psykiatriske og fysiske konsekvenser/skadevirkninger. Det er derfor hensigtsmæssigt, at der er et tæt samarbejde mellem den sociale behandlingsindsats og sundhedssystemet for at kunne koordinere den sociale behandling med behandlingen af eventuelle samtidigt forekommende psykiatriske og/eller somatiske problemstillinger i sygehusregi eller hos egen læge.
- Jo mere kokainbrugers nære netværk inddrages, og jo hurtigere der trædes til med hjælp, desto større er sandsynligheden for, at kokainbrugeren kommer ud af sit misbrug og fortsat har familie og venner, der kan bidrage til at hjælpe ham eller hende igennem.
- Tilbud skal tilrettelægges, så de imødekommer gruppens særlige profil og behov, f.eks. være åbent uden for arbejdstid og være opsøgende i de miljøer, hvor kokainbrugere opholder sig. Ligeså skal der være behandlingstilbud af kortere varighed, hvor det er muligt at fortsætte sit normale liv ved siden af.
- Tilbud skal være åbne over for brugere, som i første omgang kun ønsker at reducere deres forbrug, da krav om total afholdenhed ofte skræmmer mange væk. Erfaringer viser, at næsten alle gennem behandlingen ender med at vælge afholdenhed som mål.
- Gruppen af kokainbrugere ser det ofte ikke som en mulighed at henvende sig til behandlingssystemet for stofmisbrugere. Derfor er det vigtigt, at kommunerne gør opmærksom på deres tilbud f.eks. i lokale medier, på uddannelsesinstitutioner, apoteker, biblioteker mv.

#### *Anbefalinger specifikt vedr. de mest socialt udsatte borgere med kokainmisbrug*

- Der er for den mest udsatte gruppe behov for refugium-tilbud med omsorg og pleje, der kan give stofafhængige mulighed for at få ro og aflastning.
- Tilbuddene til de mest udsatte skal være tilpasset brugerne med en nem og hurtig tilgængelighed til behandling og støtte, f.eks. tilbud med ikke-bureaukratiske henvisningssystemer og uden visitation.
- Til gruppen af de mest socialt udsatte og marginaliserede stofafhængige vil fremskudt gadeplanindsats baseret på tværfaglig og tværsektorielt samarbejde kunne hjælpe den enkelte persons sociale situation. Det vil f.eks. kunne medvirke til at forebygge tab af kontanthjælp, give mulighed for opskrivning til boform eller behandling. Metoder så som Case Management og ACT er her relevante til at løfte den opsøgende, helhedsorienterede og koordinerende skadesreducerende indsats, der samtænker diverse sociale og sundhedsmæssige tilbud af behandlingsmæssig og omsorgsmæssig karakter med myndighedsopgaven.

#### 4.1.4. Forslag til nye initiativer

##### Kombination af kokain- og hashmisbrugsbehandling

Det foreslås, at der fra centralt hold tages initiativ til videre udvikling af behandlingsmodeller, der kombinerer behandling af kokainmisbrug med behandling af hashmisbrug. Erfaringer fra Københavns Kommune viser, at hash- og kokainmisbrugere supplerer hinanden godt i grupper og giver en mere ligelig kønsfordeling i grupperne, hvilket også er givtigt. Ca. 90 % af de behandlingssøgende kokainmisbrugere i Københavns Kommune er mænd, for hash er det 60-70 %.<sup>6</sup>

<sup>6</sup> Dorrit Pedersen. Rapport om gruppebehandling af hash- og kokainmisbrug – målgrupper, metode og resultater. Socialforvaltningen, Københavns Kommune. Februar 2010.



### Undersøgelse om de socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug

Det foreslås, at der med fokus på de socialt marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug fra centralt hold tages initiativ til at gennemføre en nærmere undersøgelse af kokainproblemet omfang. Det skal i den forbindelse undersøges, hvilke indsatsproblemer der gør sig gældende i forhold til denne gruppe. Undersøgelsen skal samtidig afdække, hvorvidt der inden for gruppen er særlige risikogrupper, f.eks. unge 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, er adækvate og relevante og imødekommer netop det særlige i kokainproblemet.

### Kompetenceudvikling mht. socialt marginaliserede med kaotisk blandingsmisbrug

Ligeledes foreslås det, at man i det initiativ til uddannelse på diplomniveau, som p.t. er undervejs på stofmisbrugsområdet, indtænker det særlige kompetenceudviklingsbehov, som lokale frontmedarbejdere har i forhold arbejdet med de socialt mest marginaliserede personer med kaotisk blandingsmisbrug. Her tænkes der særligt på udvikling af frontmedarbejderens kompetencer til at kunne medvirke til at varetage koordinations- og vejledningsopgaver samt tilrettelægge en helhedsorienteret indsats mv. Sigtet hermed skal bl.a. være at forebygge, at der sker en forværring af de pågældendes situation i overensstemmelse med eksempelvis formålsbestemelsen i servicelovens § 81.

## 4.2. Lægelig behandling og sundhedsfaglig indsats i øvrigt<sup>7</sup>

### 4.2.1. Situation

Samtidig med den stigende udbredelse af kokain registreres der flere indlæggelser med kokainforgiftninger på landets skadestuer og flere kokainrelaterede indlæggelser i det psykiatriske behandlingssystem. På europæisk plan udgør kokain et stigende folkesundhedsproblem i EU, og kokain er den næsthøypigste årsag til søgning til misbrugsbehandling i EU.

Det er de regelmæssige brugere og de afhængige brugere, som har behov for lægelig behandling og sundhedsfaglig indsats i øvrigt.

Der findes ingen modgift mod kokain. Behandlingen er symptomatisk, dvs. at den retter sig ind efter de symptomer, som forgiftningen afstedkommer i den konkrete situation. Akut forgiftning i let og moderat grad bedres ofte spontant i rolige omgivelser uden behandling.

Stofinducerede psykiske tilstande som paranoid-hallucinatoriske psykoser, depressive tilstande og angsttilstande kan indicere specifik behandling, hvis de ikke svinder spontant i løbet af dage. Psykotiske symptomer behandles i den akutte fase med benzodiazepin. Ved forgiftning med centralstimulerende midler er der stor følsomhed over for bivirkninger af antipsykotika.

Krampeanfald, kardiovaskulær og respiratorisk insufficiens behandles efter sædvanlige principper. Det samme gælder behandling af delirium.

Med meget lille succes har lægeordineret kokain tidligere været afprøvet med det formål at reducere abstinenssymptomer og forebygge tilbagefald. I Storbritannien kunne læger i begrænset omfang behandle med kokain indtil 1968, hvor en national reform satte en stopper for denne form for substitutionsbehandling.

Der er efterhånden afprøvet en lang række medicinske præparater, heriblandt disulfiram kendt som Antabus, i forsøget på at finde et farmako-terapeutisk bud på forebyggelse og behandling af kokainmisbrug. Resultaterne har indtil nu været ganske beskedne, om end der inden for de sidste år er tegn til gennembrud på enkelte områder. Den medicinske strategi involverer forskellige angrebspunkter i forhold til kokainets virkning. I fokus er bl.a. signalstoffet dopamin, som spiller en central rolle i hjernens belønningssystem. Hovedparten af forsøgene går netop på enten at blokere for virkningen af dopamin eller at øge mængden af dette signalstof.

Blokering for virkningen af – om end ikke selve lysten til – kokain skulle man teoretisk set opnå gennem blokade af hjernens dopaminreceptorer. En stribe præparater er undersøgt med pauvert resultat. Ved stimulation af dopaminreceptorerne er målet derimod at opnå en jævn og stabil påvirkning af disse, således at trangen til kokain falder. Blandt de undersøgte præparater er bl.a. modafinil, som øger mængden af dopamin i hjernen. Modafinil anvendes allerede i behandlingen af ADHD.

Vaccination vil måske være en mulig behandlingsteknologi i fremtiden. Metoden har gennem de sidste 10 år avanceret fra eksperimentelle dyreforsøg i laboratoriet til forsøg med frivillige forsøgspersoner. Strategien ved en vaccination er at inaktivere kokain-molekylerne, før de trænger fra blodbanen og ind i hjernen. Inaktivering sker ved hjælp af kokain-specifikke antistoffer, som produceres af kroppens immunsystem som reaktion på vaccinationen. Resultatet bliver i sidste ende, at selve rusvirkningen udebliver, men derimod ikke trangen til stof. Dette forhold implicerer nogle etiske overvejelser og diskussioner om vaccinationens berettigelse som behandlingstilbud.

<sup>7</sup> Kilder: Narkotikasituationen i Europa 2009 (EMCDDA, 2009), Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling (Sundhedsstyrelsen, 2008), Treatment of problem cocaine use. A review of the literature (EMCDDA, 2007) og Cocaine and crack cocaine: A growing public health issue (EMCDDA, 2007).

Efter en periode med amerikansk dominans på området gennemføres der aktuelt en række europæiske forsøg med medicinsk behandling af kokainmisbrug. I England undersøger et klinisk forsøg effekten af modafinil i kombination med det sociale behandlingsprogram *contingency management* hos personer, som er i substitutionsbehandling for opioidafhængighed, og som samtidig bruger *crack*, jf. afsnit 1 i bilag 2. I Holland har man iværksat fem kliniske forsøg, der undersøger effekten af en række præparater bl.a. stimulerende forbindelser som dexamfetamin og modafinil. I Spanien og Italien har man som multicenterforsøg iværksat den hidtil største undersøgelse af kokainvaccinen TA-CD med flere hundrede deltagere. Tidligere forsøg med vaccinen i USA har påvist reduktion af kokainforbrug hos forsøgspersoner og øget fastholdelse af disse i behandling.

#### **4.2.2. Udfordring**

Det stigende antal rusmiddelforgiftninger, som behandles på danske skadestuer, afstedkommer et behov for bedre viden om forgiftningsmønstre, symptomer og behandlingsprincipper.

#### **4.2.3. Forslag til nyt initiativ**

##### Analyse af behovet for vejledning til skadestuer mv.

Det foreslås, at man fra centralt hold analyserer behovet for en vejledning til brug for skadestuer samt psykiatriske og andre afdelinger, som modtager rusmiddelforgiftede patienter. En eventuel vejledning skal kunne bruges som beslutningsstøtte i den kliniske situation, herunder give praktiske anvisninger på kardinalsymptomer, diagnostika og behandlingsprincipper.

### 4.3. Behandling i fængslerne

#### 4.3.1. Situation

##### *Adfærd og efterspørgsel i fængslerne*

De indsattes misbrugsmønster er i høj grad præget af de aktuelle rammer for deres adfærd i form af indespærring. Ved indespærring i stærkt begrænsede omgivelser – typisk i lukkede fængsler – og en hverdag, hvor en betragtelig del af tiden endvidere tilbringes i enrum, er kokainens virkning og egenskaber for de flestes vedkommende ikke attraktive. En kunstigt skabt energi kombineret med rastløshed harmonerer ikke med et udbredt ønske hos de fleste om at få tiden til at gå hurtigt, hvortil kommer, at det er forbundet med stærkt ubehag at sidde indespærret i lukket fængsel i en ”nedtur” med abstinenser for kokain. Et (mis)brug af hash og opioider understøtter i langt højere grad et sådant behov, og det afspejler sig endvidere også til en vis grad i efterspørgslen af, hvilken slags behandling man gerne vil have.

Graden af frihed i de åbne fængsler er større end i de lukkede fængsler, og det har formentlig en betydning for adfærden og dermed efterspørgslen på stoffer, som kan understøtte denne adfærd. Flere af de åbne fængsler kan det seneste år oplyse om et formodet øget kokainmisbrug blandt de indsatte, uden at det dog har kunnet dokumenteres.

Det lukkede statsfængsel i Nyborg har siden 2004 haft en særlig behandlingsafdeling, hvor målgruppen var misbrugere af centralstimulerende stoffer (typisk kokain og amfetamin).

Da tilbuddet blev planlagt i 2003, var situationen den, at de daværende amtskommuner meldte om en stigende efterspørgsel på specifik behandling for kokainmisbrug. Der var da også en vis efterspørgsel på den nye afdeling, men erfaringerne viser, at en del af de indsatte, som havde et kokainmisbrug, reelt havde et blandingsmisbrug, hvori kokain blot indgik.

Efter samme model som ovenfor omtalte behandlingsafdeling i Statsfængslet i Nyborg huser det åbne statsfængsel Søbysøgaard en behandlingsafdeling for kokainmisbrugere og andre misbrugere af centralstimulerende stoffer. Afdelingen har eksisteret siden 2006, og tilbuddet synes at være relevant, om end antallet af deltagere i behandlingen har været svingende. Således var 40 indskrevet i 2007 og 16 i 2008, mens der i 2009 var 31 personer i behandling i fængslet.

Målgrupperne i de to fængsles behandlingsafdelinger er i 2009 blevet udvidet til også at omfatte misbrug af andre stoffer. De ”rene” kokainmisbrugere ønsker nok behandling, men foretrækker et mindre intensivt tilbud, som ikke identificerer dem alene som misbrugere. Dette har gjort, at målgruppen har været vanskelig at motivere til det bestående tilbud.

Alle fængsler har tilbud om hashbehandling i dag, da hash vurderes at være det hyppigst anvendte rusmiddel af alle. I Statsfængslet i Jyderup vurderes det, at en del af de indsatte, som efterspørger hashbehandling, har et ikke ubetydeligt misbrug af kokain. Kokainmisbruget har endvidere i flere tilfælde vist sig at være det mest dominerende. I disse tilfælde tilbydes den indsatte overførsel til Statsfængslet Søbysøgaard, men som oftest afslår den indsatte en sådan flytning ud fra et ønske om ikke at komme geografisk for langt væk fra familien, da det vil påvirke muligheden negativt for at få besøg under afsoningen. Endvidere oplyser flere indsatte, at de ikke kan se sig selv på en decideret behandlingsafdeling, men at de gerne ville have mulighed for at tale med behandlere i ambulant regi.

En opgørelse foretaget af kriminalforsorgen den 18. december 2008 viste, at lige godt hver femte indsatte, som oplyste at have haft et forbrug af narkotika 30 dage inden indsættelsen, har haft centralstimulerende midler som det foretrukne stof forud for indsættelsen (men ikke nødvendigvis kokain). Tallet afspejler sig som nævnt ikke i efterspørgslen på behandling, hvilket kunne indikere, 1) at forbruget ikke er så omfattende, at det opleves som et problem af den enkelte indsatte, 2) at forbruget nok er omfattende, men at den enkelte indsatte ikke er motiveret for

behandling, 3) at forbruget alene sker lejlighedsvis og er på et så lavt niveau, at den enkelte indsatte reelt ikke mærker afhængighed/ubehag, eller 4) at behandlingstilbuddet ikke er tilstrækkeligt omfattende/attraktivt, idet indsatte som oftest ikke magter en flytning til et andet fængsel i en anden del af landet for at få en given behandling eller magter et behandlingstilbud af intensiv karakter.

Der er næppe nogen tvivl om, at større antal tilbud om behandling vil generere en større efterspørgsel.

#### **4.3.2. Udfordringer**

Som det fremgår af afsnit 4.3.1., er situationen i fængslerne umiddelbart ikke alarmerende, for så vidt angår kokainmisbrug. Der er ikke desto mindre grund til at antage, at der er et uopfyldt behandlingsbehov, da der potentielt er en gruppe af kokain(mis)brugere, idet i hvert fald 10 % af de indsatte har været i kontakt med stoffet indenfor 30 dage forud for indsættelsen. Det skal bemærkes, at selvrapporteringen med stor sandsynlighed udtrykker et minimumforbrug, idet det må formodes, at en del indsatte ikke ønsker at oplyse forbrug/misbrug af stoffer ved indsættelsen af frygt for, at det kan bruges imod dem.

Da stoffet endvidere har den egenskab, at et kokainmisbrug ofte genererer en særdeles aggressiv adfærd, er der god grund til at sætte ind, og en del indsatte i åbne fængsler ville formentlig kunne profitere af et relevant tilbud, hvis et sådant eksisterede.

#### **4.3.3. Forslag til nyt initiativ**

##### Etablering af tilbud om behandling til kokainmisbrugere i flere åbne fængsler

Det vurderes, at den aktuelle efterspørgsel på behandling ikke reelt afspejler behovet, og at det er sandsynligt, at en yderligere opsøgende og motiverende indsats vil kunne identificere flere indsatte med et aktuelt eller potentielt misbrug. I givet fald er det nuværende tilbud utilstrækkeligt, da erfaringen viser, at indsatte primært tager imod et behandlingstilbud, hvis det findes i den institution, de aktuelt befinder sig i.

Såfremt der var et behandlingstilbud til kokainmisbrugere i flere åbne fængsler, ville det således have en gavnlig effekt på efterspørgslen til behandling, idet behandlingen i givet fald ikke lænere medførte overførsel til et andet fængsel. Et tilbud om behandling for kokainmisbrug skulle i givet fald have en ikke-intensiv karakter og bør ikke forankres i en decideret behandlingsafdeling, men tilbydes som dagbehandling.

## **Bilag 1: Ekspertpanelets sammensætning og virksomhed**

Ekspertpanelet har haft følgende sammensætning:

- Birgitte Arent Eiriksson, rigsadvokatassessor, Rigsadvokaten
- Steen Bach, leder af SSP og forebyggelsesafdelingen, Esbjerg Kommune
- Trine Bek Hansen, politiassessor, Rigspolitiet
- Thomas Fuglsang, formand for Dansk Selskab for Addiktiv Medicin og centerchef for KABS Glostrup
- Kristian Jepsen, centerleder for Center for Socialt Udsatte, Horsens Kommune
- Niels Løppenthin, chefkonsulent, Direktoratet for Kriminalforsorgen
- Unna Madsen, Centerleder, Center for Unge og Misbrug, U-turn, Københavns Kommune
- Robert Olsen, forstander for Mændenes Hjem, København
- Anne-Marie Sindballe, specialkonsulent, Sundhedsstyrelsen
- Henriette Zeeberg, faglig leder, Servicestyrelsen

Ekspertpanelets arbejde har været tilrettelagt og ledet af Indenrigs- og Sundhedsministeriet. Socialministeriet og Justitsministeriet har bistået i forbindelse med arbejdet.

Ekspertpanelet blev nedsat i september 2009 og har holdt fire møder i perioden september 2009 – maj 2010.

## Bilag 2: Nærmere om kokain

### 1. Kokainen og dens vej til Danmark

Kokain udvindes af bladene fra kokaplanten. Det er typisk et hvidt krystallinsk pulver (kokainklorid), der f.eks. lægges i ”baner” på en glat overflade og derefter sniffes gennem næsen. Kokain kan dog også spises, drikkes eller injiceres. *Crack* er en basisk form for kokain, som findes i hvide, grålige og brunlige klumper eller flager. *Crack* kan ryges, og det samme gælder for den variant af kokain, der kaldes *freebase*. Den kokain, der beslaglægges i Danmark, er kokainklorid. *Crack* og *freebase* har dansk politi umiddelbart ikke set beslaglagt herhjemme.

Analyser af beslaglagt kokain viser stor forskel i koncentrationen eller renheden, dvs. procent aktivt stof. Koncentrationen i kokain, der ikke er blevet fortyndet, har været helt oppe på 89 %, mens koncentrationen i mindre mængder kokain, der sælges på gadeplan, typisk er på mellem 15 og 30 % med et gennemsnit på omkring 23 % i 2008. Ufortyndet kokain skønnes derfor at kunne fortyndes 4-6 gange. Der er dog en meget stor variation, idet koncentrationen i de enkelte beslag på gadeplan har været fra 2 til 82 % i 2008.<sup>8</sup>

Da den beslaglagte kokain således ikke alene består af det aktive stof, findes der i kokainprøverne en lang række tilsætningsstoffer. Retskemikerne har fundet lidocain, koffein, phenacetin og creatin (meget almindelige tilsætninger), procain, levamisol, diltiazem og hydroxyzin i kokainprøver fra det illegale marked. Nogle af disse stoffer kan føje yderligere sundhedsrisici til kokainens virkninger. Andre tilsætningsstoffer er flere forskellige slags sukker, inositol, manitol, laktose, sukrose, glucose, fruktose mv. Det er således svært – nærmest umuligt – for brugere at vide, hvilken mængde kokain de rent faktisk indtager, ligesom de heller ikke kan vide, hvilke tilsætningsstoffer det enkelte parti indeholder.

De seneste indberetninger fra politikredsene om priser på narkotika er fra oktober 2008. På dette tidspunkt var prisen for et gram kokain ca. 300-600 kr. på gadeplan. Den hyppigst forekommende pris ligger dog på omkring 500 kr. Dette er et kraftigt fald i prisen i forhold til 1982, hvor et gram kostede ca. 2.000-2.500 kr., mens det i år 2000 kostede mellem 600 og 1.200 kr.

Mens prisen på kokain således er faldet kraftigt, er indsmuglingen af kokain fra Syd- og Centralamerika til Europa steget kraftigt. Tilgængeligheden af kokain har spredt sig fra de større byer i Danmark til hele landet. Den større tilgængelighed af kokain ses ikke alene at gøre sig gældende i Danmark, men over hele Europa.

På baggrund af politiets efterforskninger og efterretninger kan det konstateres, at større mængder kokain smugles via Spanien og Holland til Danmark. Størstedelen af den kokain, der smugles til Danmark, skønnes primært at være indsmuglet via disse to lande, der sammen med Portugal regnes som de største transitlande i Europa. Endvidere smugles i henhold til politiets efterretninger en ikke uvæsentlig mængde til Europa via Balkan.

Indsmuglingen finder sted over landegrænsen med køretøjer, hvori kokainen er skjult i bagage eller i hemmeligt konstruerede rum i køretøjet. Indsmuglingen skønnes i vidt omfang at være organiseret af det kriminelle miljø i Danmark.

En ikke uvæsentlig mængde kokain indsmugles endvidere via de danske lufthavne. I 2003 blev der beslaglagt ca. 53 kg kokain i Københavns Lufthavn, mens der i 2008 blev beslaglagt 8,5 kg. I 2009 var der pr. 15. oktober beslaglagt 3 kg kokain. I alle tilfælde er der tale om udenlandske kurerer, herunder navnlig personer af sydamerikansk og vestafrikansk nationalitet. Kokainen

<sup>8</sup> I projektet ”Narkotika på gadeplan” overvåges indholdet af illegale stoffer, som forhandles på gadeplan. I projektet analyseres små stikprøvebaserede beslaglæggelser fra fem politikredse i Danmark (København, Århus, Odense, Aalborg og Esbjerg) af de retskemiske institutter. Projektet omfatter stofferne heroin (base og chlorid), kokainklorid, amfetamin, MDMA (ecstasy i pulverform). Projektet omfatter *ikke* cannabisprodukter eller stoffer i pilleform (sidstnævnte overvåges særskilt).

smugles som regel indvortes i mavesækken eller skjult i bagagen. Rejseruten er i langt de fleste tilfælde fra vestafrikanske lande via lufthavne i Madrid, Amsterdam, Lissabon eller Bruxelles til Københavns Lufthavn. I alle tilfælde skønnes det at være vestafrikanske kriminelle grupperinger, der organiserer disse indsmuglinger. Navnlig kriminelle grupper af nigeriansk oprindelse er kendt for at have etableret netværk i Europa og i Syd- og Centralamerika, der ved brug af kurer organiserer smuglingen.

## 2. Rus- og skadevirkninger

Kokain udløser ikke i sig selv en direkte rus (eufori), som er den øjeblikkelige, subjektive oplevelse af stoffets virkning. Kokain virker derimod indirekte ved at øge koncentrationen af hjernens eget signalstof dopamin, hvis rolle egentlig blot er at være kemisk budbringer mellem to nerver. Under normale forhold vil dopamin efter at have stimuleret hjernens såkaldte dopaminreceptorer blive borttransporteret og oplagret med henblik på senere brug. Kokain blokerer imidlertid denne borttransport, hvorefter signalstoffet indgår i et veritabelt bombardement af dopaminreceptorerne. Sådan starter en kokainrus.

Selve rusen giver velvære, opstemthed, optimisme, øget energi, foretagsomhed, selskabelighed, snakkesaglighed, øget selvværdsfølelse, øget opmærksomhed og frigørelse af følelsesmæssige hæmninger. Sult, tørst og træthed mærkes ikke. Følelserne forstærkes, og dømmekraften nedsættes. Der kan opstå rastløshed, anspændthed, irritabilitet, aggressivitet, angst, hyperopmærksomhed over for andres adfærd, vagtsomhed, selvhenførende tanker og forvirring.

Det vil føre for vidt at redegøre for de mange begivenheder, som finder sted på cellulært niveau. Her skal blot understreges, at der også for kokains vedkommende er en velbeskrevet neurofysiologisk baggrund for de begreber, som man normalt anvender i beskrivelsen af et rusmiddels virkning: Rus, tolerans samt afhængighed og abstinenssymptomer.

Kokainrusens styrke og forløb afhænger bl.a. af indtagelsesmåden, som er afgørende for optagelseshastigheden, dvs. den tid, der går, før kokainet er inde i blodbanen. Ved snifning via næseslimhinden eller ved injektion i en vene i albuebøjningen er transporttiden til hjernen ca. 14 sekunder. Ved inhalation er transporttiden til hjernen ca. 7 sekunder. Rygning giver med andre ord hurtig biologisk respons.

Virkningen, som altså kommer hurtigt, varer kort. Rusen varer typisk 15-30 minutter for kokain, der sniffes, og 5-10 minutter for *crack* og *freebase*.

Efter rusens optur kommer der i løbet af knap en time en nedtur præget af udmattelse, irritabilitet, nervøsitet, rastløshed, indadvendthed, nedtrykthed og stærk stoftrang.

Kokain indvirker kraftigt på en række centre og nerver i hjernen ved bl.a. at påvirke koncentrationen af flere signalstoffer såsom det ovenfor nævnte dopamin, der spiller en central rolle i hjernens "belønningssystem", serotonin, der er knyttet til reguleringen af humør og stemningsleje, og nor-adrenalin, der bl.a. indvirker på puls og blodtryk gennem påvirkning af hjerte og kredsløb.

Signalstoffet dopamin har betydning for rusvirkningen samt for udvikling af stoftrang og afhængighed, mens signalstoffet nor-adrenalin bevirker, at kroppens blodkar trækker sig sammen, hvilket resulterer i højere blodtryk og en større arbejdsmæssig belastning af hjertet. Nogle af kokains alvorligste skadevirkninger hænger sammen med kokainens påvirkning af nor-adrenalin, som i værste fald kan gå ud over blodforsyningen til hjerte, hjerne og vitale indre organer i form af infarkt, dvs. "blodprop". Kraftig stigning i blodtrykket øger samtidig risikoen for en hjerneblødning, specielt hos personer med blodkaranomalier i hjernen.



Ud over disse hjerneskader mv. kan kokain ved snifning give næseblod og efterhånden ødelægge næsens slimhinder. Mens brugen i begyndelsen stimulerer lysten til sex, nedsætter jævnlig kokainbrug både sexlyst og potens.

Kokain indebærer endvidere en risiko for forgiftninger, hvor man skelner mellem de akutte og de kroniske. Det skal i den forbindelse understreges, at der ikke er en klar sammenhæng mellem mængden af det indtagne kokain og alvorligheden af forgiftningen og dens forløb. Der er således beskrevet fatale forløb efter indtagelse af relativt små mængder kokain.

I skemaet nedenfor er anført symptomer og objektive fund ved lette, moderate og svære akutte forgiftninger med centralstimulerende stoffer såsom kokain.

<b>Let forgiftning</b>	<b>Moderat forgiftning</b>	<b>Svær forgiftning</b>
Kvalme og opkast	Hyperaktivitet	Delirium (hjernesvækkelse forårsaget af infektion eller forgiftning)
Mydriasis (store pupiller)	Insomnia (søvnløshed)	Muskelrigiditet (stive muskler)
Xerostomia (mundtørhed)	Konfusion (forvirring)	Koma (bevidstløshed)
Trismus (krampe i kæbemusklerne)	Forhøjet kropstemperatur	Krampeanfald
Tremor (rysten)	Øget muskeltonus (spændte muskler)	Hyponatriæmi (nedsat natrium i blodet)
Rastløshed	Aggression	Hypotension (for lavt blodtryk)
Blegthed	Panikangst	Kardiel arrytmie (hjerterytmeforstyrrelse)
Bruxismus (skære tænder)	Visuelle hallucinationer (se ting som ikke er til stede)	Intracerebral blødning (hjerneblødning)
Hyperrefleksi (forøgede reflekser)	Takypnø (hurtig vejrtrækning)	Hyperthermi (>40°C) (høj feber)
Irritabilitet	Takykardi (hurtig puls)	Metabolisk acidose (svær stofskifteforstyrrelse)
Palpitationer (hjerterebanken)	Hypertension (højt blodtryk)	Nyreinsufficiens (nyresvigt)
		Rhabdomyolysis (farlig tilstand forårsaget af opløst muskelvæv)
		Hepatotoksicitet (forgiftning af leveren)
		Respiratorisk distress-syndrom (alvorlig lungelidelse med svær åndenød)
		Dissimineret intravaskulær koagulation (koagulationsforstyrrelse med voldsomme indre blødninger)

Kilde: Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, Sundhedsstyrelsen 2008.

Kokainforgiftning kan være dødelig, og en kokainforgiftet skal hurtigt på skadestuen.

Forgiftningsrisikoen øges i forbindelse med indtagelse ved rygning eller injektion, hvortil kommer smitterisikoen ved brug af sprøjter. Risikoen øges endvidere ved blandet indtagelse af kokain og alkohol, heroin eller andre bedøvende stoffer samt ved indtagelse af store doser. Det ovenfor nævnte hurtige skift fra optur til nedtur fører i øvrigt ofte til, at kokain tages flere gange efter hinanden, hvilket også øger forgiftningsrisikoen. De store humørsvingninger frister desuden mange brugere til at dæmpe nedturenes angst og uro med beroligende midler, f.eks. alkohol, benzodiazepiner, heroin og andre opioider, hvorved der udvikles et blandingsmisbrug.

Særlig risikobetonet er blandingsmisbrug af sløvende rusmidler, f.eks. heroin, alkohol og benzodiazepiner, og opkvikkende rusmidler, f.eks. kokain og amfetamin, som kan give uforudsigelige virkninger. En særlig risikabel praksis er forbundet med indtagelse af ”speed-balls”, dvs. en blanding af heroin og kokain.

I 2008 var der i alt 239 direkte narkotikarelaterede dødsfald. I tre tilfælde var dødsårsagen forgiftning med kokain alene. I perioden 2004-08 har der hvert år været mellem 2 og 6 kokain-dødsfald. Men i langt de fleste forgiftningsdødsfald er der tale om, at flere stoffer samtidig medvirker til forgiftningen. En undersøgelse har vist, at der i gennemsnit kan påvises 3,3 forskellige stoffer i blodet hos de narkotikadøde, hvilket afspejler de udbredte blandingsmisbrug. Det er ikke særligt opgjort, hvor stor en rolle kokain spiller i denne type forgiftningsdødsfald.

I perioden 2000-2008 er antallet af sygehuskontakter pga. forgiftninger med euforiserende stoffer generelt steget med 20 %, mens forgiftninger med kokain er steget mere end 100 % fra 50 registrerede tilfælde i 2000 til 119 tilfælde i 2008. Den markante stigning ses dog både for kokain og for andre centralstimulerende stoffer<sup>9</sup>.

I perioden 1999-2008 er der i alt registreret 12.697 forgiftninger med euforiserende stoffer. Langt de fleste forgiftninger – godt 90 % – er behandlet på de somatiske skadestuer, og de resterende knap 10 % på de psykiatriske afdelinger.

Forgiftninger med hallucinogener og centralstimulerende stoffer ses hyppigst blandt de unge, jf. tabellen nedenfor, som beskriver sygehuskontakter efter intoksikationer og forgiftninger med de forskellige illegale stoffer i alle årene 1999-2008 fordelt på forskellige aldersgrupper.

---

<sup>9</sup> Narkotikasituationen i Danmark 2009. Sundhedsstyrelsen 2009, tabel 6.2.1.

	< 20 år	20-24 år	25-29 år	≥ 30 år
Opioider	170	366	593	2722
Centralstimulerende stoffer	874	822	461	669
Svampe og hallucinogener	104	74	33	47
Cannabis	328	302	180	246
Blandingsmisbrug og uspecificeret	916	938	718	2890
<b>I alt</b>	<b>2392</b>	<b>2502</b>	<b>1985</b>	<b>6574</b>

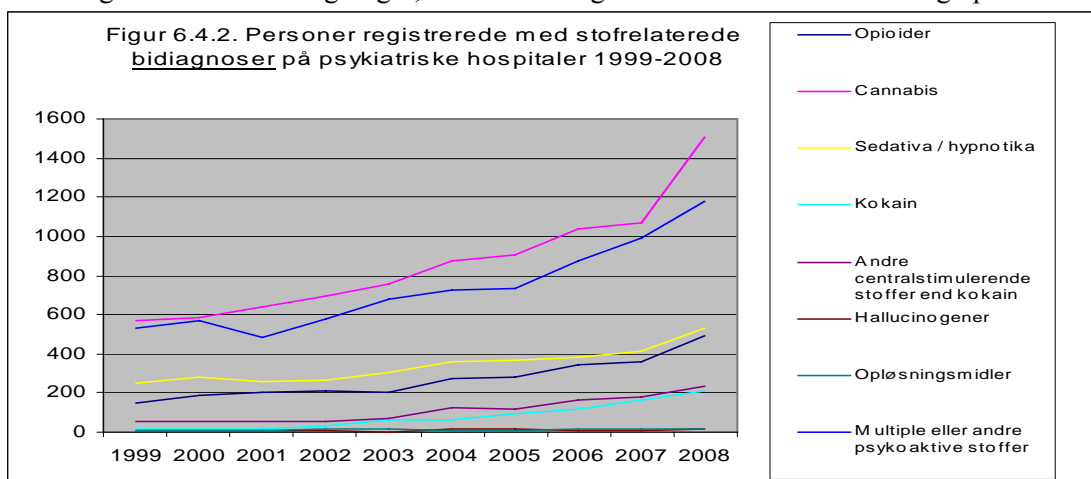
Kilde: Sundhedsstyrelsens Landspatientregister.

60 % af samtlige forgiftninger med centralstimulerende stoffer, herunder kokain, er registreret blandt unge under 24 år. Men i modsætning til andre centralstimulerende stoffer såsom amfetamin og ecstasy er kokain et stof, hvor der også ses mange forgiftninger hos de lidt ældre, og 38 % af forgiftningerne med kokain ses hos personer over 30 år<sup>10</sup>.

Ved hyppigt forbrug over længere tid af kokain (eller andre centralstimulerende stoffer) vil den stimulerende effekt ofte blive afløst af en hæmmende effekt på psykiske og fysiske funktioner. Der optræder tristhed, nedsat lystfølelse, træthed, psykomotorisk hæmning eller agitation (opkørthed), apati, passivitet og isolationstendens.

De psykiske virkninger af kokain er sædvanligvis reversible, men kan ved længere tids misbrug manifestere sig ved plagsomme og alvorlige tilstande som angst, depression, paranoid psykose med forfølgelsesforestillinger og fjendtlighed eller delirium, som kan være ledsaget af mareridt-agtige hallucinationer og oplevelser af, at der er ”kryb inden under huden” (”koka-dyr”). En kokainpsykose varer nogle uger og kræver psykiatrisk behandling.

Et stigende antal personer indlægges på psykiatrisk hospital med en stofrelateret hoved- eller bidiagnose. I 2008 var det samlede antal 4954 personer.<sup>11</sup> 56 personer blev indlagt med en koka-inrelateret hoveddiagnose, hvilket svarer til 3,6 % af alle med stofrelateret hoveddiagnose. 210 personer blev indlagt med en kokainrelateret bidiagnose, hvilket svarer til 6,1% af alle med stofrelateret bidiagnose. Antallet af kokainrelaterede bidiagnoser har været stigende de sidste 10 år, men som det ses af figuren nedenfor, er stigningen ikke større end for andre euforiserende stoffer og mindre end de stigninger, der ses i bidiagnoser relateret til cannabis og opioider.



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

<sup>10</sup> Narkotikasituationen i Danmark 2009. Sundhedsstyrelsen 2009.

<sup>11</sup> Narkotikasituationen i Danmark 2009. Sundhedsstyrelsen 2009.

De i forbindelse med selve rusen forstærkede følelser og den nedsatte dømmekraft, herunder overvurdering af egne evner og undervurdering af risici, samt tendensen til at blive anspændt, irriteret og aggressiv øger risikoen for fysiske traumer som følge af ulykker – specielt i trafikken – og vold.

Ud over den allerede nævnte øgede forgiftningsrisiko i forbindelse med indtagelse ved injektion leder injektion let til et tvangsmæssigt indtagelsesmønster, som nemt fører til deling af injektionsudstyr med andre misbrugere med risiko for overførsel af smitte med hiv og hepatitis. Der er endvidere større tilbøjelighed til at anvende vener på sårbare kropsdele som hænder og fødder og hals. Et kaotisk injektionsmisbrug er hyppigt kombineret med brug af usterile sprøjter og kanyler. Det giver risiko for infektion med bakterier, som kan medføre bylder, blodpropper, hjerteklapbetændelse og blodforgiftning. Kokain er endvidere kombineret med større tilbøjelighed til ubeskyttet sex og dermed mulighed for graviditet samt overførsel af smitte med køns sygdomme, hepatitis og hiv.

Kokainmisbrug er en komplicerende faktor i behandlingen af opioidafhængighed. Det nedsætter kompliance og reducerer udbyttet af den samlede sociale og lægelige misbrugsbehandling, ligesom det disponerer for ophør med behandlingen. Misbruget øger også risikoen for at destabilisere en velreguleret substitutionsbehandling med metadon gennem udvikling af et sideløbende heroinmisbrug.

Som nævnt er brug af kokain særlig risikabel for personer med blodkaranomalier i hjernen. Men også personer med hjertesygdomme er en særlig risikogruppe. Visse andre grupper har også en særlig risiko i forhold til skadevirkningerne. F.eks. er unge særligt sårbare overfor et vedvarende kokainmisbrugs negative indvirkning på den personlige og sociale udvikling. Unge har desuden en forøget risiko for at udvikle afhængighed og blandingsmisbrug, herunder af andre illegale stoffer. Dette gælder især socialt udsatte unge med ringe skoletrivsel, der starter et misbrug i de tidlige teenageår. Også for psykisk sårbare personer er brug af kokain særlig risikabel, idet brugen som tidligere nævnt i sig selv indebærer risiko for depression, angst og psykotiske symptomer.

Gravide udgør også en særlig risikogruppe forstået på den måde, at kokainmisbrug hos den gravide indebærer store risici for fostrets udvikling samt det videre forløb af svangerskab og fødsel. Især tidligt i graviditeten – dvs. i første trimester – er der risiko for misdannelser hos fostret. Kokain passerer moderkagen, og det er umiddelbart begribeligt, at det nemt får alvorlige konsekvenser for barnets trivsel såvel under graviditeten som efter fødslen. Til øvrige komplikationer hører væksthæmning, for tidlig fødsel, neonatale kramper og retardering. De udviklingsmæssige og trivselsmæssige problemer hos det spæde barn er kendt under betegnelsen ”crack baby”.

De i forvejen mest udsatte stofmisbrugere udgør endnu en særlig risikogruppe. I de sidste 3-6 år er mange af disse gået fra indtagelse primært af heroin til indtagelse primært af kokain. Det indebærer en udvikling for denne allerede belastede gruppe, der bl.a. er karakteriseret ved:

- flere psykoser og øget risiko for somatiske (fysiske) skader,
- flere konflikter mellem misbrugerne,
- at misbrugerne sover mindre eller efter egen døgnrytme – der soves i mange tilfælde ikke i flere dage (3-6 dage),
- at misbrugerne lever et kaotisk liv,
- at misbrugerne mister kontanthjælp,
- at mange har svært ved at overholde aftaler og ved at indgå i mere strukturerede forløb, og
- at misbrugerne mister kontakt til sociale netværk.

Den stigende udbredelse af kokain i Europa betyder, at kokain udgør et stigende folkesundhedsproblem i EU, især i Storbritannien, Tyskland, Spanien og Italien. Kokain var i 2009 den næsthøypigste årsag til søgning til misbrugsbehandling i EU.

### 3. Tolerans

Begrebet tolerans dækker over det forhold, at man skal indtage stadig større mængder stof for at opnå den samme rusvirkning.

Kokain udvikler tolerans, hvilket altså indebærer et behov for stadig større mængder kokain for at opnå den samme rusvirkning.

### 4. Afhængighed

Begrebet afhængighed dækker over det forhold, at man psykisk og/eller fysisk ikke kan undvære stof (stoftrang), og at en stadig større del af livet vil dreje sig om at skaffe stof. Udvikling af stoftrang og afhængighed hænger sammen med påvirkning af dopaminbalancen.

Kokain er et stærkt afhængighedsskabende stof. Den hurtige vekslen mellem op- og nedture disponerer for et frekvent og tvangspræget indtagelsesmønster, som er særlig udtalt i forbindelse med injektion og rygning. På grund af den hurtigere optagelseshastighed er *crack* særligt vane-dannende.

Abstinenssymptomer kommer mere eller mindre hurtigt og består i et – ofte intenst – psykisk og fysisk ubehag ved mangel på stof. Symptomernes ankomst og styrke afhænger bl.a. af rusmidlets udskilleleshastighed. For kokain går det stærkt, og nedturen melder sig inden for få timer til dage og betydeligt før, hvis stoffet injiceres eller ryges. Der optræder primært psykiske abstinenssymptomer i forbindelse med en kokainnedtur. Symptomerne er forstemthed, hvileløshed, træthed, psykomotorisk hæmning eller agitation, dvs. opkørthed, og søvnbesvær.

### 5. Udbredelse

#### Beslaglæggelser

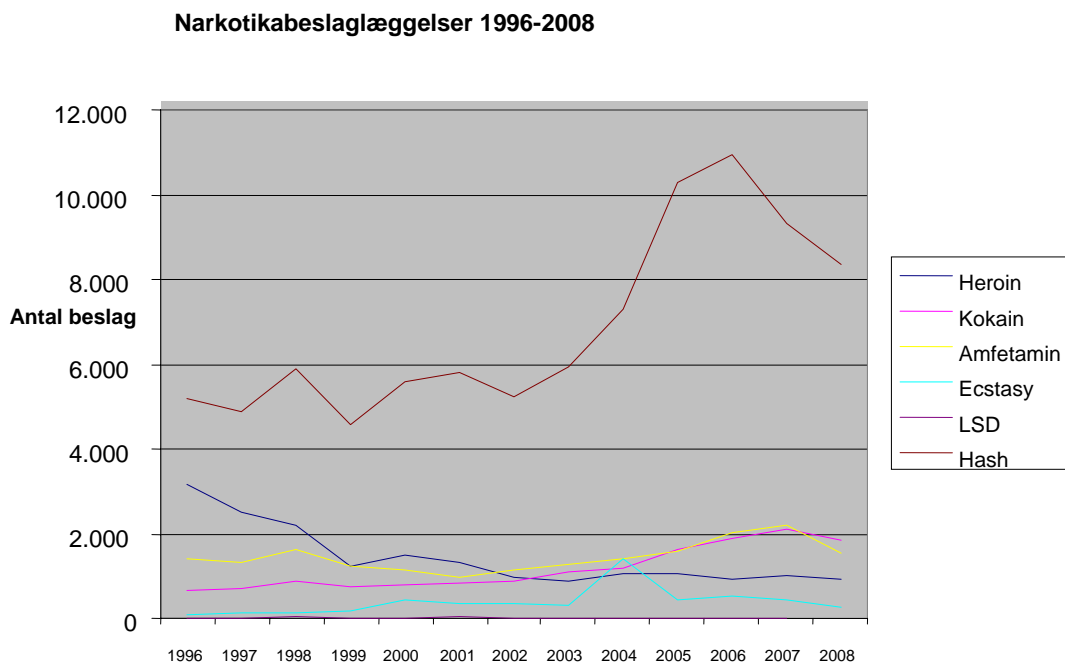
Politiet havde pr. 15. oktober 2009 beslaglagt i alt 52,16 kg kokain fordelt på 817 beslaglæggelser i 2009. Heri indgår en enkelt beslaglæggelse af omkring 23 kg kokain. Beslaglæggelsesmængden toppede i 2003, hvor store mængder blev forsøgt indsmuglet via Københavns Lufthavn. I 2003 blev der således beslaglagt mere end 53 kg kokain i lufthavnen fordelt på 9 beslaglæggelser. I alle disse sager var der tale om udenlandske kurerer. Året 2007 udmærker sig ligeledes med en samlet beslaglæggelsesmængde på 91,75 kg kokain, hvoraf omkring 38 kg var omfattet af en enkelt beslaglæggelse.

Tabellen nedenfor beskriver udviklingen i kokainbeslaglæggelser i perioden 2000-2009.

Beslaglæggelse af kokain i Danmark for årene 2000 - 2009										
	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009 *
Mængde i kg.	35,91	25,62	14,15	104,04	32,26	56,95	76,22	91,75	56,09	52,16
Antal beslaglæggelser	780	815	881	1.095	1.207	1.617	1.901	2.098	1.858	817

\* Indtil 15. oktober.

Figuren nedenfor beskriver udviklingen i antallet af beslaglæggelser af kokain og visse andre former for narkotika i perioden 1996-2008.



Som tidligere nævnt er den kokain, der beslaglægges i Danmark, kokainklorid, hvorimod dansk politi umiddelbart ikke har set kokainbase, dvs. *crack* og *freebase*, beslaglagt herhjemme.

Ligeledes som tidligere nævnt overvåges indholdet i de illegale stoffer, som i pulverform forhandles på gadeplan, systematisk i projektet ”Narkotika på gadeplan”. Disse analyser viser, at kokain i 2008 var det hyppigst forekommende stof på gadeplan, hvor 35 % af prøverne var kokain. Dog er der mindre geografiske forskelle, idet kokain er det dominerende stof i København og Aalborg, mens amfetamin dominerede markederne i Århus, Odense og Esbjerg i 2008. Amfetamin og kokain udgjorde samlet 66 % af prøverne fra gadeplan i 2008. Der er gennem årene fra 1995 til 2008 sket et skift i udbuddet på gadeplan fra dominans af heroin til dominans af centralstimulerende stoffer.

#### *Befolkningsundersøgelser*

Samlet set viser befolkningsundersøgelserne siden 2000, at det eksperimenterende brug af hash og andre illegale stoffer i Danmark ligger på et højt, men stabilt niveau. Hash har langt større udbredelse end alle andre illegale stoffer tilsammen. De nyeste tal viser, at mens 21 % af de 16-24-årige har brugt hash indenfor seneste år, har 8 % i denne aldersgruppe brugt et eller flere andre illegale stoffer end hash indenfor det seneste år og 2 % indenfor den seneste måned. De vigtigste andre illegale stoffer er de stimulerende stoffer amfetamin, kokain og ecstasy.

For alle typer af euforiserende stoffer gælder, at det er de unge, der eksperimenterer. De fleste, der prøver stoffer, har et eksperimentelt forbrug i en kortere periode i de unge år. Det er langt hen ad vejen de samme unge, som udsætter sig for de forskellige former for risikoadfærd. Det er dokumenteret i befolkningsundersøgelser, at det ofte er de unge, som har et stort alkoholforbrug og et daglig brug af tobak, der også bruger hash. Sammenhængen mellem brug af hash og andre illegale stoffer er også markant. Således har 98 % af dem, der har erfaring med andre illegale stoffer, også brugt hash. Disse sammenhænge må man holde sig for øje ved tilrettelæggelse af forebyggende indsatser.

Undersøgelser i hele befolkningen viser, at det eksperimentelle brug af stoffer toppe i aldersgruppen 16-24 år, og at meget få prøver stoffer første gang efter 20-årsalderen<sup>12</sup>. Langt de fleste (godt og vel 85 %) er over 14 år ved debut med hash og/eller andre stoffer, og meget få (under 2 %) er under 13 år<sup>13</sup>. Der er ikke de seneste 15 år påvist ændringer i debutalderen for at prøve illegale stoffer.

Som en undtagelse fra den generelle trend, dvs. højt, men stabilt niveau, viser befolkningsundersøgelserne en signifikant stigning i brug af kokain siden år 2000. Stigningen ses især blandt unge mænd (16-24 år), hvor andelen, der har brugt kokain indenfor seneste år, er fordoblet fra 5 % i år 2000 til 10 % i 2008. De stimulerende stoffer, herunder kokain, er langt mindre udbredte blandt unge kvinder, hvor godt 2 % har brugt kokain indenfor seneste år. Brug af andre stoffer, også de andre stimulerende stoffer, har ligget stabilt i samme perioden.

Tabellen nedenfor beskriver den procentvise andel af de 16-24-årige, der har et aktuelt brug (brug indenfor seneste år) af kokain, amfetamin og ecstasy i henholdsvis 2000, 2005 og 2008.

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

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

Analyser af tal fra de to seneste befolkningsundersøgelser, der dækker aldergrupperne fra 16 år og opefter, viser, at stigningen i brug af kokain ses blandt unge under 25 år, og at udbredelsen er større i hovedstadsområdet end i det øvrige land, jf. tabellen nedenfor. Der ses ikke en tilsvarende stigning for andre stoffer.

Tabellen nedenfor beskriver den procentandel, der har brugt illegale stoffer inden for det seneste år i forskellige regioner/aldersgrupper i 2005 og 2008.

<sup>12</sup> Narkotikasituationen i Danmark 2009.

<sup>13</sup> Monitorering af Unges Livsstil og Dagligdag 2008. MULD-rapport nr. 7. Kræftens Bekæmpelse og Sundhedsstyrelsen 2009.

	16-24 år				16-34 år				16-44 år			
	Region Hovedstaden		Øvrige regioner		Region Hovedstaden		Øvrige regioner		Region Hovedstaden		Øvrige regioner	
	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008	2005	2008
Hash	35,8	36,2	14,2	14,9	19,2	20,3	9,1	10,0	13,6	15,4	5,8	6,4
Kokain	5,9	8,2	2,3	4,5	5,1	4,3	1,7	2,9	3,6	3,6	1,1	1,8
Amfetamin	5,9	5,4	3,3	5,4	2,5	2,5	2,0	3,3	1,6	2,4	1,2	2,0
Ecstasy	0,6	1,8	1,8	2,5	1,1	0,7	0,8	1,3	0,7	0,5	0,5	0,8
Antal svarpersoner	176	164	743	698	582	329	1.920	1.389	996	423	3.488	1.806

Kilder: Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2005 (upubl.), Alkohol i Danmark 2008 (upubl.).

Stigning i udbredelsen af kokain ses også blandt de helt unge (15-16 år). Seneste skoleundersøgelse fra 2007 viser, at 3,2 % i denne aldersgruppe havde prøvet kokain nogensinde.<sup>14</sup>

#### Stofmisbrugere i behandling

I 2008 var der i alt 12.200 stofmisbrugere i behandling for deres misbrug.<sup>15</sup> De centralstimulerende stoffer optrådte i ringe omfang som hovedstof for misbrugere, der var indskrevet i behandling: 9,6 % opgav amfetamin, 6,5 % opgav kokain, og 0,9 % opgav ecstasy<sup>16</sup> som hovedstof.<sup>17</sup> Herudover bliver disse stoffer brugt som supplement til andre hovedstoffer. Heroin og andre opioider samt cannabis er de hyppigst anvendte stoffer blandt stofmisbrugere i behandling, men halvdelen af de indskrevne har et blandingsmisbrug, inden de kommer i behandling.

Kokain er lidt oftere hovedstof blandt de unge behandlingssøgende end i den samlede behandlingsgruppe. Det gælder dog i langt højere grad for amfetamin.

Tabellen nedenfor beskriver den procentvise fordeling på hovedstof for klienter indskrevet i behandling i 2003 og 2008 med kendt hovedstof.

	2003		2008	
	18 – 24-årige	Alle i behandling	18 – 24-årige	Alle i behandling
Hash	46,0	25,6	61,0	37,8
Heroin	15,3	30,2	6,6	19,0
Amfetamin	12,7	5,8	16,6	9,6
Kokain	5,8	4,4	6,1	6,5
Ecstasy	4,0	1,2	2,2	0,9
Andre opioider	4,8	20,1	2,5	20,7
Benzodiazepiner	1,7	2,1	2,0	2,2
LSD	0,0	0,0	0,0	0,0
Andet	9,8	10,5	2,9	3,4

Kilde: Sundhedsstyrelsens register over stofmisbrugere i behandling.

<sup>14</sup>ESPAD Report 2009.

<sup>15</sup> Narkotikasituationen i Danmark 2009. Sundhedsstyrelsen 2009. Bemærk, at tallene skal betragtes som minimumstal pga. registeromlægninger i forbindelse med kommunalreformen.

<sup>16</sup> Her opgjort som MDMA eller lignende.

<sup>17</sup> Procenterne er udregnet på basis af den del af behandlingspopulationen, som har angivet et hovedstof.



Som det ses af tabellen, er ungepopulationen karakteriseret ved i stigende grad at have hash og centralstimulerende stoffer som hovedproblem for deres misbrug. Både i 2003 og 2008 var kokain et lidt oftere hovedstof blandt de unge behandlingssøgende end i den samlede behandlingsgruppe. Aldersforskellen er dog langt mere markant for amfetamin.

#### *Sygehuskontakter pga. forgiftninger*

Der er set en markant stigning i antallet af sygehuskontakter pga. forgiftninger med kokain, hvoraf man også kan udlede, at udbredelsen af kokain både er sket blandt unge, der har et eksperimentelt forbrug af stoffer, og blandt ældre stofmisbrugere.

#### *Europa*

Det er ikke alene i Danmark, at der er set en stigning i udbredelsen af kokain. Der har været en stigende udbredelse af kokain i Europa siden 1990'erne. Efter cannabis er kokain det mest udbredte stof i EU, selv om det varierer meget mellem landene. Den største udbredelse af kokain på befolkningsniveau findes især i Spanien og Storbritannien, hvor udbredelsen dog ser ud til at være toppet, og derefter i Italien, Danmark og Irland. I nogle lande med lav udbredelse af kokain er det illegale marked domineret af amfetamin. I Danmark ligger kokain og amfetamin tæt på hinanden i udbredelse, jf. ovenfor.

Som tidligere nævnt udgør kokain et stigende folkesundhedsproblem i EU, især i Storbritannien, Tyskland, Spanien og Italien. Kokain er (2009) den næsthøjestårige årsag til søgning til misbrugsbehandling i EU.

## **6. Udbredelse i fængslerne**

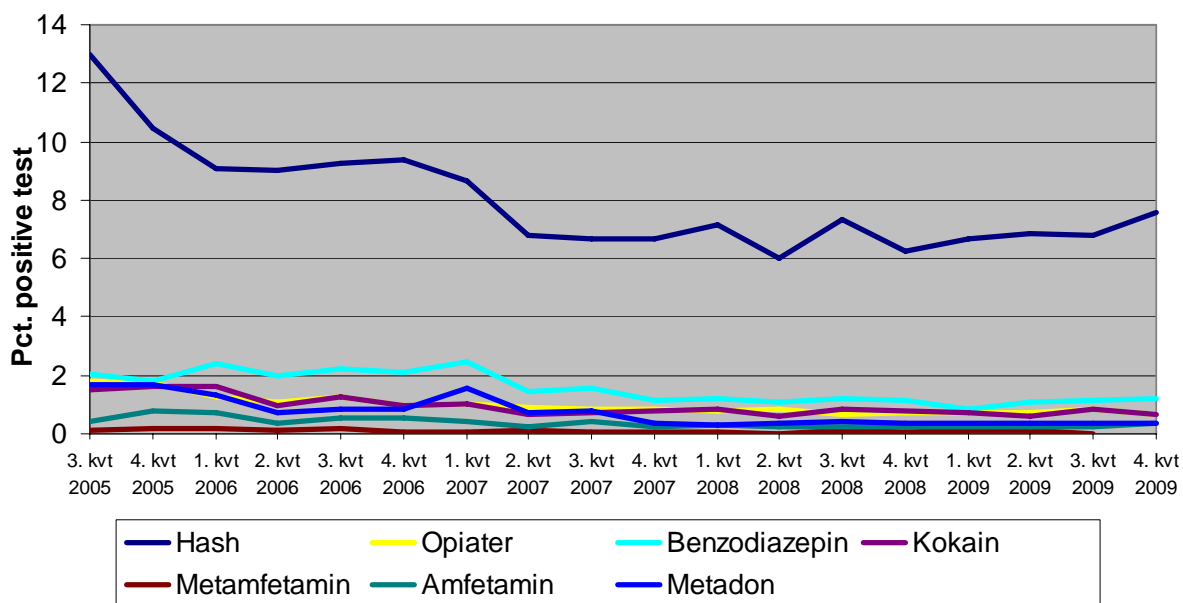
### *Urintests*

Antallet af urintests var i 2008 ca. 36.400 og omtrent 8 % af disse var positive. Kontrollen foretages både stikprøvevis og rutinemæssigt, f.eks. ved indsættelsen og ved konkret mistanke. Siden 2005 er antallet af positive urintests mere end halveret, jf. nedenfor figur og tabel om andel positive urintests fordelt på stoftype, hvor kokain i figuren er markeret med lilla. Tendensen er i øvrigt den samme for alle stoffer, nemlig omtrent en halvering igennem hele perioden med et konstant fald i antallet af positive prøver år for år.

Regeringen har indført nul-tolerance overfor alle stoffer i fængslerne, og Kriminalforsorgens institutioner har alle siden 2005 gennemført daglige stikprøvevis urintests af 2 % af alle indsatte. Positive tests eller besiddelse kan medføre diverse sanktioner såsom bøder, udelukkelse fra fællesskab med andre indsatte og inddragelse af tilladelse til udgang.

Siden nul-tolerancens indførelse har der fra tid til anden været forlydender om, at en del indsatte er begyndt at anvende centralstimulerende midler i højere grad end tidligere, idet disse stoffer omsættes relativt hurtigt og dermed er svære at spore ved urintests i modsætning til f.eks. hash. Det har dog ikke på noget tidspunkt været muligt at bekræfte, endsige dokumentere denne formodning, og en analyse af urintests foretaget i fængslerne i de senere år kan heller ikke identificere en sådan tendens.

Figuren nedenfor beskriver andel positive urintests fordelt på stofstype\*, 2005-2009.



\* Samme klient kan være positiv for flere stoffer ved samme test.

Tabellen nedenfor beskriver andel positive urintests fordelt efter stofstype\*, 2005-2009.

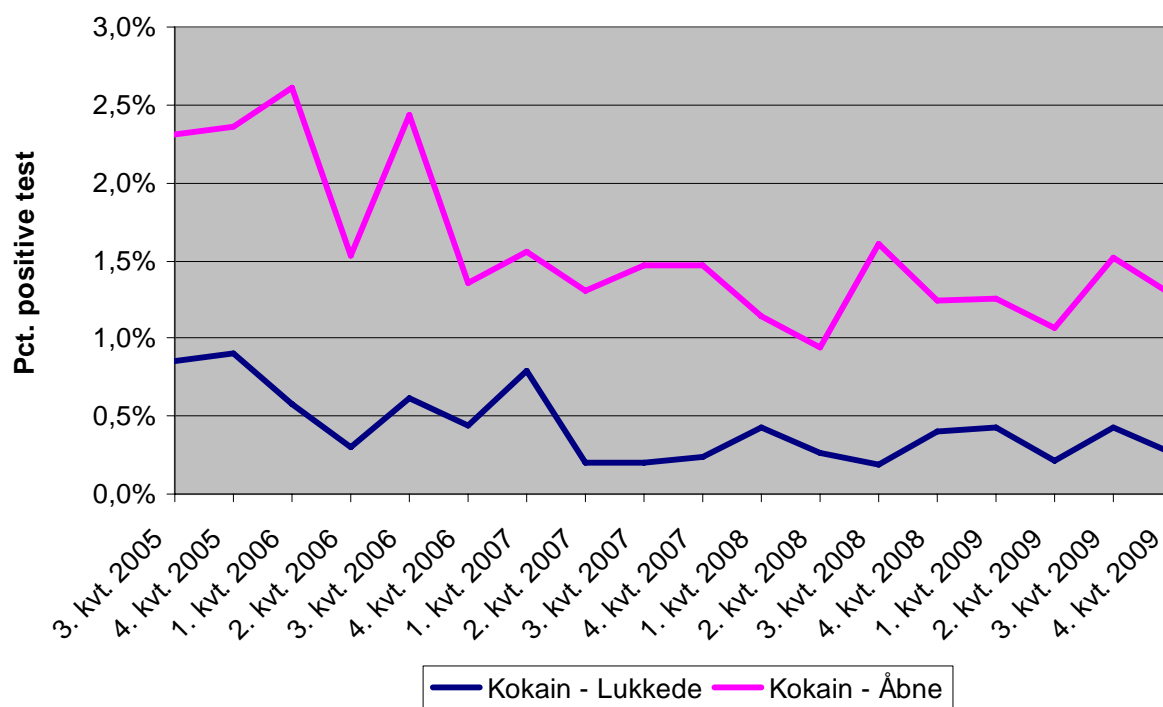
	Hash	Opiater	Benzodiazepin	Kokain	Metamfetamin	Amfetamin	Metadon
2005**	11,7	1,8	1,9	1,6	0,2	0,6	1,7
2006	9,2	1,1	2,2	1,2	0,1	0,5	0,9
2007	7,2	0,9	1,7	0,8	0,1	0,3	0,9
2008	6,7	0,8	1,1	0,7	0,1	0,3	0,4
2009	7,0	0,7	1,1	0,7	0,1	0,3	0,4

\* Samme klient kan være positiv for flere stoffer ved samme test.

\*\* 2005 fra og med 3. kvartal.

Det fremgår af figuren og tabellen ovenfor, at hash fortsat er det stof, som flest testes positivt for, mens kokain hele tiden har ligget lavt (højest i 2005 med 1,6 %).

Tabellen nedenfor beskriver andel urintests positive for kokain, fordelt på åbne og lukkede fængsler, 2005-2009.



Det fremgår af tabellen, at selvom andelen af positive urintests er faldet støt siden 2005, er der flere positive prøver i åbent end i lukket regi, som beskrevet i forrige afsnit.

#### *Foretrukne stoffer ved indsættelsen*

Ved indsættelsen bliver alle indsatte spurgt til stofmisbrug, herunder hvorvidt de har haft et forbrug af rusmidler indenfor 30 dage forud for indsættelsen. Næsten halvdelen af alle indsatte svarer bekræftende på dette spørgsmål. Dette bekræftes af Kriminalforsorgens opgørelse over indsatte, der var frihedsberøvet på en enkelt dag, den 18. december, i 2008. Opgørelsen bygger på de indsatte egne oplysninger.

787 indsatte (37 %) oplyste, at de ikke havde indtaget stoffer, mens hele 1003 indsatte oplyste, at de havde indtaget rusmidler den seneste måned op til frihedsberøvelsen. Dette svarer til 48 % af fængselspopulationen.

For langt størstedelen af de indsatte vedkommende var hash præferencestoffet. Hele 60 % af de indsatte, der svarede bekræftende på at have taget stoffer, har oplyst, at hash er det rusmiddel, de helst indtager. De centralstimulerende midler som amfetamin, kokain og ecstasy foretrækkes af 21 % og udgør dermed den næststørste gruppe. Endelig har 13 % angivet, at opioider, herunder heroin og metadon, er deres præferencestof.

Selvrappotereringen i 2008 viste endvidere, at der var henholdsvis 8,4 og 5,3 % af de indsatte i lukket og åbent fængsel, som havde kokain som førstepreparat (136 indsatte i alt), mens de tilsvarende tal i 2007 var 5,9 og 4,1 % (103 indsatte i alt). Der er således tale om en stigning både i faktiske tal og i den procentvise andel af indsatte.

Stigningen afspejles ikke umiddelbart i urintestanalysen ovenfor, men det er værd at bemærke, at urintests af kokain ikke nødvendigvis giver et helt retvisende billede. Der er endvidere formentlig en del indsatte, som har brugt kokain forud for indsættelsen, og som tager kokain i for-

bindelse med udgang, idet det med stor sandsynlighed ikke kan spores i en test ved tilbagekomsten.

Det afspejles heller ikke i urintestanalysen, at flere indsatte i lukket fængsel skulle tage kokain end i åbne fængsler. Tværtimod ses antallet af positive prøver at være størst i åbne fængsler igennem hele perioden.

#### *Beslaglæggelser*

Kriminalforsorgen foretager en række beslaglæggelser af ulovlige stoffer hvert år. Siden regeringen indførte nul-tolerance overfor stoffer, er også indsatsen i fængslerne intensiveret på dette område.

Der ses ikke en stigning i omfanget af beslaglæggelse af kokain i de senere år og heller ikke i det seneste årti.

Omfanget af fund fortæller erfaringsmæssigt ikke ret meget om det faktiske forbrug og omsætning af stoffer i fængslerne. En større beslaglæggelse *kan* være udtryk for et (midlertidigt) øget forbrug, men det kan også skyldes tilfældigheder, at man netop lige fandt et større parti, som havde udgangspunkt i et enkeltstående tilfælde.

### **7. Retsgrundlag og retshåndhævelse**

Anklagemyndighedens opgave er sammen med politiet at forfølge forbrydelser. Det er anklagemyndigheden, som vurderer, hvorvidt der skal rejses tiltale i en sag, og hvilken sanktionspåstand der skal nedlægges. Ved behandlingen af sager om besiddelse, salg mv. af narkotika vil anklagemyndigheden – som i alle andre sager – tage udgangspunkt i den relevante lovgivning på området, som er lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 191.

Det fremgår af lov om euforiserende stoffer, at overtrædelser af loven straffes med bøde eller fængsel indtil 2 år. Ved visse kvalificerede overtrædelser af loven er der dog i straffelovens § 191 fastsat en forhøjet strafferamme. Efter denne bestemmelse straffes den, der overtræder lovgivningen om euforiserende stoffer, med fængsel indtil 16 år.

Rigsadvokaten har i Rigsadvokatmeddelelse nr. 6/2006 om sanktionspåstande mv. i narkotikasager fastsat retningslinjer for anklagemyndighedens behandling af narkotikasager, herunder om tiltaléspørgsmålet (afgrænsningen mellem lov om euforiserende stoffer og straffelovens § 191) og sanktionspåstanden.

Af meddelelsen fremgår bl.a., at når en person findes i besiddelse af euforiserende stoffer, skal det med henblik på strafpåstanden overvejes, om der er tale om besiddelse af euforiserende stoffer til eget forbrug eller besiddelse af euforiserende stoffer med henblik på salg mv.

Besiddelse af mindre mængder euforiserende stoffer til eget forbrug straffes som udgangspunkt med bøde efter lov om euforiserende stoffer. I visse tilfælde kan der dog i stedet meddeles en advarsel, når sociale forhold taler herfor, og besiddelse af stoffet er udslag af en stærk afhængighed som følge af et længere- og vedvarende misbrug af euforiserende stoffer.

Er der derimod tale om salg mv., er udgangspunktet, at der skal fastsættes en frihedsstraf for overtrædelser.

Det betragtes i den forbindelse efter lov om euforiserende stoffer som en betydelig skærpene omstændighed, hvis der er tale om gentagen salg af et særligt farligt eller skadeligt stof (bl.a. heroin eller kokain), eller hvis salget sker på restaurationer, herunder diskoteker, eller ved kon-

center eller musikfestivaler. Tilsvarende gælder ved andre arrangementer, hvor det typisk hovedsageligt er børn og unge mennesker, der deltager.

Eksempelvis kan anføres, at anklagemyndighedens strafpåstand i sager om salg af små mængder særligt farligt eller skadeligt stof (0,01 til 0,2 gram heroin eller kokain) ved 1-2 handler i et førstegangstilfælde er 10 dages fængsel, i et andengangstilfælde 30-60 dages fængsel og i et tredjegangstilfælde 4 måneders fængsel. Sker salget f.eks. på et diskotek, forhøjes strafpåstanden yderligere.

Ved salg mv. af mere end 25 gram heroin eller kokain vil forholdet som udgangspunkt blive henført under straffelovens § 191, hvor der – som ovenfor anført – er fastsat en skærpet strafferamme. Straffens fastsættelse vil i den forbindelse navnlig afhænge af stoffets art og mængde samt gerningsmandens rolle i forbindelse med overtrædelsen.

Som eksempel på straffastsættelsen efter straffelovens § 191 kan nævnes en dom fra Vestre Landsret, som er trykt i TfK 2003.137, hvor den tiltalte blev idømt fængsel i syv måneder og en bøde på 500 kr. for besiddelse af 80 gram kokain med henblik på salg til en større kreds af personer samt for overtrædelse af våbenlovgivningen (besiddelse af 135 haglpatroner). Landsretten fandt efter forholdets karakter, herunder at tiltalte var dømt for besiddelse af en større mængde farligt narkotisk stof med henblik på salg, ikke grundlag for at gøre straffen betinget, heller ikke med vilkår om samfundstjeneste.

Endvidere kan nævnes en dom fra Højesteret, som er trykt i UfR 2006.2604H, hvor den tiltalte blev fundet skyldig bl.a. i køb og forsøg på køb af 925 gram kokain med henblik på videreoverdragelse. Under hensyntagen til arten og mængden af narkotika samt tiltaltes aktive og overordnede rolle i forbindelse med den begåede kriminalitet fastsatte Højesteret straffen til fængsel i 5 år.

Rigsadvokaten kan i øvrigt oplyse, at Rigspolitiet – til brug for Rigsadvokatens besvarelse af et folketingssspørgsmål – har fremsendt en opgørelse over bl.a. antallet af fældende afgørelser siden 2005 for overtrædelse af straffelovens § 191. Af opgørelsen fremgår følgende tal:

År	Antal
2005	1.268
2006	1.266
2007	1.300
2008	1.116
2009	1.034

Opgørelsen viser, at antallet af fældende afgørelser for overtrædelse af straffelovens § 191 har været forholdsvis stabilt gennem de seneste år. Det bemærkes, at det ikke har været muligt at udskille sager vedrørende kokain fra andre sager om overtrædelse af straffelovens § 191.