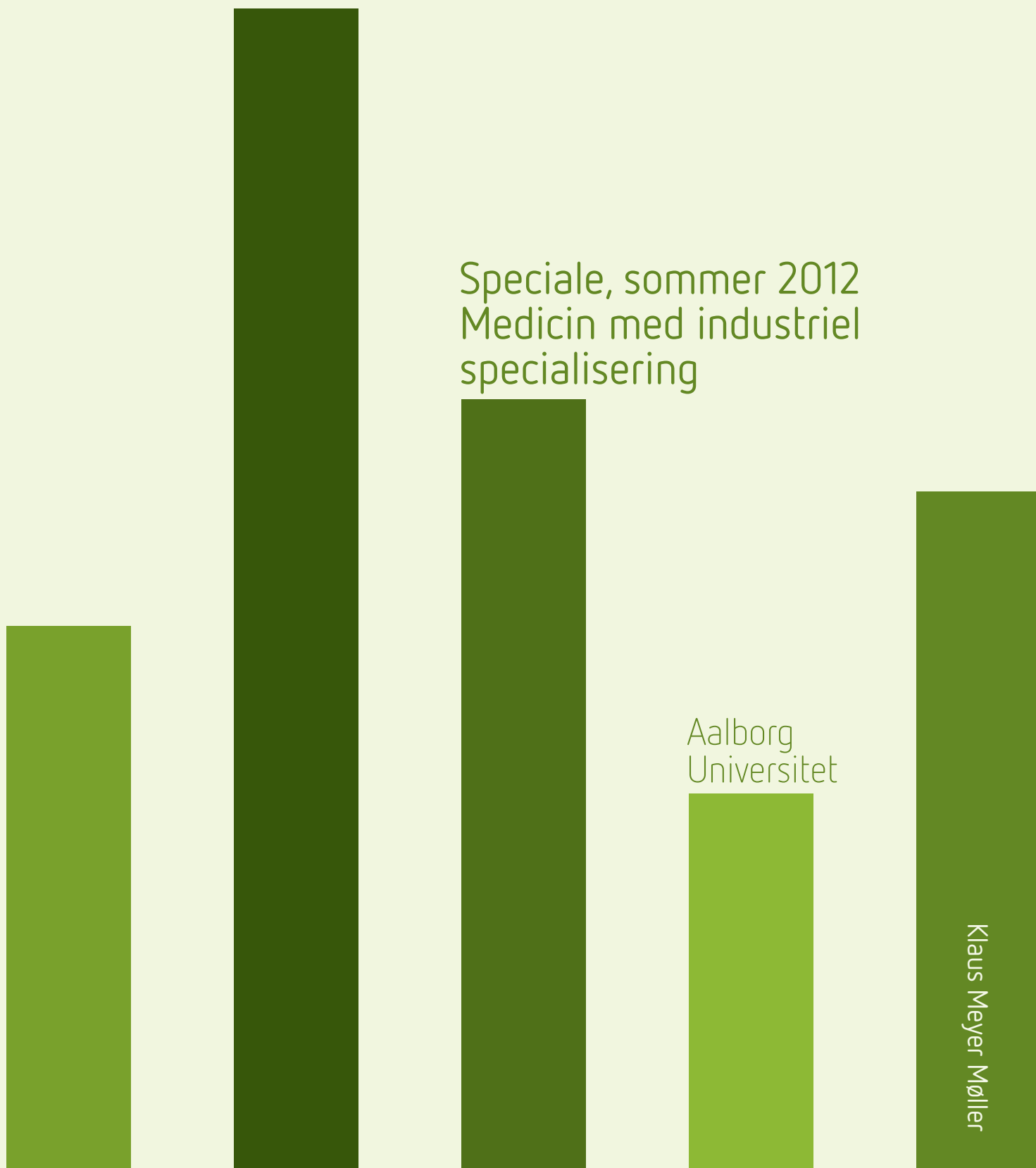


# STOFMISBRUGERES ØKONOMISKE BELASTNING PÅ DEN OFFENTLIGE SEKTOR I DANMARK





**Projekttitel:**

Stofmisbrugerens økonomiske belastning på den offentlige sektor i Danmark

**Projektperiode:**

01.02.2012-31.08.2012

**Forfatter:**

---

Klaus Meyer Møller

**Studienummer:**

20062519

**Vejleder:**

Lars Ehlers

**Antal kopier:**

4

**Antal sider:**

37

*Rapportens indhold er frit tilgængeligt, men offentliggørelse (med kildeangivelse) må kun ske efter aftale med forfatterne.*



# Abstract

## **Introduction**

The focus of this project has been to investigate the economic burden that drug addicts have on the public sector in Denmark. The last 10 years has shown a significant rise in persons with an addiction to illicit drugs. Substance abuse often leads to marginalization of the person, which causes societal problems, that not only has an impact on the individual, but also in big proportion to the family, friends and society in general. Substance abuse can force the addict into making critical decisions, which would not have been the case with an absence of the addiction. Drug addicts tend to commit crime for which they get punished, they cannot take care of their children, who will be placed with a foster family and they cannot hold down a job and thereby not be able to provide for them self and their family. These facts are just a few out of many, where addiction takes over the life of the individual.

The interest in this project has been formulated as a research question:

*“What are the costs in the public Danish sector to drug addiction in whole of 2010”*

This question is important to answer, since it will provide valuable knowledge to decision makers whether to increase the effort for prevention and treatment of drug addiction. A systematic litterateur review showed that there is a great lack of analysis on the topics, why this project only is a small step in the big progress.

## **Method**

The methodology used in this project was the principles of a *cost-of-illness* analysis, where costs are identified, measured and valued and, in relation to the research question, all had a resource consumption with an origin from the public sector.

## **Result**

The results showed public costs between 1.2-1.5 billion DKK, which were calculated for only a segment of the actual population of drug addicts. Estimates from a Swedish study showed costs adding up to 7.8 billion DKK, calculated for the same segment of the total population.

## **Discussion**

All estimated values in this project were considered conservative calculated and any dominating sensitivity would only increase the total costs. Thus, framing the problem of drug addiction to have a very high economic impact on the costs in the public sector. Further analysis is needed in the area to establish a solid ground for decision-making and this project only sends a message about the extent of the problem.



# Indholdsfortegnelse

<b>1</b>	<b>INDLEDNING</b>	<b>1</b>
<b>2</b>	<b>INTRODUKTION</b>	<b>2</b>
2.1	OMFANGET AF STOFMISBRUGET I DANMARK	2
2.2	EUFORISERENDE STOFFERS BIOLOGI OG AFHÆNGIGHED	3
<b>3</b>	<b>PROBLEMFOMULERING</b>	<b>6</b>
3.1	AFGRÆNSNING OG FORMÅLSBESKRIVELSE	6
<b>4</b>	<b>METODE FOR ESTIMERING AF OMKOSTNINGER OG RESSOURCEFORBRUG</b>	<b>7</b>
4.1	COST-OF-ILLNESS	7
4.2	ESTIMERING AF RESSOURCEFORBRUG	7
4.3	IDENTIFIKATION AF RESSOURCEFORBRUG	8
4.4	OPGØRELSE AF RESSOURCEFORBRUG	9
4.5	VÆRDISÆTNING AF RESSOURCEFORBRUG	10
<b>5</b>	<b>LITTERATURSØGNING</b>	<b>11</b>
5.1	SØGESTRATEGI	11
5.2	RESULTAT AF LITTERATURSØGNING	12
<b>6</b>	<b>OPGØRELSE AF OFFENTLIGE OMKOSTNINGER</b>	<b>14</b>
6.1	IDENTIFIKATION AF POPULATION	14
6.2	IDENTIFIKATION AF RESSOURCEFORBRUG	15
6.3	OPGØRELSE AF RESSOURCEFORBRUG – HVAD ER BLEVET GENNEMFØRT	18
6.4	OPGØRELSE AF RESSOURCEFORBRUG – HVAD ER OPTIMALT OG HVAD ER REALISTISK	23
6.5	VÆRDISÆTNING AF RESSOURCEFORBRUG	26
6.6	ESTIMAT FRA SVENSK STUDIE	28
<b>7</b>	<b>RESULTATER</b>	<b>29</b>
<b>8</b>	<b>DISKUSSION</b>	<b>31</b>
<b>9</b>	<b>REFERENCELISTE</b>	<b>34</b>



# 1 INDLEDNING

I de sidste 10 år er der set en stigning i antallet af stofmisbrugere i Danmark. Stofmisbrug har ikke kun store konsekvenser for den enkelte misbruger, men påvirker også samfundet i høj grad. Afhængighedssyndromet er defineret af World Health Organisation og omfatter mange euforiserende stoffer, og det er påvist at graden af afhængighed er forskellig fra eksempelvis heroin til cannabis. Et misbrug kan i værste fald føre en person ud i meget ekstreme situationer, hvor vedkommende er villig til at gå til yderligheder for at skaffe penge til sit næste fix, selv hvis det er på bekostning af sin familie, venner og medborgeres ve og vel. En stor del af gruppen af stofmisbrugere er socialt udsatte og bevæger sig i et meget hårdt miljø forbundet med hård kriminalitet, vold og sundhedsskadelig adfærd.

Regeringen har i stor grad sat større fokus på behandlingen og forebyggelse af stofmisbrug i Danmark, men i lyset af den store økonomiske udfordring, som Danmark har stået overfor de sidste mange år, så er der udarbejdet overraskende få analyser på stofmisbrugsområdet, både i et socialfagligt og økonomisk perspektiv. Formålet med nærværende analyse er derfor at belyse den økonomiske byrde, som stofmisbrugere har på den offentlige sektor i det danske samfund, men er kun et spædt skridt mod at belyse problemstillingen i et større perspektiv.

Problemstillingen var ideel at afdække gennem en registerbaseret analyse, idet et stort omfang af oplysninger om stofmisbrugere i behandling, er blevet registeret siden 1995. Specialeforløbet blev derved tilrettelagt efter et datatræk fra Sundhedsstyrelsens og Danmarks Statistiks registre, som skulle danne rammen om et stærkt datagrundlag. Efter utallige mailkorrespondancer, telefonsamtaler og misforståelser viste det sig, at det ikke var muligt at få adgang til data inden for den afsatte tidsramme for specialet. Denne møjsommelige proces er relevant at dele med kommende specialestuderende, da det kan være umuligt at få adgang til enkelte registre inden for den afsatte tid til et speciale, samt at nogle registre slet ikke er mulige at trække data fra, hvis ansøgeren kun er på specialeniveau. Til stort held er det lykkedes at estimere den økonomiske konsekvens af stofmisbrug, ved hjælp af årlige publikationer fra Sundhedsstyrelsen, men det er klart at datagrundlaget ikke står mål med det datatræk fra registre, som var hensigten.

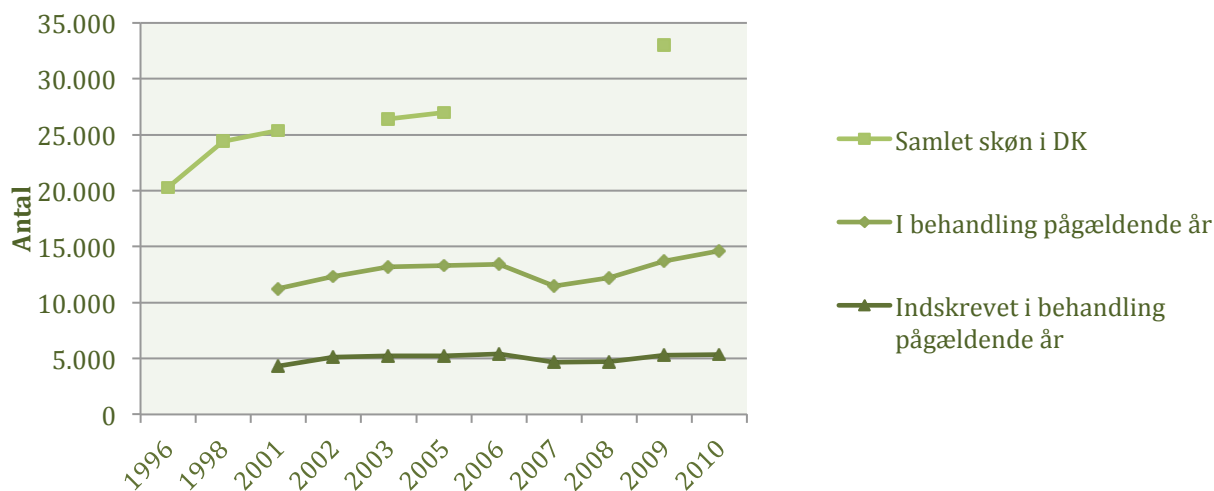
Nærværende speciale er udarbejdet med medicinalfirmaet Reckitt Benckiser, som sparringspartner. Firmaet har et FDA-godkendt præparat, Suboxone, på markedet i Danmark, som Sundhedsstyrelsen anbefaler til førstevalg i substitutionsbehandling af personer med et opioid stofmisbrug. På trods af Sundhedsstyrelsens anbefalinger vælger lægerne på misbrugscentrene alligevel ikke at benytte Suboxone, som behandlingspræparat. Reckitt Benckiser har derfor stor interesse i at belyse de økonomiske og socialfaglige problemstillinger ved stofmisbrug i Danmark, da det vil øge fokus på den mere effektive behandlingsindsats, som der kan opnås ved brug af Suboxone.



## 2 INTRODUKTION

### 2.1 OMFANGET AF STOFMISBRUGET I DANMARK

Der er set en stigning i antallet af stofmisbrugere siden 1996, det viser Sundhedsstyrelsens skøn over det samlede antal af stofmisbrugere i Danmark i 2009 og tilbage til 1996, se Figur 1. Prævalensen af stofmisbrugere skønnes i 2009 til at være på 33.000 personer, hvoraf 10.900 er hashmisbrugere og 13.000 er aktive injektionsmisbrugere. I Figur 1 ses det at antallet af stofmisbrugere i behandling også steget i samme periode, mens antallet af personer, som er indskrevet i behandling i samme år er uændret. Antallet af personer, som bliver udskrevet fra behandling er dermed faldende.<sup>1</sup>

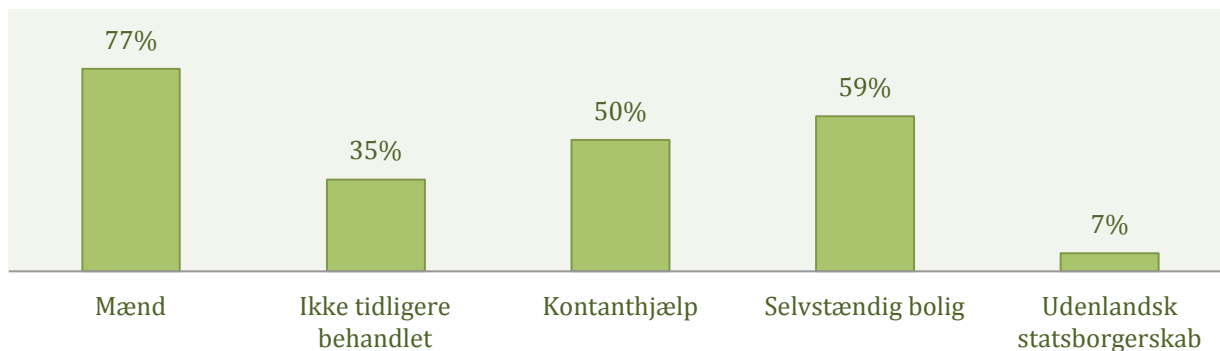


Figur 1: Antallet af stofmisbrugere, stofmisbrugere i behandling og stofmisbrugere indskrevet i behandling i pågældende år i Danmark fra 1996 til 2009.<sup>1-9</sup>

#### 2.1.1 BESKRIVELSE AF POPULATION

Stofmisbrugere er en meget belastede samfundsgruppe, hvilket også fremgår af nogle udvalgte baggrundsvariabler for personer indskrevet i behandling i 2010, se Figur 2. Personer indskrevet i Sundhedsstyrelsens "Register for stofmisbrugere i behandling"<sup>10</sup> giver data for det samlede antal af stofmisbrugere i behandling i det pågældende år. Disse populationer vil blive beskrevet senere i analysen.

Gruppen består af en overvægt af mænd, hvor gennemsnitsalderen ligger på 31 år for begge køn. Stofmisbrugerne er gengangere i behandlingen, idet kun omkring 1/3 ikke tidligere har været i behandling. Socialt set er halvdelen på kontanthjælp og kun 2/3 af dem har selvstændig bolig, hvor 4 % er egentlig boligløs. Børn af denne gruppe er væsentligt socialt udsatte og 406 børn var i 2010 anbragt uden for hjemmet. Hvis dette holdes op mod det samlede antal af børn anbragt uden for hjemmet i Danmark i 2010<sup>11</sup>, så er denne lille gruppe på 5336 stofmisbrugere årsag til over 3 % af de samlede anbringelser af børn uden for hjemmet.<sup>1</sup>



Figur 2: Udvalgte baggrundsvare for personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2010 (n = 5336)<sup>1</sup>.

## 2.2 EUFORISERENDE STOFFERS BIOLOGI OG AFHÆNGIGHED

World Health Organisation benytter termen *afhængighedssyndrom (Dependence Syndrome)*, som en fælles betegnelse for en række fysiologiske, adfærdsmæssige og kognitive fænomener, hvoraf et stof eller stofgruppe optager en højere prioritet for et individ, end handlinger der tidligere havde større værdi. Afhængighedssyndromet er klassefiseret efter ICD-10, hvor flere faktorer skal være gældende for at diagnosen kan stilles.<sup>12</sup> Et stof kan kun betegnes, som et rusmiddel, hvis det udvikler afhængighed<sup>13</sup>.

Omfanget af ulovlige euforiserende stoffer er vidtrækkende og kan kategoriseres efter flere forskellige principper. I dette afsnit vil kategoriseringen tage udgangspunkt i stoftypens virkning i kroppen og afgrænses til opioider, centralstimulerende stoffer og cannabis. Den farmakologiske effekt af stoffet vil blive beskrevet samt graden af afhængighed, som stoffet medfører. Indledende er det oplagt at beskrive nogle grundlæggende begreber om stoffer.<sup>13</sup>

### Biotilgængeligheden

Mængden af det aktive stof, som når frem til bestemmelsesstedet. Høj biotilgængelighed er lig med effektiv virkning. Kan påvirkes ved ændring af administrationsruten fra peroralt til injektion.<sup>13</sup>

### Potens

Hvor kraftigt et stof virker på kroppen gennem receptoraktiver. Kan defineres, som receptoraktivering pr. tidsenhed. Jo højere potens, jo kraftigere virkning. Hurtigere etablering af psykisk afhængighed har endvidere vist at have et sammenhæng med høj potens ved et stof.<sup>13</sup>

### Administrationsrute

Ruten hvormed stoffet kommer ind i kroppen. De 4 typiske ruter er intravenøs injektion, peroralt, rygning eller snifning.<sup>13</sup>

### Fedtopløselighed

En vigtig kemisk egenskab, som de fleste euforiserende stoffer har. Stoffet kan nemmere optages og deponeres i fedtvævet, hvor det stille frigives til kroppen.<sup>13</sup>

### 2.2.1 OPIOIDER

Opioider udvindes af råopium og kendes bedst i sin naturlige form, som morfin og kodein og i sin syntetisk fremstillede form, som heroin, ketogan og metadon.

#### 2.2.1.1 Virksomheden

Stoffet virker på centralnervesystemet og giver en sløvende effekt. Fedtopløseligheden gør det nemt at nå frem til det bestemmelsesstedet og inducere sin virkning. Heroin har en større potens end morfin og ved intravenøs administration medfører det en højere biotilgængelighed, hvilket gør heroin til det fortrukne for opioide stofmisbrugere.<sup>13</sup>

#### 2.2.1.2 Afhængigheden

Opioider anses i samfundet for at være et stærkt vandedannende stof, men betragtes den mængde af opioide smertebehandlinger, som foretages på hospitalerne, så er det en overraskende lille andel, som udvikler afhængighed set i forhold til den samlede mængde opioidbrugere/-misbrugere.

#### 2.2.1.3 Konsekvensen

Sundhedsmæssigt er stiknarkomaner meget udsatte og har en høj mortalitets og morbiditetsrate. Mange dør af overdoseringer af både heroinen i sig selv, men også i stor grad ved blanding med andre stoffer. Gruppen er højt disponerede for HIV og hepatitis, der typisk smitter, når flere deler samme kanyler. Der er tale om en stor psykisk afhængighed, som sammen med behovet for et fix tre til fire gange om dagen til en pris på 1000-1500 kr. pr. gram heroin<sup>1</sup>, gør det markant svært for misbrugeren at leve et normalt liv.<sup>13</sup>

### 2.2.2 CENTRALSTIMULERENDE STOFFER

De centralstimulerende stoffer (CSS) omfatter amfetamin, kokain og ecstasy og er typisk fremstillet i laboratorier, men findes også i naturlig form.

#### 2.2.2.1 Virksomheden

Stoffernes farmakologiske virkning er forskellig alt efter hvilken receptor, som de binder sig til, men den opkvikkende effekt er den samme. Amfetamin og kokain øger mængden af dopamin i centralnervesystemet, mens ecstasy øger mængden af serotonin i centralnervesystemet. Stofferne indtages typisk ved at snifning, peroralt eller ved injektion.<sup>13</sup>

#### 2.2.2.2 Afhængigheden

Psykisk afhængighed optræder i stor grad, da lystfølelsen og eufori optræder ved kraftig stimulering af ens belønningscenter. Misbrug af CSS ses ikke, som et konstant dagligt misbrug. Stofferne har en meget opkvikkende effekt over længere tid, hvilket giver mindre trang til søvn. Der ses derfor et mønster, hvor der indtages CSS over nogle dage efterfulgt af nogle dages pause, for senere igen at optage indtagelsen. Ved misbrug af CSS ses ofte toleransudvikling over tid og store daglige mængder kan være nødvendig for at tilfredsstille ens behov.

#### 2.2.2.3 Konsekvensen

CSS kan give mange psykiske og følelsesmæssige forstyrrelser, hvor personen kan hallucinere, se og høre ting, som ikke er der samt føle sig forfulgt. Manglen på søvn og nedsat appetit har stor indvirkning på kroppen og vægttab kan forekomme. Ved misbrug af CSS kan forekomme livstruende tilstande, hvor kroppen overophedes af den markante stimulering af receptorer, som forekommer. Dette kan føre til blodkoagulation i hele kroppen og dermed udvikling af

blodpropper. I en anden tilstand stimuleres arterierne så kraftigt at blodtrykket stiger markant og dermed øger risikoen for aneurisme. Ved især amfetaminmisbrug ses en højere tendens til umotiverede vold, da vedkommende er fuld af energi og har svært ved at kontrollere sine følelser – gode som dårlige.<sup>13</sup>

### 2.2.3 CANNABIS

Cannabis er også bedre kendt, som hash eller marihuana og er et rent naturprodukt. Cannabis ryges typisk, men kan også indtages peroralt.

#### 2.2.3.1 Virkingen

Det psykoaktive stof betegnes THC og virker ved at aktivere cannbinolreceptorer i mellemhjernen, specielt hippocampus. Stoffet har en døsende effekt og giver en tilfredshedsfølelse.<sup>13</sup>

#### 2.2.3.2 Afhængigheden

Der findes meget lidt viden omkring den psykiske og fysiske afhængighed af cannabis og afhængigheden tilskrives i stor stil mere miljøet, som personen bevæger sig i.<sup>13</sup>

#### 2.2.3.3 Konsekvensen

Cannabis påvirker i stor grad områder i hjernen, som står for hukommelsen, hvorfor cannabismisbrugere oplever en svækkelse af korttidshukommelsen. På lang sigt kan det have indvirkning på ens indlæring og forståelse. Cannabis virker sløvende på de områder i hjernen, som styrer kroppens motoriske funktion og misbruger vil opleve at kroppen bliver langsom og bevægelserne upræcis i perioden, hvor misbruget står på. Langtidsvirkningen af cannabis har ikke vist nogen deciderede skade på organer.<sup>13</sup>



## 3 PROBLEMFORMULERING

Det stigende problem med stofmisbrug i Danmark er blevet afdækket i introduktionen. Gruppen af stofmisbrugere er yderste udsatte og deres afhængighed af stoffer har stor indflydelse på deres liv. Det er derfor interessant at undersøge i hvilket omfang det har indflydelse på samfundet. Til dette er opstillet følgende problemformulering.

*Hvad er omkostningerne i den offentlige sektor til stofmisbrugere for 2010 i Danmark?*

Til at belyse denne problemstilling udarbejdes en *cost-of-illness(COI)*-analyse, da denne metode giver det bedste billede af problemets omfang på nuværende tidspunkt.

### 3.1 AFGRÆNSNING OG FORMÅLSBESKRIVELSE

Formålet er at afdække, hvor stor en belastning stofmisbrugeres afhængighed har på de offentlige udgifter i det danske samfund på et år. Stofmisbrugere påvirker et bredt omfang af områder i samfundet, og analysen tager derfor udgangspunkt i et bredt samfundsmæssigt perspektiv i Danmark, dog med det forbehold, at det pågældende ressourcetræk kan føres tilbage til udbetalingen fra det offentlige budget. Med valg af dette perspektiv antages det, at den identificerede offentlige omkostning udgør et træk på samfundets samlede offentlige ressourcer, som kunne have været anvendt med et alternativt formål i samfundet. Indirekte og u håndgribelige omkostninger, som eksempelvis tabt arbejdsfortjeneste og forringet livskvalitet, vil ikke blive inddraget. Omkostninger for pårørende, plejefamilier m.fl. opgøres heller ikke.

Ressourceforbruget vil udelukkende blive gjort op på baggrund af registerdata og værdisætningen af ressourceforbruget vil blive opgjort ud fra et gross-costing perspektiv, da det vil gøre det generaliserbart på et nationalt niveau.

Tidsperspektivet sættes til et år og opgøres for 2010, idet at det mest opdaterede data senest findes for dette år.



## 4 METODE FOR ESTIMERING AF OMKOSTNINGER OG RESSOURCEFORBRUG

Det følgende skal danne baggrund for principperne i en COI. Inden den analytiske del påbegyndes er det vigtigt at få defineret principperne bag ressourceforbrug, omkostninger og udgifter, samt baggrunden for valg af COI.

Afsnittet skal danne baggrund for hvert enkelt af de trin i metoden til estimering af omkostningerne forbundet med stofmisbrug. En samfundsøkonomisk analyse af stofmisbrug er meget omfattende og omstændelig at gennemføre. Som tidligere beskrevet i dette projekt, så har der været stor forskel på hvad der er optimalt at udarbejde i forhold til hvad der er realistisk at gennemføre for tidsperioden for et speciale – og slutteligt hvad der rent faktisk er blevet gennemført i dette projekt. Denne problematik er vigtig at belyse, da det endelige resultat af en omkostningsanalyse helst skal afspejle det bedste og mest realistiske bud.

Fokus igennem analysen vil derfor være et skøn over, hvad der er blevet gennemført i dette speciale, og sideløbende give et bud på, hvad der kunne være udarbejdet.

### 4.1 COST-OF-ILLNESS

Til at bestemme den økonomiske belastning benyttes principperne i en COI-analyse, som har til formål at beskrive og måle den økonomiske byrde for samfundet ved en sygdom. Analysetilgangen er en metode til estimering af omkostninger og ressourceforbruget ved en bestemt sygdom og sammenligner ikke alternativer til en nuværende behandling. Metoden er grundlæggende en deskriptiv økonomisk analysemetode, hvor opgørelserne giver information til beslutningstageren om forbrugte ressourcer og potentielle ressourcestab, som konsekvens af en sygdom og er anbefalet, som en god basis for andre omkostningsanalyser.<sup>14-15</sup>

Det er essentielt at identificere og opgøre de omkostninger og det ressourceforbrug, der er en direkte konsekvens af en given sygdom og som ikke ville have været der hvis sygdommen ikke var indtruffet. Dette princip er dog svært at håndtere, da alle personer eksempelvis alligevel ville have haft et forbrug af hospitalsydelser uden at en bestemt sygdom var indtruffet. I forlængelse heraf, er COI-analysen anvendelig til at sammenligne samfundsmæssige omkostninger mellem samfundsgrupper, eksempelvis stofmisbrugere over for ikke-stofmisbrugere og dermed give et billede af potentielle meromkostninger ved den ene gruppe i forhold til den anden.<sup>14,16</sup>

### 4.2 ESTIMERING AF RESSOURCEFORBRUG

I en omkostningsanalyse opgøres omkostninger og ressourceforbrug i tre trin:

1. Identifikation af ressourcestype (type)
2. Opgørelse af ressourceforbrug (mængde)
3. Værdisætning af ressourceforbrug (pris)

Inden for hvert trin behandles de forudsætninger og principper, som skal sikre at resultatet af analysen bliver så sikkert som muligt. Overordnet findes to tilgange til bestemmelse af

omfanget af ressourceforbrug; micro-costing og gross-costing. Valg af tilgangen afhænger derfor, meget sigende, af om der skal/kan opgøres på et meget præcist niveau i forhold til at benytte en mere generel opgørelsesmetode. Hvert af de tre trin til estimering af ressourceforbrug vil i det følgende blive uddybet og sat i relation til stofmisbrugere i Danmark.<sup>14</sup>

### 4.3 IDENTIFIKATION AF RESSOURCEFORBRUG

Udarbejdelse af omkostningsanalyser i samfundet kan fungere i flere forskellige perspektiver og på flere forskellige niveauer. Perspektivet indikerer fra hvilket synspunkt analysen udarbejdes og er afgørende for analysen forløb, resultater samt hvilke omkostningselementer, som skal inkluderes. Alt efter hvilket formål, som analysen har, så kan der analyseres fra et samfundsmæssigt perspektiv helt ned til en enkelt hustand eller lignende. Valg af et samfundsmæssigt perspektiv i økonomisk analyser anbefales, da det giver det bredest mulige billede af sygdomspåvirkningen på hele samfundet.<sup>14</sup>

I nærværende analyse er der valgt et bredt samfundsmæssigt perspektiv, idet stofmisbrugere påvirker adskillige sektorer i et samfund. Det samfundsmæssige perspektiv inddrager samtlige omkostninger, i dette tilfælde i det offentlige, og vil dermed give det mest sigende grundlag for beslutningstagning.

Omkostninger og ressourceforbrug inddeles i tre typer; direkte omkostninger, indirekte omkostninger og u håndgribelige omkostninger.<sup>14</sup>

#### 4.3.1 DIREKTE OMKOSTNINGER

De direkte omkostninger udgør den væsentlige del af de samlede omkostninger, som følge af en sygdom. Direkte omkostninger opgøres i alle sektorer inden for det valgte perspektiv og kan være udgifter til medicin, bolig eller konsultation ved praktiserende læge. Det er vigtigt at berøre udgifter i denne sammenhæng, da nogle af opgørelserne i denne analyse bliver baseret på udgifter. Udgifter repræsenterer ikke nødvendigvis et ressourcetræk, men er relaterede til udbetaling på et budget.<sup>14</sup> Et godt eksempel er statens udgift til behandling af stofmisbrugere. Kommunen er ansvarlig for behandlingen, mens staten afsatte midler hvert år. Ressourceforbruget er ikke statens udgift til behandling, men kommunernes reelle behandlingsarbejde foretaget af de ansatte og det faktiske ressourcetræk kan derfor være større eller mindre.<sup>1</sup>

#### 4.3.2 INDIREKTE OMKOSTNINGER

De indirekte omkostninger vedrører det produktivitetstab, som følger af en sygdom. Humankapitalmetoden er en velegnet tilgang til brug i omkostningsanalyser på stofmisbrugsområdet. Mortalitet og morbiditet medfører nedsat gavn eller deciderede tab af arbejdsevne og medfører dermed tabt profit, tabt privat indtjening/løn og tabte skatteindtægter<sup>19</sup>. De indirekte omkostninger påvirker i stor grad både samfundet og den enkelte borger. For stofmisbrugere er dette væsentligt, da mange ikke er tilgængelige for arbejdsmarkedet, er syge og dør tidligere<sup>1</sup>. Flere udenlandske COI-analyser inddrager også den tabte produktionsværdi<sup>16-18</sup>, men den vil ikke blive inddraget i denne analyse, da det ikke har været muligt at opgøre. De fremtidige omkostninger og gevinster, som kan opstå hvis stofmisbrugere kommer ud af deres misbrug vil samtidig heller ikke blive taget i betragtning pga. tidsperspektivet. Nogle studier identificerer stofmisbrug, fængselsstraf og vold, som indirekte omkostninger<sup>19-20</sup>, mens andre identificerer dem som direkte omkostning<sup>16</sup>, i denne analyse vil de blive identificeret, som direkte omkostninger.

### 4.3.3 UHÅNDGRIBELIGE OMKOSTNINGER

Uhåndgribelige omkostninger vedrører de menneskelige omkostninger forårsaget af en sygdom. Her kan den sygdomsramte borger eksempelvis opleve forringelse af livskvalitet i form af fysisk eller psykisk smerte eller pårørende kan opleve sorg ved sygdom eller død. De uhåndgribelige omkostninger er tit besværlige og omstændelige at opgøre, hvorfor de også udelades i nærværende analyse. Samtidig er det mere passende at inddrage disse omkostninger, som en ikke-monetær enhed, hvorfor de er mere passende at bruge, som et effektmål i en *cost-effective/utility*-analyse.<sup>14</sup>

## 4.4 OPGØRELSE AF RESSOURCEFORBRUG

Opgørelse af ressourceforbruget vedrører bestemmelse af mængden af det identificerede ressourceforbrug. Principper angående dette vil blive behandlet i det følgende og sat i relation til nærværende analyse.

### 4.4.1 PRÆVALENS/INCIDENS-BASERET PERSPEKTIV

Der skelnes mellem to omkostningsopgørelsesmetoder; den prævalensbaserede og den incidensbaserede. Den prævalensbaserede metode estimerer de totale økonomiske omkostninger, som en konsekvens af en sygdom over en bestemt tidperiode – eksempelvis et år. Her bliver de direkte og indirekte omkostninger der følger af sygdommen tilskrevet hele det år. Den incidensbaserede tilgang er baseret på udregning af sygdommens totale ”livstidsomkostninger” og estimerer de samlede omkostninger som en sygdomsramt har til samfundet i hele sit liv. Den incidensbaserede opgørelsesmetode er modsat prævalensmetoden afhængig af tidspunktet for sygdommen indtræden, da den kun medtager nye sygdomstilfælde, som indtræder i løbet af den givne periode. I nærværende analyse er valgt den prævalensbaserede tilgang, da denne kræver en mindre detaljeringsgrad af dataindsamlinger og producerer et hurtigere resultat.<sup>14,16</sup>

### 4.4.2 PROSPEKTIV/RETROSPEKTIV DATAINDSAMLING

Dataindsamling kan foregå efter to metoder; den prospektive og den retrospektive. Gennem den prospektive metode indsamles data løbende, eksempelvis i forbindelse med et klinisk studie. Ved retrospektiv dataindsamling indsamles data bagudrettet, eksempelvis gennem udsendelse af spørgeskemaer, interviews eller udtræk fra registre. Den prospektive er fordelagtig, da data bliver opgjort løbende og typisk af kvalificerede personale. Modsat er den retrospektive metode i højere grad forbundet med bias, da individer bliver bedt om at opgøre data fra episoder, som allerede har fundet sted og tit på vegne af andre. Den retrospektive er dog væsentligt mindre ressourcekrævende og nogle præcise estimater kan opnås ud fra registerbaserede dataudtræk – hvorfor den tilgang også er valgt i dette projekt.<sup>14</sup>

### 4.4.3 DETERMINISTISK/PATIENTSPECIFIK DATA

Alt efter hvor præcist et estimat der ønskes opnået samt tilgængeligheden af data, kan der vælges at opgøre data i et deterministisk eller patientspecifikt perspektiv. Ved den deterministiske tilgang antages ressourceforbruget at være ens for alle patienter, mens der ved patientspecifikt data medregnes variationer patienterne i mellem. Det kan være en fordel at kombinere de to metoder, da patientspecifikt data ikke altid er tilgængelig, hvorfor bedste skøn opgøres i stedet. Data vil primært blive opgjort efter deterministisk princip i nærværende analyse.<sup>14</sup>



#### **4.5 VÆRDISÆTNING AF RESSOURCEFORBRUG**

Værdisætning af ressourcer udføres ofte på baggrund af humankapitalmetoden. En person anses for værende en producerende enhed og arbejdskraften værdisættes til dens markedsværdi, dvs. lønnen. Baggrunden herfor er, at lønnen afspejler den værdi arbejdsmarkedet alternativt vil give for den pågældendes tid, eksempelvis ved sygdom<sup>19</sup>. Grundlæggende set skal prisen på ressourceforbruget afspejle alternativomkostningen, hvilket ikke altid er tilfældet på eksempelvis sundhedsområdet. Her kan eksisterer monopoltilstande samtidig med direkte markedspriser ikke eksisterer, hvorfor der alternativ kan benyttes takster.<sup>14</sup>

## 5 LITTERATURSØGNING

Stofmisbrug er et stort nationalt og internationalt problem, hvorfor det er vigtigt at drage erfaringer fra andre undersøgelser foretaget både i Danmark og udlandet. Til at afdække dette er der foretaget en systematisk litteratursøgning på danske og udenlandske studier og publikationer.

### 5.1 SØGESTRATEGI

PubMed og Cochranes databaser formidler og distribuerer sundhedsrelateret publikationer, hvorfor en systematisk litteratursøgning er gennemført heri. Litteratur der allerede er publiceret vil være at finde inden for de tre overordnede fokusområder ”stofmisbrug”, ”ulovlige stoffer” og ”omkostningsanalyser”. For disse tre fokusområder er de relevante MeSH-termer identificerede, således søgningen ensartes, se Tabel 1. Endvidere kan søgningen genskabes ud fra oplysningerne i Tabel 2. For at sikre at alle relevante artikler er indfanget i søgningen er der ikke sat nogle filterbegrænsninger. Foruden brugen af MeSH-termer, er der også foretaget strukturerede søgning i PubMed og Cochranes databaser med samme søgeord uden brug af MeSH-termer.

Meget litteratur er ikke at finde i PubMed og Cochranes databaser og det er nødvendigt at udvide søgningen til fritekstsøgning på Google og Google Scholar. I Danmark findes flere styrelser, ministerier, institutter og centre, som forsker og udgiver publikationer inden for stofmisbrugsområdet. Litteratursøgninger er derfor foretaget gennem følgende danske organisationer:

- Sundhedsstyrelsen ([www.sst.dk](http://www.sst.dk))
- Socialstyrelsen ([www.servicestyrelsen.dk](http://www.servicestyrelsen.dk))
- Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse ([www.sum.dk](http://www.sum.dk))
- Center for Rusmiddelforskning ([www.crf.au.dk](http://www.crf.au.dk))
- Kriminalforsorgen ([www.kriminalforsorgen.dk](http://www.kriminalforsorgen.dk))
- Dansk Sundhedsinstitut ([www.dsi.dk](http://www.dsi.dk))
- Danmarks Statistik ([www.dst.dk](http://www.dst.dk)) ([www.statistikbanken](http://www.statistikbanken))

Der er i den identificerede litteratur endvidere fundet referencer til andre relevante publikationer, som også er blevet gennemgået og taget i betragtning.

Relevant søgeord	MeSH-term
Ilicit drugs	Street drugs
Drug abuse/Drug addiction/Harmful use	Substance-related disorders (SRD)
Costs/Social costs/public costs	Costs and cost analysis (CCA)
Heroin addiction	Heroin dependence (HD)
Cocaine addiction	Cocaine-related disorders (CRD)
Amphetamine addiction	Amphetamine-related disorders (ARD)

Tabel 1: Identificerede MeSH-termer i forhold til deres relevante søgeord.

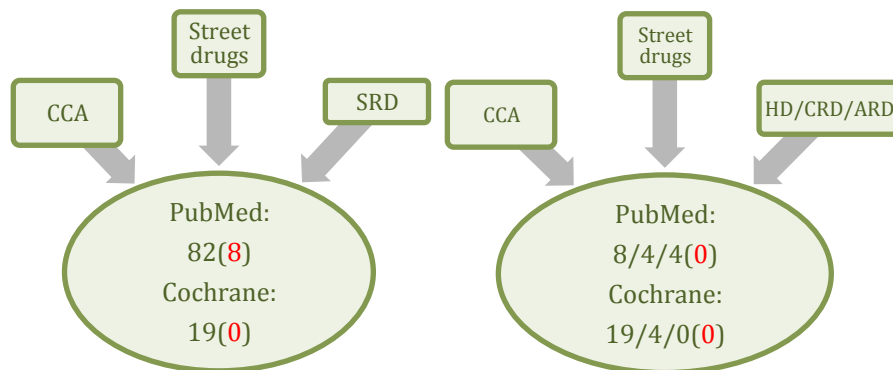
Database	Søgning
Pubmed	(("Street Drugs"[Mesh]) AND "Costs and Cost Analysis"[Mesh]) AND "Substance-Related Disorders"[Mesh]
	(("Heroin Dependence"[Mesh]) AND "Costs and Cost Analysis"[Mesh]) AND "Street Drugs"[Mesh]
	(("Street Drugs"[Mesh]) AND "Costs and Cost Analysis"[Mesh]) AND "Cocaine-Related Disorders"[Mesh]
	(("Street Drugs"[Mesh]) AND "Costs and Cost Analysis"[Mesh]) AND "Amphetamine-Related Disorders"[Mesh]
Cochrane	Street drugs + Costs and cost analysis + Substance-related disorders
	Street drugs + Costs and cost analysis + Heroin dependence
	Street drugs + Costs and cost analysis + Cocaine-related disorders
	Street drugs + Costs and cost analysis + Amphetamine-related disorders

Tabel 2: Søgninger på PubMed og Cochrane med MeSH-termer.

## 5.2 RESULTAT AF LITTERATURSØGNING

### 5.2.1 MESH-SØGNING PUBMED/COCHRANE

Resultatet af litteratursøgningen fremgår af Figur 3. Ud af søgningerne blev der kun identificerede 8 relevante artikler med publikationsår, som strækker sig fra 1987 til 2011. Publikationerne omhandler i store træk de samfundsmæssige omkostninger for stofmisbrug, alkohol og tobak i Australien, Tyskland og USA, samt diskussion af brugen af COI i sådanne analyser.



Figur 3: Resultater af søgning med MeSH-termer på PubMed og Cochrane. Rødt tal i parentes indikerer antallet af udvalgte relevante artikler. Figur til højre illustrerer søgninger på tre forskellige stofgrupper HD, SRD og ARD. CCA: Cost and cost analysis, HD: Heroin dependence, SRD: Substance related disorders, CRD: Cocaine-related disorders, ARD: Amphetamine-related disorders.

### 5.2.2 FRITEKSTSØGNING GOOGLE/GOOGLE SCHOLAR/PUBMED/COCHRANE

Fritekstsøgninger på Google, Google Scholar, PubMed og Cochrane gav mange interessante og relevante publikationer fra både indland og udland. Der blev fundet samfundsøkonomiske analyser af stofmisbrug for Sverige<sup>18</sup>, USA<sup>20</sup>, Canada<sup>16</sup>, Australien<sup>21</sup>, Tyskland<sup>22</sup> og England<sup>17</sup>. Flere af analyserne beskriver også fordelingen af hvordan behandlingen og forebyggelse bliver finansieret i det pågældende land.

### 5.2.3 FRITEKSTSØGNING DANSKE ORGANISATIONER

En systematisk søgning i danske organisationers databaser gav ingen resultater på en deciderede samfundsøkonomisk analyse af stofmisbrug i Danmark, som det er set i andre lande. Der blev dog fundet flere nye og opdaterede opgørelser, beskrivelser og handlingsplaner for stofmisbrugssituationen i Danmark. Herunder de mest relevante ”Narkotikasituationen i Danmark ’03, ’04, ’05, ’06, ’07, ’08, ’09, ’10 og ’11”<sup>1-9</sup> og ”Kampen mod Narko I og II”<sup>23-24</sup>.

## 6 OPGØRELSE AF OFFENTLIGE OMKOSTNINGER

Dette afsnit vil behandle hvert enkelt trin i metoden til estimering af ressourceforbruget samt identificere populationen af stofmisbrugere.

Strukturen for følgende afsnit vil være lidt anderledes. Indledningsvis vil de relevante områder, hvor stofmisbrugere påvirker samfundets offentlige ressourceforbrug, blive *identificerede*. Efterfølgende vil der, for *opgørelse* af det identificerede ressourceforbrug, være et separat afsnit for, hvad der er blevet gennemført i nærværende speciale samt hvad der er realistisk at gennemføre for et speciale.

### 6.1 IDENTIFIKATION AF POPULATION

Populationen af stofmisbrugere er senest opgjort i Danmark i 2009 og udgør omkring 33.000 personer. Antallet af personer i stofmisbrugsbehandling registreret i Sundhedsstyrelsens register ”Register for stofmisbrugere i behandling” udgør 14.600 personer i 2010, mens der ud af dem for samme år er indskrevet 5.336 personer i behandling. Se i øvrigt Tabel 3. Personer, som er indskrevet i behandlingen, er et udtryk for antallet af stofmisbrugere, som søger behandling for deres misbrug og bliver indskrevet i et behandlingsforløb. Denne gruppe er interessant, da de ved indskrivning registreres for oplysninger om sociale forhold, omfanget af misbruget, sundhedsmæssige forhold og lignende. Disse registreringer bliver ikke opdaterede gennem behandlingsforløbet, hvorfor de anses for kun at være repræsentative for et år. Populationen af personer i behandlingssystemet er illustreret på Figur 4.<sup>1</sup>



Figur 4: Illustration af populationen af personer indskrevet i behandling, i behandling og udskrevet fra behandling i 2010. (SST 2011 narkosit)

Population	Personer i 2010
Samlet antal stofmisbrugere i Danmark <sup>1</sup>	33.000
Stofmisbrugere i behandling <sup>1</sup>	14.600
Stofmisbrugere indskrevet i behandling <sup>1</sup>	5.336

Tabel 3: Populationen af stofmisbrugere i Danmark i 2009/10.<sup>1</sup>

Det har ikke været muligt at få adgang til data for den samlede population af personer i stofmisbrugsbehandling. I stedet benyttes Sundhedsstyrelsens publikation ”Narkotikasituationen i Danmark 2011”<sup>1</sup> til at beskrive populationen af personer indskrevet i behandling i 2010.

## 6.2 IDENTIFIKATION AF RESSOURCEFORBRUG

Udenlandske studier på stofmisbrugsområdet har vist at stofmisbrugere påvirker meget store dele af samfundet, som en konsekvens af deres misbrug og afhængighed. Med inspiration fra udenlandske studier er de mest relevante områder, som er belastede af stofmisbrugere identificerede<sup>16-18,20-22</sup>, hvilket er illustreret på Figur 5. Omfanget af stofmisbrugeres ressourcebelastning på samfundet er utrolig omfattende og vidtrækkende og mildest talt umulig at opgøre præcist. Der er i nærværende analyse lavet et overbliksbillede med meget få variable. Vel vidende at der kan være tale om flere områder, så er de identificerede områder på Figur 5, dem der er fundet mest relevante ud fra inspiration fra andre studier. Vigtigt for alle de identificerede områder er at deres ressourcetræk kan føres tilbage til det offentlige budget.

### 6.2.1 BELASTEDE OMRÅDER

Det følgende vil beskrive de relevante områder, som er belastede af stofmisbrugere i Danmark.

#### 6.2.1.1 Support

Stofmisbrugeres hushold er kategoriseret, som ”Support”. Her menes, hvordan personer med et misbrug tjener penge (lovligt/ulovligt) til husholden og hvilken slags boligforhold de lever under. Alt efter omfanget af misbruget, kan det have stor indvirkning på evnen til at kunne have et job og være i stand til at tjene penge nok lovligt til at finansiere misbruget. Dette kan også have stor indvirkning på personens boligforhold.<sup>18</sup>

#### 6.2.1.2 Udsatte børn <18 år

Børn af stofmisbrugere er meget udsatte helt fra de bliver født. Hvis de ikke allerede er påvirket af moderens misbrug ved fødslen, så oplever de meget tidligt svigt, som kan fortsætte hele vejen op gennem barndommen.<sup>1,18</sup> Mange børn bliver anbragt uden for hjemmet og dem, som bliver i hjemmet får støtte udefra og forbyggende foranstaltninger.<sup>1</sup>

#### 6.2.1.3 Kriminalforsorgen

Personer med et stofmisbrug skaffer midler til at finansiere deres misbrug på enten lovlig eller ulovlig vis. Hvis det udøves på ulovlig vis har det en ressourcebelastning på både retsvæsenet, politiet og fængslet, men også i stor grad forsikringsselskaberne, som er erstatningsansvarlige ved eksempelvis indbrud og personskade – dette aspekt er dog ikke medregnet her. Samtidig kan indtagelse af euforiserende stoffer også føre til slagsmål, ulykker eller lignende, som også involverer kriminalforsorgen. I dette aspekt er ikke medregnet eksempelvis straf for salg af stoffer eller besiddelse af stoffer, som kan føre til fængselsstraf, men kun, hvor stofmisbruget kan tilskrives ressourcetrækket.<sup>18</sup>

#### 6.2.1.4 Behandling/forebyggelse

Effektiv forebyggelse og behandling af stofmisbrug er essentiel for at imødekomme problemet og det er indlysende at denne post er direkte en konsekvens af stofmisbrug. Der bliver hvert år afsat midler fra statens side til forebyggelse, behandling og behandling i fængsel af stofmisbrugere. Udover denne post er omkostningerne til den reelle behandling i kommunerne også identificerede.<sup>18</sup>

#### 6.2.1.5 Sundhed

Euforiserende stoffer har vist at have en stor skadelig virkning på kroppen, både somatisk og psykisk. Samtidig er der store medicinudgifter forbundet med Stofmisbrugere kan derfor have en stor belastning på sundhedssektoren både i primær og sekundær regi.<sup>18</sup>

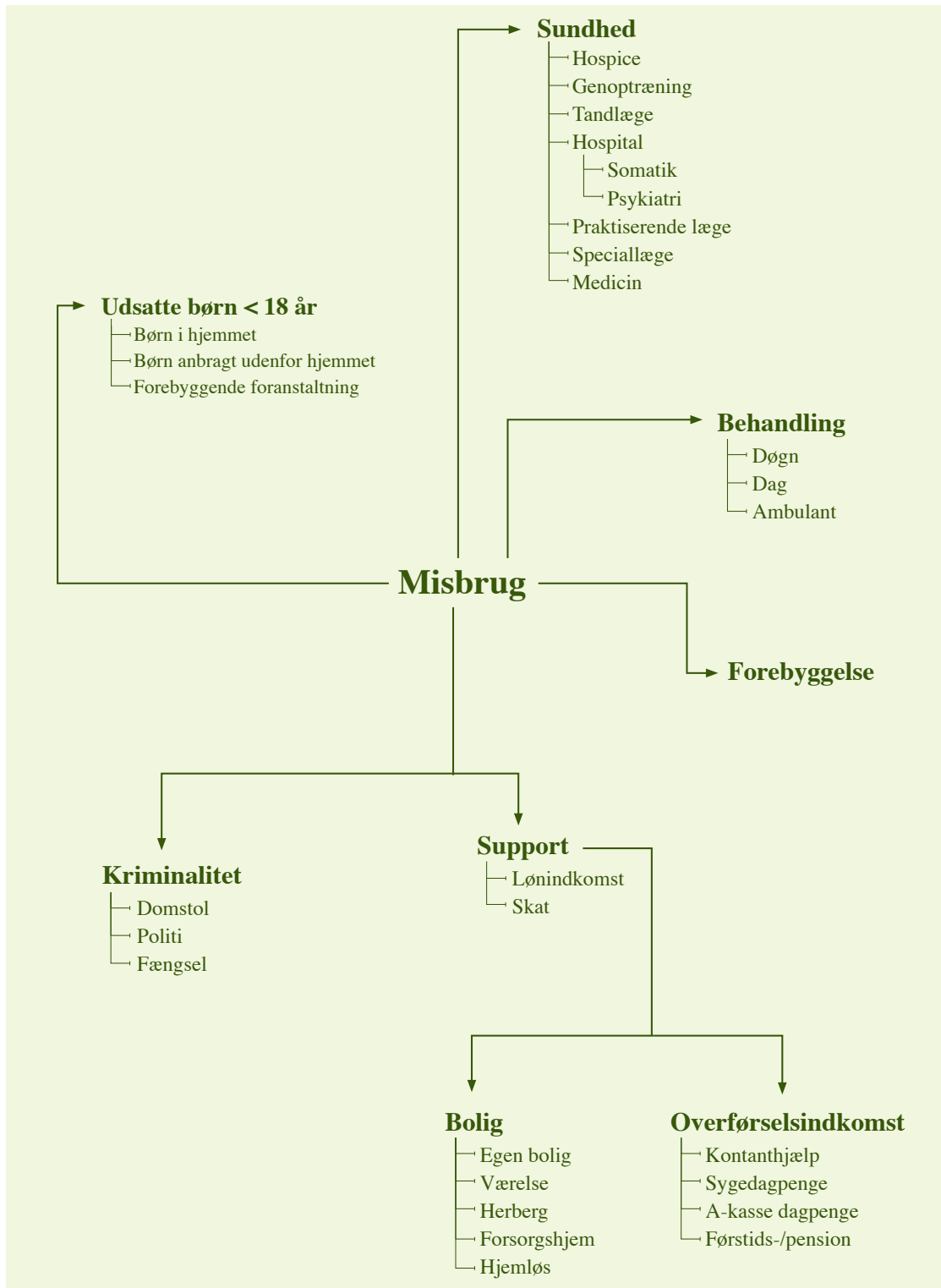
## 6.2.2 ADGANG TIL DANSKE REGISTRE

I Danmark registreres en omfattende mængde oplysninger om borgere i samfundet. Informationen i disse registre er meget relevant, til opgørelse af stofmisbrugeres belastning på samfundet – de relevante registre er listet i Tabel 4. Information omkring den identificerede population i nærværende analyse vil være at finde i de nævnte registre.

Lige meget om der er tale om et aggregeret eller personspecifikt dataudtræk, så er der nogle faktorer, som kan besværliggøre processen. Hvis der er tale om et udtræk med aggregeret data, så skal der ikke indhentes godkendelse fra datatilsynet, mens et dataudtræk med personspecifikt data kræver dette. Tilgængeligheden af data for specialestuderende er forskellig fra instans til instans, hvor det i Sundhedsstyrelsens Forskerservice er muligt at få foretaget datatræk på specifikke CPR-numre, så er dette ikke muligt ved Danmarks Statistik. Danmarks Statistik laver kun datatræk på personspecifikt data for studerende på Ph.d.-niveau eller højere. Leveringstiden kan være meget lang og er derfor en væsentlig faktor, dataleveringstider for relevante registre fremgår af Tabel 4. Nogle registre kræver endvidere at ansøgningen sendes til yderligere høring i datatilsynet for godkendelse, hvilket kan forlænge processen betydeligt. Slutteligt er prisen for dataudtrækket opgjort ud fra en timesats til udtræk og eventuel behandling af data, hvorfor et datatræk kan blive en kostelig affære.<sup>25-26</sup>

Register	Ansvarlig	Tilgængelig for specialestuderende	Dataleveringstid
Register over stofmisbrugere i behandling <sup>27</sup>	Sundhedsstyrelsen <sup>25</sup>	Ja	11-13 uger + 8-10 uger
Landspatientregisteret (Somatik) <sup>27</sup>	Sundhedsstyrelsen <sup>25</sup>	Ja	11-13 uger
Landspatientregisteret (Psykiatri) <sup>27</sup>	Sundhedsstyrelsen <sup>25</sup>	Ja	11-13 uger + 8-10 uger
Lægemiddelstatistikregisteret <sup>28</sup>	Statens Seruminstitut <sup>26</sup>	Nej	2-3 uger
Børne- og ungeregister <sup>29</sup>	Danmarks Statistik <sup>26</sup>	Nej	2-3 uger
Anbringelsesregisteret <sup>30</sup>	Ankestyrelsen <sup>26</sup>	Nej	2-3 uger
Kriminalstatistik <sup>31</sup>	Danmarks Statistik <sup>26</sup>	Nej	2-3 uger

Tabel 4: Oversigt over relevante registre, ansvarshavende, tilgængeligheden af dem for specialestuderende samt dataleveringstid.



Figur 5: Illustration af de identificerede områder i samfundet, hvor stofmisbrugere påvirker ressourceforbruget.<sup>16-18,20-22</sup>



### 6.3 OPGØRELSE AF RESSOURCEFORBRUG – HVAD ER BLEVET GENNEMFØRT

Opgørelse af ressourceforbruget sker på baggrund af de identificerede områder. Hvert område vil dermed blive taget i betragtning hver for sig. I nærværende analyse opgøres omkostningerne kun for 2010.

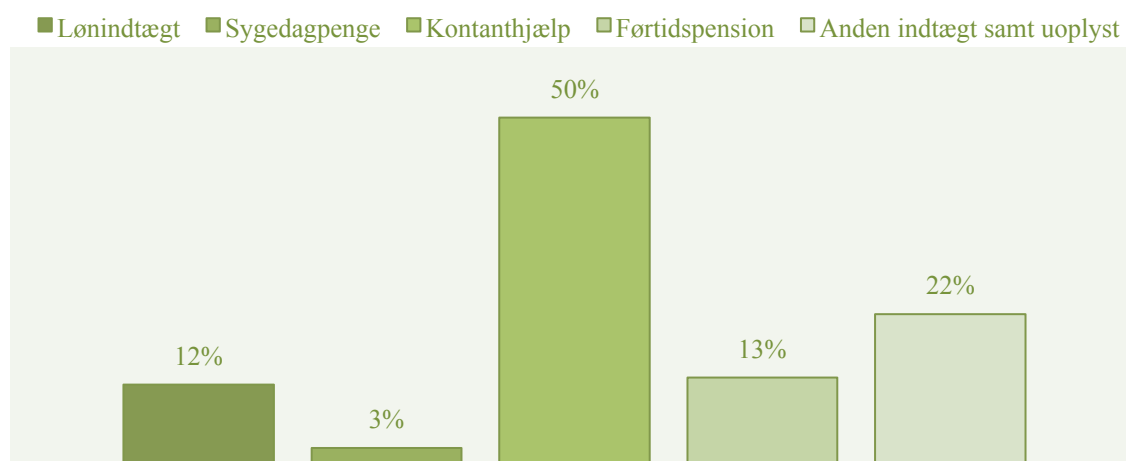
#### 6.3.1 SUPPORT

##### 6.3.1.1 Forsørgelsesgrundlag

Fordelingen af forsørgelsesgrundlaget for de 5336 personer indskrevet i behandling i 2010 er illustreret på Figur 6. I forlængelse heraf ses det af Tabel 5, hvor mange personer det fordeler sig ud over. Bemærk at kun 12 % har en reel lønindtægt.<sup>1</sup>

Overførselsindkomst	Antal
Kontanthjælp	2.669
Sygedagpenge	694
Førtidspension	160
Samlet	3.523

Tabel 5: Antal personer på overførselsindkomst ud af personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2010.<sup>1</sup>



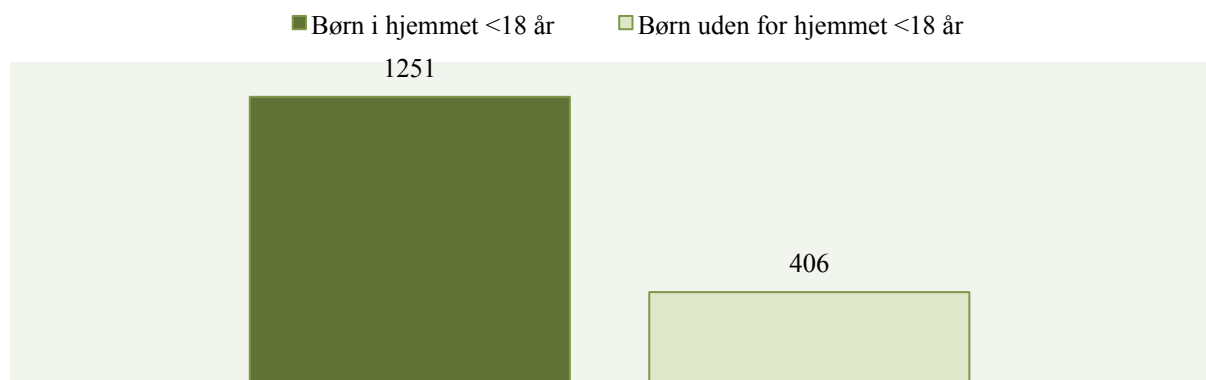
Figur 6: Fordeling af forsørgelsesgrundlaget for personer indskrevet i behandling i 2010 (n = 5336).<sup>1</sup>

##### 6.3.1.2 Bolig

Antallet af personer med selvstændig bolig blandt personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2010 ligger på kun 59 %, se Figur 2.<sup>1</sup>

#### 6.3.2 UDSATTE BØRN

Antallet af udsatte børn i hjemmet og placeret uden for hjemmet fremgår af Figur 7. Af de 1657 udsatte børn, hvis forælder er indskrevet i behandling i 2010, er 406 af dem anbragt uden for hjemmet.<sup>1</sup> Det har ikke været muligt at opgøre omfanget af børn i hjemmet, som modtager forebyggende foranstaltninger.



Figur 7: Antal børn af forældre, som er indskrevet i behandling i 2010, med placering i eller uden for hjemmet.<sup>1</sup>

### 6.3.3 KRIMINALITET

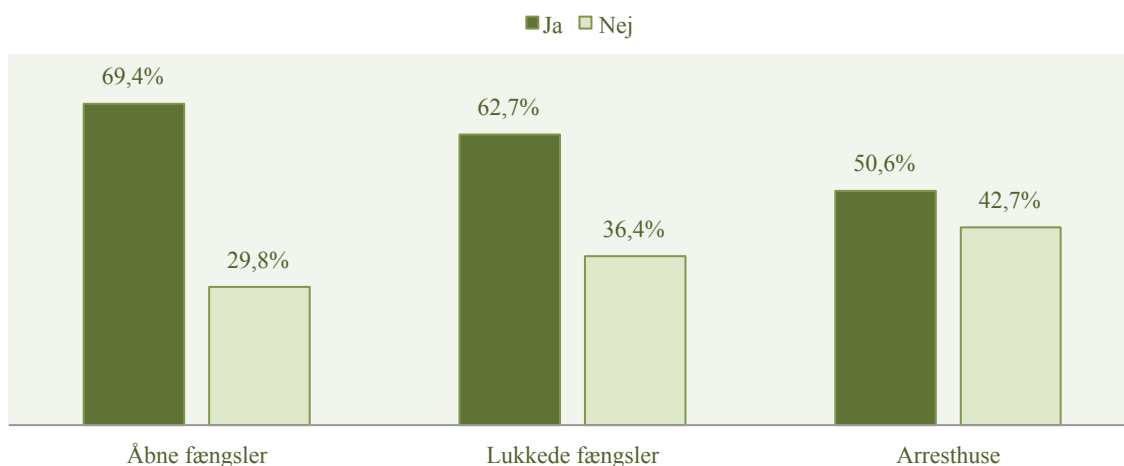
Det har ikke været muligt at opgøre de omkostninger forbundet med politi og domstol, hvorfor kun et skøn på fængselsudgifter, som kan tilskrives opioide stofmisbrugere er blevet gennemført.

#### 6.3.3.1 Fængsel

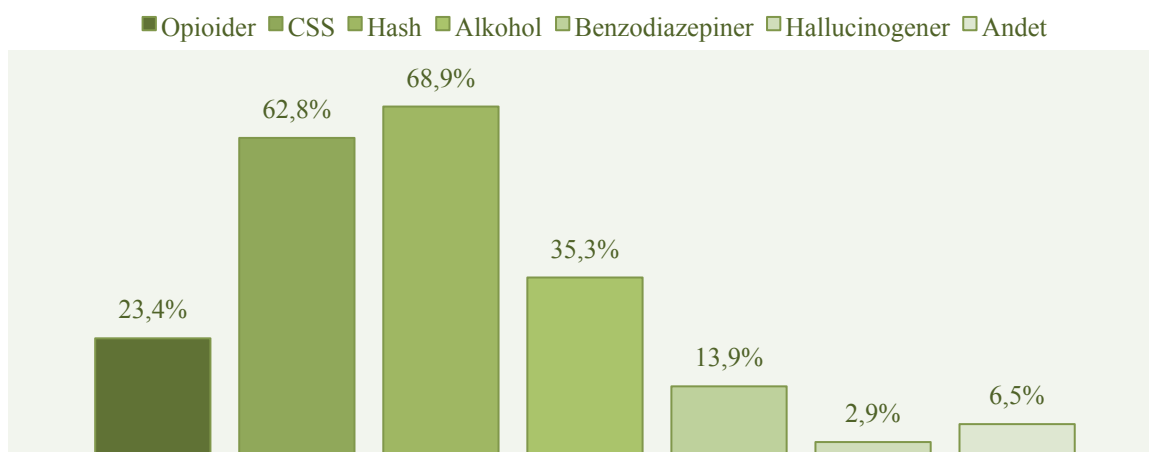
Personer, som bliver straffet for deres kriminelle handlinger forårsaget af deres misbrug af stoffer, er identificerede i Kriminalforsorgens publikation "Kriminalforsorgens Statistik 2010". Inden personer fængsles, skal de oplyse om de har indtaget rusmidler inden for de sidste 30 dage, samt hvilke slags rusmidler de har taget inden for de sidste 30 dage.<sup>32</sup>

Det antages at de personer, hvor stofmisbruget er årsag til fængslingen, kun kan tilskrives den andel, som har indtaget opioider 30 dage forud for fængslingen. Dette kan forklares med, at opioide stofmisbrugere i større grad er afhængige af dette stof i forhold til andre stofgrupper, og dermed vil ty til mere ekstreme metoder for at skaffe midler til deres misbrug<sup>18,33</sup>. Bemærk at denne gruppe beskriver den samlede population af stofmisbrugere i Danmark og ikke dem, som er indskrevet i behandling i 2010.

Figur 8 viser hvor mange indsatte, som har indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelsen i henholdsvis åbne fængsler, lukkede fængsler og arresthuse. Den gruppe, som har svaret ja har yderligere angivet hvilke slags rusmidler, som de har indtaget 30 dage forud for indsættelsen, og fordelingen heraf fremgår af Figur 9. Det er ikke tilgængeligt, hvordan stofgrupperne på Figur 9 fordeler sig på de forskellige institutioner angivet på Figur 8. Det ses af Figur 8, at indtagelsen af rusmidler inden indsættelsen, er stor for alle tre institutioner. Det antages derfor at fordelingen af stofgrupperne på Figur 9 er repræsentativ for fordelingen af indsattes forbrug af rusmidler i åbne fængsler, lukkede fængsler og arresthuse.



Figur 8: Fængselsindsattes indtagelse af rusmidler 30 dage forud for indsættelsen i 2010.<sup>32</sup>



Figur 9: Fængselsindsattes angivet forbrug af rusmidler 30 dage forud for indsættelsen i 2010. Bemærk at en indsat kan angive brug af mere end ét stof, hvorfor det samlede summer til over 100%. CSS: Centralstimulerende Stoffer.<sup>3</sup>

Som antaget, så tilskrives stofmisbruget, som årsag til den kriminelle handling for gruppen, som har angivet at have indtaget opioide stoffer. ”Kriminalforsorgens Statistik 2010”<sup>32</sup> leverer en opgørelse, hvor stor belæg i fængslerne, der har været i gennemsnit pr. dag i 2010, dette fremgår af

Tabel 6. Denne tabel viser også det antal af indsatte, som har indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelsen, og slutteligt, hvor mange af dem, som har indtaget heroin. De sidstnævnte opgørelser vil blive brugt til beregningen af samfundets omkostninger til stofmisbrugere, som

	Gennemsnit antal indsatte pr. dag	Antal som har indtaget rusmidler 30 dage forud for indsættelsen	Antal som har indtaget opioide stoffer 30 dage forud for indsættelse
Åbne fængsler	1.343	1.115	309
Lukkede Fængsler	891	548	205
Arresthuse	1.731	763	398
<b>I alt pr. dag</b>	<b>3.965</b>	<b>2.426</b>	<b>912</b>

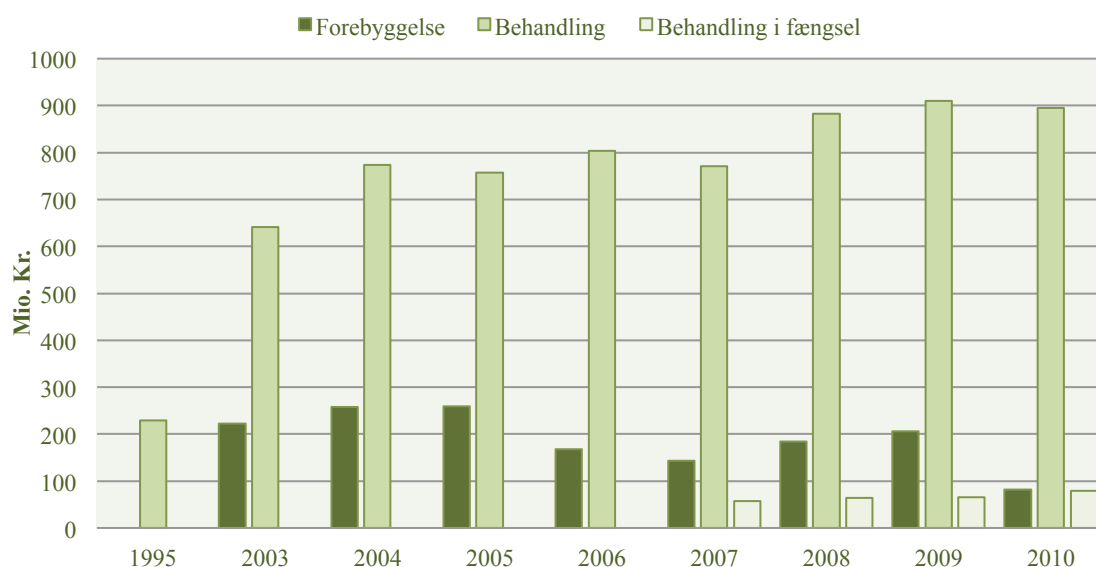
er fængslet på grund af kriminalitet forårsaget af deres stofmisbrug.

Tabel 6: Gennemsnit antal indsatte pr. dag i 2010. Fordelt på antal, som har indtaget stoffer 30 dage forud for indsættelsen og hvor mange af denne gruppe, som har indtaget opioide stoffer 30 dage forud for indsættelsen (n = 33.000).<sup>32</sup>

### 6.3.4 STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN, STOFMISBRUGSBEHANDLING I FÆNGSLET OG FOREBYGGELSE

#### 6.3.4.1 Udgifter fra statens budget

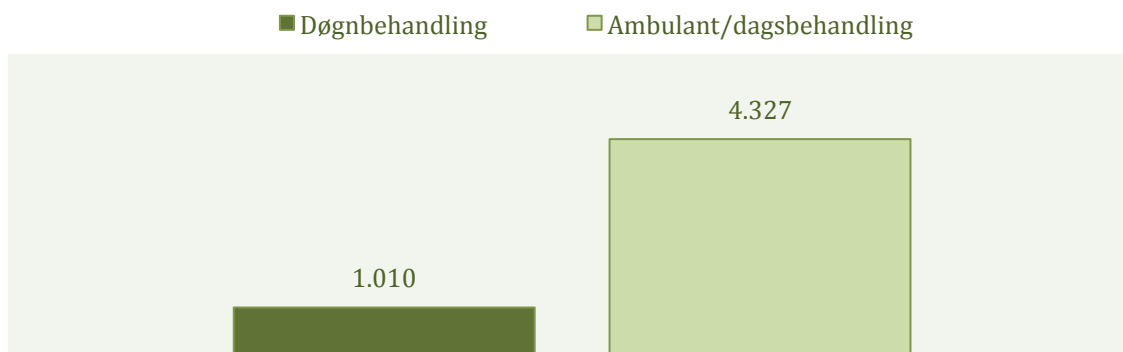
Statens offentlige udgifter til stofmisbrugsbehandlingen er identificeret og opgjort gennem Sundhedsstyrelsens årlige publikation ”Narkotikasituationen i Danmark”<sup>1-9</sup>. Afsatte midler til forebyggelse, stofmisbrugsbehandling i kommunerne og stofmisbrugsbehandling i fængslerne fra 1995 og frem til 2010 fremgår af Figur 10. Der ses en stor stigning i afsatte midler til behandling fra 1995-2010, mens forebyggelse og behandling i fængslerne holder et forholdsvis stabilt niveau.<sup>1-9</sup>



Figur 10: Statens afsatte midler til forebyggelse, behandling samt behandling i fængslerne på stofmisbrugsområdet i 1995, samt fra 2003-2010. Bemærk: Afsatte midler til behandling i fængsler har kun været tilgængelige for 2007-2010. Midler til forebyggelse bliver afsat, som satspuljer over flere år.<sup>1-9</sup>

#### 6.3.4.2 Reelle omkostninger i kommunen

Den omkostning, som stofmisbrugere belaster kommunen med, er opgjort ud fra populationen af indskrevne stofmisbrugere i behandling (n = 5336). Alt efter behovet, kan behandlingen iværksættes, som ambulante behandling, døgnbehandling eller dagsbehandling. Antallet af personer indskrevet i døgnbehandling er opgjort ud fra ”Narkotikasituationen i Danmark 2010”<sup>1</sup>, hvor 1010 personer blev indskrevet i døgnbehandling. Heraf antages det at de resterende personer blev indskrevet i dagsbehandling eller ambulante behandling. De to grupper fremgår af Tabel 7.



Tabel 7: Antal personer indskrevet i stofmisbrugsbehandling i 2010 for delt på behandlingstype (n = 5336).<sup>1</sup>

### 6.3.5 SUNDHED

Det har ikke været muligt at opgøre omfanget af det ressourceforbrug, som stofmisbrugere har på sundhedsområdet.

## 6.4 OPGØRELSE AF RESSOURCEFORBRUG – HVAD ER OPTIMALT OG

### HVAD ER REALISTISK

Nærværende analyse giver ikke et præcis nok estimat af den økonomiske belastning, som stofmisbrugere har på samfundet, grundet manglende tilgængelighed af data. Stofmisbrugere påvirker mange områder i samfundet og det er derfor vigtigt at få et bredt samfundsmæssigt skøn på dette. I forlængelse af de elementer, som har været mulige at opgøre, så det interessant at undersøge, hvad der er realistisk at lave i tidsrammen for et speciale, hvis der opnås adgang til den rette data. Slutteligt er det også interessant at berøre, hvad det mest optimale design vil være for en samfundsøkonomisk evaluering af stofmisbruget i Danmark, uden at komme med et endegyldigt svar. De allerede identificerede områder, hvor stofmisbrugere har en ressourcemæssig belastning på, tages her i betragtning i forhold til hvad der er realistisk og optimal at gennemføre.

#### 6.4.1 HVAD ER REALISTISK FOR ET SPECIALE

Tidsperioden for et speciale strækker sig typisk over 6 måneder, hvorfor dette aspekt er en vigtig faktor for bestemmelse af datavalg.

##### 6.4.1.1 Udsatte børn og support

Populationen vil være personer, som er indskrevet i stofmisbrugsbehandling for et bestemt år. Det vil ikke være optimalt at vælge hele populationen af personer i stofmisbrugsbehandling, idet oplysninger om misbrugsvaner, sociale og sundhedsmæssige status, bliver registreret ved indskrivelsen i ”Register for stofmisbrugere i behandling”, og dermed vil være forældet efter kort tid. Et aggregeret udtræk fra ”Register over stofmisbrugere i behandling” (SST 2010 indhold stofdata), som illustreret i Tabel 8, vil danne et bedre grundlag for både opgørelse og værdisætning af ressourceforbruget. Ved at sortere efter angivet stoftype, er det muligt at opgøre omkostningerne separat for stofmisbrugere i behandling for cannabis, heroin, centralstimulerende midler og lignende. Forskellen på omkostningerne ved de forskellige stofgrupper har vist en tendens til at være større ved f.eks. misbrugere af heroin i forhold til amfetamin.<sup>18</sup>

Et datatræk, som dette, vil give en mere præcis opgørelse af ressourceforbruget og dermed også gøre værdisætningen af ressourceforbruget mere præcist, da det undgås at benytte gennemsnitstakster.

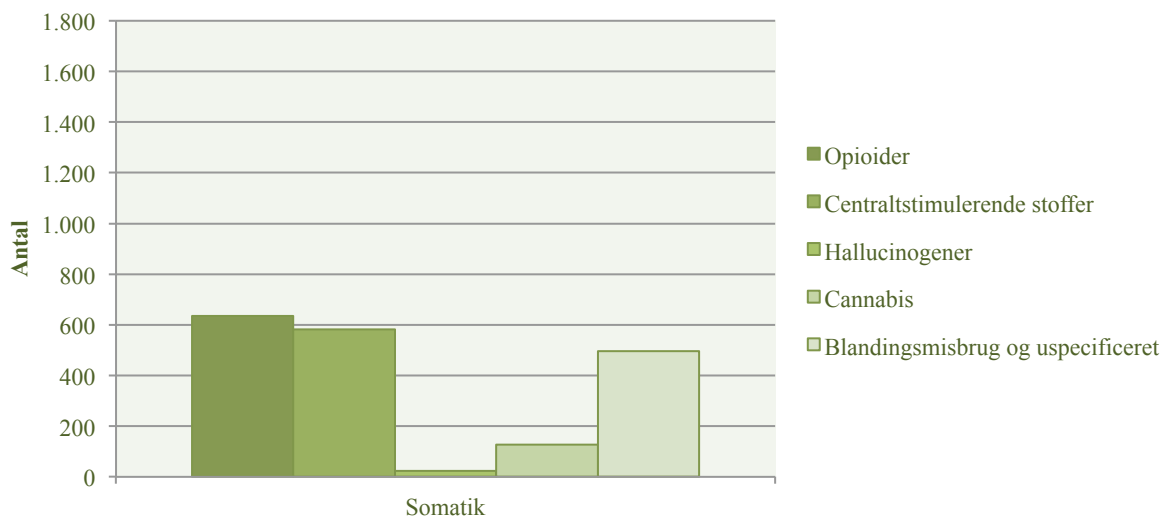
Angivet variabler	Angivet hovedstof				
	2010	Opioider	CSS	Cannabis	Buprenorphin
<b>Køn</b>	X	X	X	X	X
<b>Tidligere stofmisbruger</b>	X	X	X	X	X
<b>Anden etnisk herkomst</b>	X	X	X	X	X
<b>Stoffer brugt den senest måned</b>	X	X	X	X	X
<b>Antal børn under 18 år der er kontakt til</b>	X	X	X	X	X
<b>Antal børn under 18 år der er anbragt uden for hjemmet</b>	X	X	X	X	X
<b>Boligsituation</b>	X	X	X	X	X
<b>Forsørgelsesgrundlag</b>	X	X	X	X	X
<b>Stoffer brugt den seneste måned</b>	X	X	X	X	X
<b>Flere..</b>	X	X	X	X	X

Tabel 8: Eksempel på et aggregeret dataudtræk fra "Register over stofmisbrugere i behandling". CSS: Centralstimulerende Stoffer.<sup>10</sup>

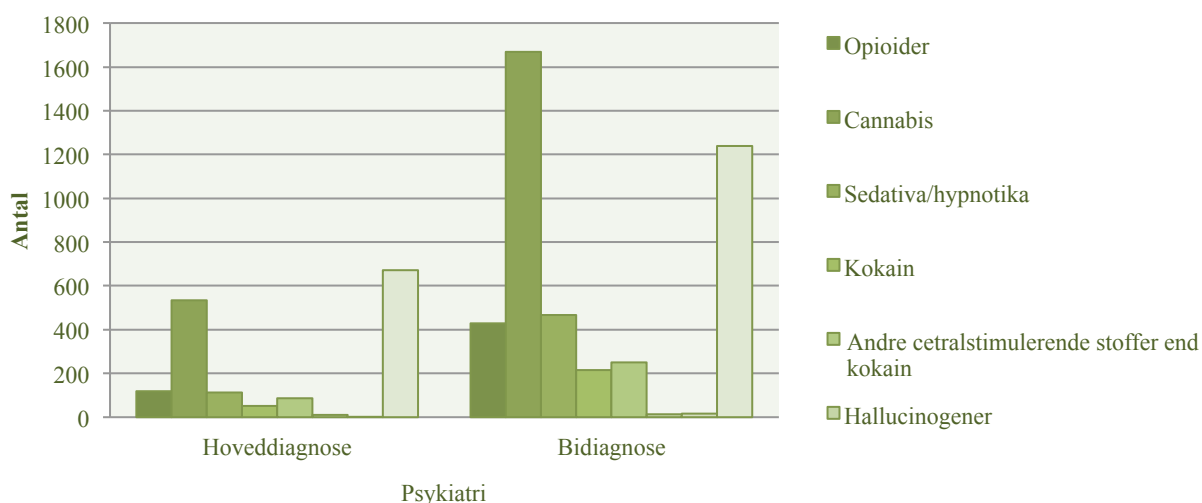
#### 6.4.1.2 Sundhed

Det vil være muligt at opgøre udgifter til personer med sygehuskontakt på baggrund af forgiftninger med euforiserende stoffer. Disse bliver registreret med en diagnosekode, når de kommer i kontakt med sygehus, typisk skadestuen. Det kan ikke direkte konkluderes, at hvis en person registreres på sygehuset med en forgiftning med euforiserende stoffer, så har vedkommende et stofmisbrug. Nogle personer kan have været uheldige efter at have eksperimenterede med stoffer, mens andre har et systematisk misbrug. Formålet med denne indgangsvinkel er at undersøge de samlede udgifter i hele 2010 til sygehusbehandlinger (somatisk/psykiatrisk) for personer med diagnosekoder for forgiftninger med euforiserende stoffer. Dvs. personen identificeres ud fra diagnosekoden, hvorefter personens samlede udgifter til DRG- og DAGS-takster indhentes fra Landspatientregisteret. Fordelingen af forgiftninger med euforiserende stoffer fremgår af Figur 11 for somatik og Figur 12 for psykiatri.<sup>27</sup>

Denne måde at opgøre hospitalsudgifter til stofmisbrugere er mulig inden for tidsrammen for et speciale, da CPR-numre identificeres i det samme registre, som der skal trækkes data ud af, uden at data skal kobles til et andet registre.



Figur 11: Antal diagnoser for somatisk forgiftning med euforiserende stoffer i 2010.<sup>1</sup>



Figur 12: Antal diagnoser for psykiatrisk forgiftning med euforiserende stoffer i 2010 fordelt på hoved- og bidiagnose.<sup>1</sup>

#### 6.4.2 HVAD ER OPTIMALT FOR EN SAMFUNDSØKONOMISK ANALYSE AF STOFMISBRUGERE I DANMARK FOR 2010

Det er interessant at berøre hvilket design, som umiddelbart vil være mest optimalt for at kunne opgøre den samlede belastning, som stofmisbrugere har til samfundet for 2010 på baggrund af registerdata. Opgørelserne og værdisætningen vil dermed være foretaget ud fra en prævalensbaserede og retrospektiv tilgang med patientspecifik data.

Populationen kan identificeres, som det samlede antal af stofmisbrugere i behandling for deres misbrug i 2010 ( $n = 14.600$ )<sup>10</sup>. Denne gruppe udgør både personer, som er indskrevet i 2010, men også personer, som har været i behandling i flere år. De 14.600 CPR-numre kan efterfølgende kobles med de registre, som er listet i Tabel 4. For hvert register kan borgerens belastning på samfundet identificeres og opgøres på individniveau. At koble data mellem registre er en stor fordel, da estimatet bliver meget præcist og der kan sorteres ud fra mange variabler. Tidsrammen for sådan en databehandling vil dog være meget lang og prisen for datatrækket vil være meget stort.



## 6.5 VÆRDISÆTNING AF RESSOURCEFORBRUG

I dette afsnit vil de identificerede og opgjorte ressourcetræk blive værdisat.

### 6.5.1 SUPPORT

#### 6.5.1.1 Overførselsindkomst

Værdisætningen af kontanthjælp, sygedagpenge og førtidspension fremgår af Tabel 9. Ydelserne er hentet fra Beskæftigelsesministeriets oplysninger om overførselsindkomster for 2010<sup>34</sup>. Det er derfor standardsatser for den enkelte ydelse, som bliver overført fra kommunen til en borger afhængig af vedkommendes alder, bopæl og forsørgelse af børn. Et gennemsnit er beregnet, da det ikke har været muligt at sortere i det opgjorte ressourceforbrug.

Type		Månedlig ydelse (DKK)
Kontanthjælp	Fyldt 25 år, forsørger børn	13.096
	Fyldt 25 år, andre	9.857
	Under 25, udeboende	6.351
	Under 25 år, hjemmeboende	3.065
	Gennemsnit:	<b>8.092</b>
Førtidspension	Enlige	16.285
	Andre	13.842
	Gennemsnit:	<b>15.064</b>
Sygedagpenge		<b>16.293</b>

Tabel 9: Priser på overførselsindkomster i 2010.<sup>34</sup>

#### 6.5.2 UDSATTE BØRN

Takster for anbringelse af børn er benyttet fra Sundhedsstyrelsens publikation ”Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol”<sup>35</sup>, se Tabel 10. Her er der indhentet satser på Socialstyrelsens Tilbudsportal<sup>36</sup> samt fra Rødovre Kommunes budget for 2011. Taksterne er alle kommunale, hvor dem for døgninstitution, kommunalt døgntilbud, akutinstitution, socialpædagogisk opholdssted samt kost-, ungdoms- og friskole repræsenterer en gennemsnitsomkostning for tilbuddet, mens familiepleje, slægtsanbringelse, netværksfamilie og eget værelse er en fast takst<sup>35-37</sup>. Slutteligt er taksten for sikret døgninstitution et skøn på baggrund af flere indhentede tilbud<sup>35</sup>.

Det er ikke oplyst hvordan anbragte børn af stofmisbrugere fordeles sig på anbringelsestilbuddene, hvorfor der er beregnet et vægtet gennemsnit ud fra den generelle anbringelse af børn i Danmark i 2010<sup>11</sup>. Dette fremgår af Tabel 10.

Tilbud	Takst per døgn (DKK)	Anbringelsesstatistik 2010
Døgninstitution	2.466	18%
Kommunalt døgntilbud	2.466	4%
Akutinstitution	2.466	2%
Socialpædagogisk opholdssted	1.966	17%
Sikret døgninstitution	6.000	1%
Familiepleje	1.158	45%
Slægtsanbringelse	845	3%
Netværksfamilie	845	2%
Kost-, ungdoms- eller efterskole	306	4%
Eget værelse	1.094	4%
<b>Vægtet gennemsnit</b>	<b>1.605</b>	

Tabel 10: Takster for anbringelse af børn og et vægtet gennemsnit ud fra anbringelsesstatistik af børn for 2010.<sup>11,35</sup>

### 6.5.3 KRIMINALITET

Dagstakst for indsatte i danske lukkede og åbne fængsler samt arresthuse er hentet fra Kriminalforsorgens årsrapport for 2010. Taksten er en gennemsnitstakst beregnet ud fra de samlede omkostninger for en fange for en dags indsættelse.<sup>38</sup>

Institution	Pris pr. fangedag 2010 (DKK)
Lukkede fængsler	1.895
Arresthuse	1.043
Åbne fængsler	1.103

Tabel 11: Takst pr. fangedag i lukkede fængsler, åbne fængsler og arresthuse.<sup>38</sup>

### 6.5.4 BEHANDLING OG FOREBYGGELSE

#### 6.5.4.1 Budget

Udgifter til behandling og forebyggelse er hentet fra det nationale budget og er derfor allerede værdisat tidligere i nærværende analyse.

#### 6.5.4.2 Behandlingsskøn

Den gennemsnitlige omkostning for en stofmisbruger i misbrugsbehandling i 2010 er hentet fra Danmarks Statistiks Statistikbank, se Tabel 12. Den offentlige omkostning er en nettodriftsudgift for kommunerne og beregnet ud fra antallet af personer i henholdsvis døgnbehandling og ambulant/dagsbehandling samt behandlingsperioden for den individuelle. Danmarks Statistik anfører alle oplysninger, som hentet fra Sundhedsstyrelsens ”Register for stofmisbrugere i behandling”.<sup>39</sup>

Behandlingstype	Gennemsnitlig udgift pr. stofmisbruger i behandling i 2010 (Kr.)
Dag/ambulant	42.567
Døgn	175.458

Tabel 12: Gennemsnitsudgift til en stofmisbruger i behandling i 2010.<sup>39</sup>

### 6.5.5 SUNDHED

Værdisætning af de identificerede og opgjorte sundhedsudgifter er ikke mulig, da informationen og data ikke er tilgængelig.

## 6.6 ESTIMAT FRA SVENSK STUDIE

Et svensk studie har opgjort de årlige økonomiske konsekvenser af afhængighed på et meget præcist niveau.<sup>18</sup> Det er derfor interessant at benytte dette studies estimater til at sammenligne med det skøn der er foretaget i denne analyse, samt at give et billede af det økonomiske omfang på de områder, hvor det ikke har været muligt at opgøre omkostningerne. Det svenske samfund minder meget om det danske, især på sygdomsområdet<sup>40</sup>, og brugen af svenske estimater i nærværende analyse anses derfor, som repræsentativt for sammenlignelighed. Et centralt problem for sammenligneligheden af estimaterne er, at det svenske studie også har opgjort udbetaling af forsikringspenge til borgere, som er blevet bestjålet eller berøvet af stofmisbrugere. Denne omkostning er lagt ind under generel kriminalitet (dog ikke fængselsafsoning) og kan derfor ikke betragtes separat.

Det svenske studie tager udgangspunkt i et meget bredt samfundsmæssigt perspektiv og har estimeret for både direkte og indirekte omkostninger. Resultatet af analysen er opgjort separat for kvinder og mænd, som de årlige omkostninger for misbrugere af heroin, amfetamin og alkohol fordelt på de pågældende udsatte områder.

I nærværende analyse er der beregnet et gennemsnit for hver af de udsatte områder. Omkostningerne er omregnet fra svensk valuta til dansk valuta (Kurs 76,46, 2005)<sup>41</sup> og fremskrevet til år 2010 med en fremskrivningsfaktor på 2,5 %. Der hersker stor debat om, hvad renten for fremskrivning skal sættes til, men den Europæiske Centralbank anbefaler 2-3 %, hvorfor 2,5 % er valgt<sup>42</sup>. Omkostningen pr. person er derefter opgjort for populationen ”Personer indskrevet i behandling i 2010”, for at gøre dem sammenlignelige med estimaterne i nærværende analyse.

Udsat område	Omkostninger i svensk valuta 2005 (SEK)	Omkostninger i dansk valuta 2005 (DKK)	Fremskrevet til 2010 (DKK)	Opgjort for ”Indskrevet i behandling i 2010” (DKK)
<b>Antal personer</b>	1	1	1	5.336
<b>Udsatte børn</b>	100.000	79.000	89.381	476.938.344
<b>Afsoning</b>	437.500	345.625	391.043	2.086.605.254
<b>Somatisk behandling</b>	21.250	16.788	18.994	101.349.398
<b>Psykatri og afhængighed</b>	21.250	16.788	18.994	101.349.398
<b>Support</b>	127.500	100.725	113.961	608.096.388
<b>Kriminalitet</b>	737.500	582.625	659.187	3.517.420.285
<b>Housing</b>	46.250	36.538	41.339	220.583.984
<b>Behandling</b>	135.000	106.650	120.665	643.866.764
<b>I alt</b>			1.453.565	7.756.215.151

Tabel 13: Estimer fra svensk studie omregnet til danske valuta og fremskrevet til 2010-priser med en fremskrivningsfaktor på 2,5 %<sup>42</sup>. Omkostningen i danske kroner for 2010 er endvidere opgjort for populationen ”Personer indskrevet i behandling i 2010”.<sup>18</sup>

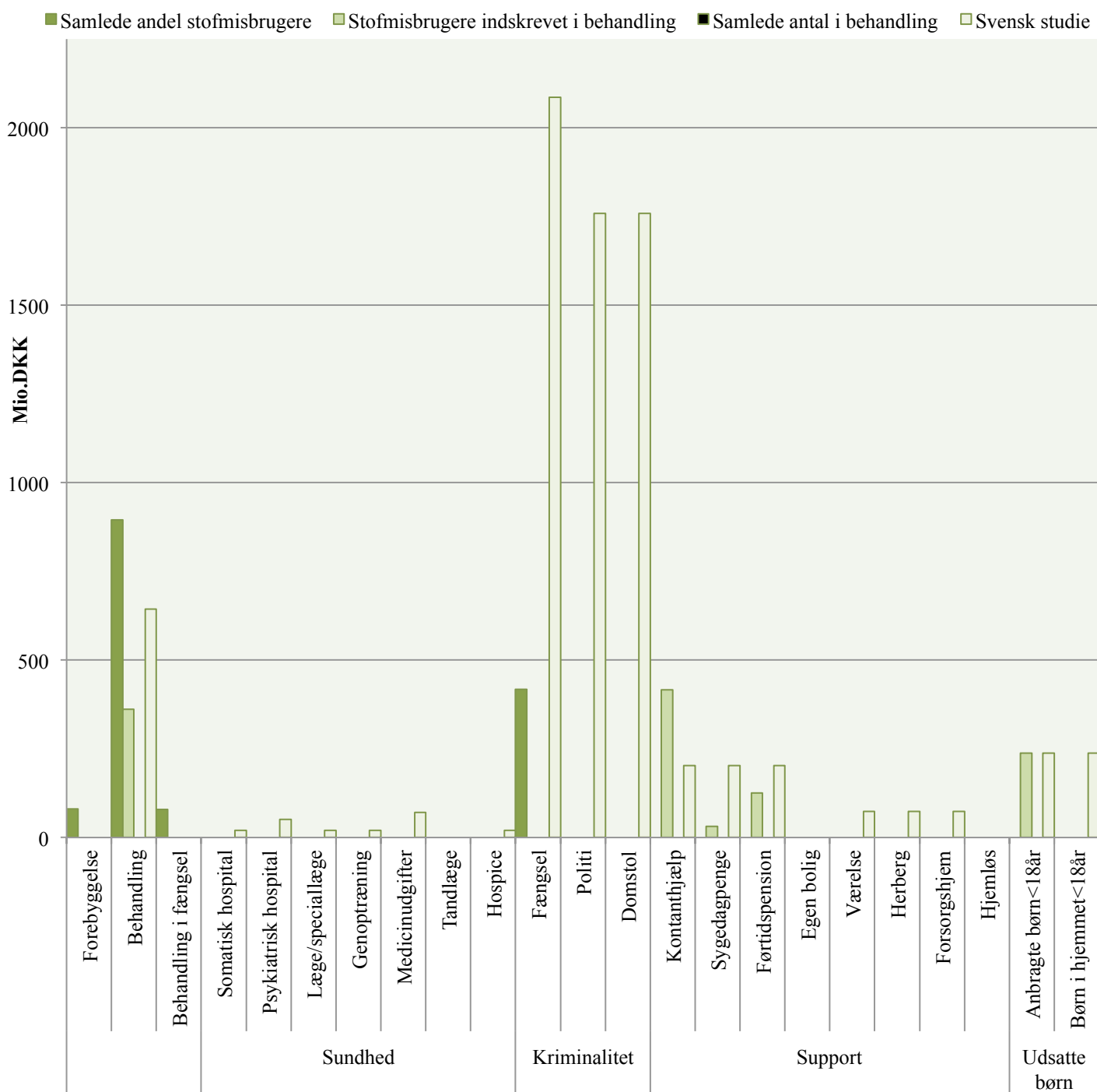
## 7 RESULTATER

Dette afsnit beregner mængde gange pris og dermed bestemmer det samlede udtryk for omfanget af den økonomiske belastning, som stofmisbrugere har på det danske samfund. De direkte omkostninger fremgår af Tabel 14.

Type	Mængde	Enhedspris (DKK. Pr. år)	Samlet (Mio. DKK.)	
<b>Anbragte børn&lt;18 år</b>	406	585.825	<b>238</b>	
<b>Forebyggelse</b>	-	-	<b>81</b>	
<b>Fængsel</b>	Lukkede	205	691.675	<b>142</b>
	Åbne	309	402.595	<b>124</b>
	Arresthuse	398	380.695	<b>152</b>
<b>Kontanthjælp</b>	2.669	97.104	<b>259</b>	
<b>Sygedagpenge</b>	694	180.768	<b>125</b>	
<b>Førtidspension</b>	160	195.516	<b>31</b>	
<b>Behandling</b>	Budget staten	-	-	<b>896</b>
	Døgn	1.010	175.458	<b>177</b>
	Ambulant/dag	4.327	42.567	<b>184</b>
	Budget fængsel	-	-	<b>79</b>

Tabel 14: De direkte omkostninger, som konsekvens af stofmisbrug, der har været mulige at gøre op for 2010.

Resultaterne i Tabel 14, viser kun de direkte omkostninger, der har været mulige at opgøre. For at beskrive omfanget af alle de identificerede ressourcetræk er resultaterne illustreret på Figur 13 sammen med estimat fra det svenske studie.



Figur 13: Illustration af omfanget af resultaterne fordelt efter de identificerede populationer. Samtidig er det samlede overblik illustreret over alle omkostninger opgjort for 2010.

## 8 DISKUSSION

Denne analyse er den første til at undersøge i hvilket økonomisk omfang stofmisbrugers afhængighed belaster den offentlige sektor i Danmark. Den offentlige omkostning for 2010 skønnes til omkring 1,2-1,5 mia. DKK i alt. Dette skøn er kun baseret på danske opgørelser, hvor enkelte belastede omkostningsområder ikke er inddraget, da det ikke var muligt at gøre alle områderne op. Hvis estimerne fra den svenske analyse i Tabel 13 betragtes, så vil omfanget af omkostninger beløbe sig til 7,8 mia. DKK, opgjort for ”Personer indskrevet i behandling i 2010” (n = 5336).

Det samlede omfang af omkostningerne er ikke det væsentligste, der skal betragtes, men mere hvordan omkostningerne fordeler sig på de forskellige belastede områder. Af Figur 13 fremgår det tydeligt, at lige meget hvilken population, som betragtes, så er de størst belastede grupper udsatte børn <18 år, kriminalitet, stofmisbrugsbehandling og overførselsindkomster, hvor afsoning i fængsel er den størst post af dem alle. Udenlandske studier kommer også frem til samme konklusion, at udgiftsposten til kriminalitet og fængselsafsoning er de mest økonomisk belastede områder.<sup>16, 18, 20-21</sup>

Opgørelsen er udarbejdet på baggrund af flere populationer, herunder personer i behandling for deres stofmisbrug, den samlede befolkning og skøn fra et svensk studie. I alle tre populationer anses opgørelserne for at være et konservativt estimat, hvorfor de reelle omkostninger vurderes til at være højere.

Det er problematisk at sammenligne estimerne på tværs af de identificerede populationer. Estimerne bygger, som sagt, på forskellige størrelser af populationer og det har ikke været muligt at undersøge om populationerne er repræsentative for hinanden i forhold til eksempelvis alder, køn og afhængighedsstof. Netop afhængighedsstoffet er en væsentlig faktor, da der kan være stor forskel på den økonomiske belastning på samfundet af en opioid-misbrugere over for en cannabismisbruger. At benytte estimatet fra nærværende analyse til at beskrive belastningen for den samlede population vil være misvisende.

Der er ikke skelnet imellem stofgrupperne, som skaber afhængigheden, men er estimeret, som et samlet skøn for misbrugere af opioide stoffer, centralstimulerende stoffer, hallucinogener og cannabis. Et estimat for omkostninger pr. stofmisbruger i Danmark har ikke være mulig at beregne, da det ikke vil give et billede af omkostningen for den enkelte stofmisbruger, pga. variationen mellem grupperne. Udenlandske studier viser en tendens til væsentlige større omkostninger ved eksempelvis opioide stofmisbrugere i forhold til misbrugere af centralstimulerende stoffer. Et estimat af omkostningerne for den enkelte stofmisbruger sorteret efter afhængighedsstoffet er meget relevant, da et økonomisk incitamentet for forebyggelse og behandling af disse grupper er større.

Sensitiviteten af resultatet er meget stor, da estimerne er baserede på forskellige populationer og metoder. Det har ikke været muligt at sætte et omfang på usikkerheden af resultatet i denne analyse, dog er sensitiviteten af resultatet ikke så vigtig for det budskab, som det skal sende. Nærværende analyse er et spædt skridt mod et præcist estimat af stofmisbrugeres økonomiske belastning på samfundet, hvorfor resultatet primært skal give en ide om omfanget af problemet.

Den store usikkerhed forbundet med estimatet anses derfor ikke som problematisk, da alle de dominerende omkostningerne betragtes som underestimerede.

De identificerede populationer udgør ikke en særlig markant andel af den samlede befolkning. Den samlede population af stofmisbrugere er på 33.000 personer, hvilket udgør under 1 % af den samlede danske befolkning. Det er meget interessant at en så lille andel af befolkningen har så markant en økonomiske belastning på resten af samfundet.

Identifikation, opgørelse og værdisætning i nærværende analyse blev afgrænset til, at skulle have relevans for ressourcetræk i den offentlige sektor. Alle de beregnede omkostninger, undtagen omkostninger til behandling og forebyggelse, anses derfor, som havende en alternativ nytte et andet sted i samfundet. Omfanget af resultatet, som ligger i milliardklassen, er derfor meget stort i forhold til det potentiale, der er hvis stofmisbrug enten kunne forebygges eller behandles. Et ideelt samfund, hvor forebyggelse og behandling er så optimal, at ingen ville blive misbrugere, er en alt for optimistisk tankegang, og en del af de estimerede omkostninger, vil derfor være uundgåelige. På trods af dette, så er estimatet i nærværende analyse så omfattende, at incitamentet for mere effektiv forebyggelse og behandling er stort. Resultatet giver derfor et godt billede af omfanget af problemet af stofmisbrugeres afhængighed i Danmark.

Estimatet er foretaget for 2010, men udviklingen for de sidste to år på stofmisbrugsområdet anses ikke, som være udslagsgivende for resultatet, hvorfor estimatet vurderes til at være repræsentativt for situationen i 2012.

Det er interessant at betragte, hvilke kasser i samfundet, som har udgifter og hvilke kasser, som kan få gavn af en eventuel besparelse, hvis der blev færre stofmisbrugere i Danmark. Indsatsen ligger hovedsagligt ved kommunerne, da de står for forebyggelse og behandling af stofmisbrugere. Hvis den skal intensiveres, så vil denne post kun blive større, mens alle de andre omkostninger umiddelbart vil blive mindre. Den største besparelse, vil derfor ligge ved Kriminalforsorgen, da de økonomiske omkostninger til stofmisbrugere er størst her. Kommunerne vil dog også se en påvirkning i forhold til udsatte børn og support, hvor børn kan blive i hjemmet og den enkelte person kan have en reel lønindkomst. Regionen vil umiddelbart ikke blive påvirket i særlig stor grad, da omkostningerne for sundhedsbehandling til stofmisbrugere er overraskende lille.

Betragtning af sundhedsområdet kan generelt være problematisk, da det er svært at skelne mellem behandling, der udløses på grund af afhængighed eller om behandlingen ville have fundet sted under alle omstændigheder. Det svenske studie beskriver at stofmisbrugere har tendens til at søge meget lidt sundhedsbehandling, da gruppen helst ikke vil stigmatiseres og sygiggøres<sup>18</sup>. Set i sådan et perspektiv, kunne omkostningerne til sundhedsbehandlinger forestilles at stige, hvis antallet af stofmisbrugere falder.

Estimatet i nærværende analyse, er udarbejdet gennem brug af registerdata fra Sundhedsstyrelsens ”Register over stofmisbrugere i behandling”. Brugen af netop det omtalte register er problematisk, da det ikke nødvendigvis er repræsentativt for den samlede population af stofmisbrugere. Registeret indeholder personer, som aktivt søger behandling for deres stofmisbrug, hvorfor den resterende gruppe, som ikke søger behandling, ikke bliver regnet med i det samlede skøn. Information om omkostningerne ved den gruppe bliver derved ikke berørt.

For resultatet af nærværende analyse har det ikke den store betydning, da omfanget af omkostningerne udelukkende vil blive endnu større.

Et svensk studie er blevet benyttet, som et skøn for de omkostninger, som ikke har været mulige at opgøre ud fra dansk registerdata, samt for sammenlignelighed af de danske opgørelser. Studiet har estimeret omkostningerne på et meget præcist niveau for den enkelte stofmisbrugere og afhængig af typen af afhængighedsstoffet. Det svenske samfund minder meget om det danske og brugen af svenske estimater i nærværende analyse anses derfor, som repræsentativt for resultatet.

Det fremgår af resultatet at andelen af midler, som staten afsætter til forebyggelse af stofmisbrug er markant mindre end det, som afsættes til behandlingen. Kommunerne har ansvaret for både forebyggelse og behandlingen af stofmisbrugere, mens staten skal danne rammen om det med levering af ny viden, tendenser og lignende på stofmisbrugsområdet<sup>1</sup>. Kommunen har derfor meget få midler at arbejde med til forebyggelse i forhold til på behandlingsområdet. En intensivering af forebyggelsen, på stofmisbrugsområdet burde være højere på politikernes agenda, da nærværende analyse har vist et stort økonomisk incitament for dette.

Nærværende analyse har ikke medregnet omkostninger for ikke-offentlige omkostninger, tabt arbejdsfortjeneste og personlige omkostninger. Inddragelse af disse i beregningerne er meget væsentlig, da de bliver påvirket i stor grad, som konsekvens af stofmisbrug. Gruppen af stofmisbrugere har vist at kun omkring 1/10 har en reel lønindkomst, hvorfor den tabte arbejdsfortjeneste må være meget høj. De uhåndgribelige omkostninger, som en borgers stofmisbrug har på sig selv, venner, familie og medmennesker i Danmark er store. Rigtig mange stofmisbrugere lever deres liv i et hårdt miljø og en stor andel bor på gaden. Disse aspekter er rigtig vigtige at belyse i en økonomisk analyse, da det kan være et lige så stort incitament for intensivering af forebyggelse og behandling.

De uhåndgribelige omkostninger, kan også inddrages, som et effektmål og analyse kan gennemføres, som en *cost-effective*-analyse. Denne metode er dog problematisk på stofmisbrugsområdet, da behandlingen og forebyggelsen er meget forskellig fra kommune til kommune. Den svenske undersøgelse har dog vist, at en investering i en effektiv behandling for en enkelt stofmisbruger kan give en indtjening på over 3000 % igen<sup>18</sup>.

Sammenligneligheden af resultatet af de danske omkostninger med andre udenlandske studier, har vist at være problematisk. De fleste studier inddrager forskellige typer af omkostninger og mange af studierne er over 10-15 år gamle. En tendens, som er observerede ved alle er, at omkostningerne er markant store og ingen af undersøgelse har estimerede de samlede omkostninger til under en milliard DKK.

*Mehlbye J.*<sup>43</sup> giver udtryk for manglen på økonomisk analyse på stofmisbrugsområde, hvilket overraskende stadig er problematikken i dag, 15 år senere. Dette speciale skal danne grundlag for en mere præcis analyse af det økonomiske incitament for den enkeltes afhængighedsstof, så der kan gribes ind overfor forebyggelse og behandling af stofmisbrugere. Det er overraskende at der er så lidt fokus på stofmisbrugsområdet, når det er så belastet et miljø.



## 9 REFERENCCELISTE

1. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2011*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 978-87-7104-215-3, udgave: 1., 2011.
2. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2010*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 978-87-7104-117-0, udgave: 1., 2010.
3. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2009*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 978-87-7676-979-6, udgave: 1., 2009.
4. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2008*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 978-87-7676-716-7, udgave: 1., 2008.
5. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2007*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 978-87-7676-542-2, udgave: 1., 2007.
6. Center for Forebyggelse. *Narkotikasituationen i Danmark 2006*, Sundhedsstyrelsen, udgave: 1., 2006.
7. Sundhedsstyrelsen. *Narkotikasituationen i Danmark 2005*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 87-7676-211-4, udgave: 1., 2005.
8. Center for Forebyggelse. *Narkotikasituationen i Danmark 2004*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 87-7676-008-1, udgave: 1., 2004.
9. Center for Forebyggelse. *Narkotikasituationen i Danmark 2003*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 87-91361-81-1, udgave: 1., 2003.
10. Sundhedsstyrelsen. *Fællesindhold for registrering af stofmisbrugere i behandling*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 978-87-7104-099-9, udgave: 3, 2010
11. Ankestyrelsen. *Anbringelsesstatistik 2010*, Ankestyrelsen, ISBN: 978-87-7811-157-9, udgave: 1., 2011.
12. World Health Organization. *WHO: Management of substance abuse: Terminology and classification*. WHO. [http://www.who.int/substance\\_abuse/terminology/en/](http://www.who.int/substance_abuse/terminology/en/) (adgang 26/8 2012).
13. Rindom, H. *Rusmidlernes biologi*, Sundhedsstyrelsen, ISBN: 87-91093-30-9, udgave: 3., 2005.
14. Danish Medicines Agency. *Metodehåndbog for Medicinsk teknologivurdering*. 2007:188.
15. Hodgson T, Meiners M. *Cost of Illness Methodology: A guide to Current Practices and Procedures*. *Milbank Memorial Fund Quarterly Health and Society*. 1982;60:429-62.
16. Xie X, Rehrn J, Single E, Robson L, Paul J. *The economic costs of illicit drug use in Ontario*. *Health Econ*. 1998;7:81-85.
17. McDougall C og Culyer A. *The economic and social costs of class A drug use in England and Wales, 2000*. Home Office Research, Development and Statistics Directorate. Udgave: 1., 2002.
18. Nilsson I og Wadeskog A. *From the public perspective*. Swedish Agency for Economic and Regional Growth. Udgave: 1., 2006.
19. Joel E, Segel B.A. *Cost-of-illness studies – A Primer*. RTI-UNC Center of Excellence in Health Promotion Economics. Udgave: 1., 2006.

20. Executive Office of the President Office of National Drug Control Policy. *The economic costs of drug abuse in the United States 1992-2002*. ONDCP. Udgave: 1., 2004.
21. Collins D.J, Lapsley H.M. *The costs of tobacco, alcohol and illicit drug abuse to Australian society in 2004/05*. University of New South Wales. ISBN 1-74186-436-4. Udgave: 1., 2008.
22. Mostardt S, Flöter S, Neumann A, Wasem J, Pfeiffer-Gerschel T. *Public Expenditure Caused by the Consumption of Illicit Drugs in Germany*. Gesundheitswesen. 2010;72:886-894.
23. Regeringen. *Kampen mod narko – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. ISBN: 87-90227-69-7. Udgave: 1., 2003
24. Regeringen. *Kampen mod narko II – handlingsplan mod narkotikamisbrug*. Indenrigs- og Sundhedsministeriet. ISBN: 978-87-92480-80-4. Udgave: 1., 2010.
25. Forskerservice. *Indberetning og statistik* . Sundhedsstyrelsen  
<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Forskerservice.aspx> (Adgang 26/8 2012)
26. Forskningsservice. *Introduktion til Forskningsservice i Danmarks Statistik*. Danmarks Statistik. Udgave: 1., 2011.
27. Forskerservice. *Sundhedsstyrelsens registre*. Sundhedsstyrelsen.  
<http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsstyrelsens%20registre.aspx> (Adgang 26/8 2012)
28. Lægemiddelstyrelsen. *Om Lægemiddelregisteret*. Sundhedsstyrelsen.  
<http://laegemiddelstyrelsen.dk/da/topics/statistik,-priser-og-tilskud/statistik-og-analyser/om-laegemiddel-statistikregisteret> (Adgang 26/8 2012)
29. TIMES. *Støtte til udsatte børn og unge*. Danmarks Statistik.  
<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Varedeklarationer/stoette-til-udsatte-boern-og-unge.aspx> (Adgang 26/8 2012)
30. Ankestyrelsen. *Viden om anbringelse af børn*. Ankestyrelsen.  
<http://www.ast.dk/artikler/default.asp?page=677> (Adgang 26/8 2012)
31. TIMES. *Kriminalstatistik*. Danmarks Statistik.  
<http://www.dst.dk/da/Statistik/dokumentation/Times/kriminalstatistik.aspx> (Adgang 26/8 2012)
32. Kriminalforsorgen. *Statistik 2010*. Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen. ISBN: 978-87-90581-85-5. Udgave: 1., 2011.
33. Nurco D.N. *Drug addiction and crime: a complicated issue*. British Journal of Addiction 1987;82:7-9.
34. Beskæftigelsesministeriet. *Tal og Tendenser: Satser for 2010*. Beskæftigelsesministeriet.  
<http://www.bm.dk/Tal%20og%20tendenser/Satser/Satser%20for%202010.aspx> (Adgang 13/4 2012).
35. Sundhedsstyrelsen. *Kommunale omkostninger forbundet med overforbrug af alkohol*. Sundhedsstyrelsen. ISBN: 978-87-7104-319-8. Udgave: 1., 2012.
36. Tilbudsportalen. *Tilbud, Statistik og Indberetning*. Socialstyrelsen. <http://www.tilbudsportalen.dk/> (Adgang 26/8 2012)
37. Rødovre Kommune. *Budget 2011*. Bind 1, Udgave: 1., 2011.
38. Kriminalforsorgen. *Årsrapport 2010*. Justitsministeriet, Direktoratet for Kriminalforsorgen. ISBN: 978-87-90581-83-1. Udgave: 1., 2011.

39. Statistikbanken. *SUIK51: Stofmisbrug, udgifter og effekt, efter indikator, behandlingsform og område*. Danmarks Statistik.  
<http://www.statistikbanken.dk/statbank5a/SelectVarVal/Define.asp?Maintable=SUIK51&PLanguage=0> (Adgang 26/8 2012)
40. Björnberg A. *Euro Health Consumer Index 2012*. Health Consumer Powerhouse. ISBN: 978-91-0977879-9-4. Udgave: 1., 2012.
41. Nationalbankens Statistikbank. *Valutakurser efter kurstype, opgørelsesmetode, valuta og tid*. Danmarks Nationalbank. <http://nationalbanken.statistikbank.dk/nbf/100250> (Adgang 26/8 2012)
42. Den Europæiske Centralbank. *Makroøkonomisk fremskrivning for Euroområdet udarbejdet af Eurosystemets stab*. Udgave: 1., 2012.
43. Mehlbye J. *De samfundsmæssige konsekvenser af stofmisbrug*. AKF forlaget. ISBN: 87-7509-493-2. Udgave: 1., 1997.