



Skøn over antallet af stofbrugere med et højriskoforbrug



Skøn over antallet af stofbrugere med et højriskforbrug

Delrapport 2

Denne delrapport er anden del af en serie af udgivelser fra Sundhedsstyrelsen, der tilsammen beskriver Narkotikasituationen i Danmark. Delrapporterne udgives løbende efterhånden som data og undersøgelsesresultater bliver tilgængelige.

Foreliggende delrapport fra 2019, omhandler resultater fra beregninger af omfanget af højriskforbrug af illegale stoffer samt en beskrivelse af den brugte metode. Der præsenteres et nyt skøn henholdsvis over antallet af personer med et højriskforbrug af opioider og over antallet af personer med et højriskforbrug af opioider og andre illegale stoffer. Hertil beskrives resultatet af en særlig analyse og beregning af alle personer med et dagligt eller næsten dagligt brug af cannabis i Danmark, betegnet som højriskbrugere af hash.

Udover opgørelser og data, er medtaget:

- Bilag A - Datagrundlag
- Tabeloversigt
- Referenceliste

Sundhedsstyrelsen, september 2019

1.1 Skøn over antallet af stofbrugere med et højriskforbrug

Sundhedsstyrelsen har i 2019 foretaget et skøn over antallet af stofbrugere i Danmark med et højriskforbrug. Skønnet er foretaget med en såkaldt capture-recapture metode (CRC), som Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, EMCDDA, anbefaler som standardmetode (EMCDDA, 1999). Der er en lang international tradition for at benytte CRC-metoden til at belyse størrelsen af (befolknings)grupper, som man ikke har et præcist tal på, eller direkte adgang til (IWGDMF¹, 1995).

Metoden bygger på data fra overlappende lister over personer, som tilhører målgruppen, fremskaffet fra forskellige registre. Mangel på tilgængelige behandlingsdata de senere år har medført, at det ikke før nu har været muligt at foretage et opdateret skøn. Nu er behandlingsdata igen tilgængelige, og Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), har kunnet benyttes sammen med to andre registre. Ud over SIB, er således Landspatientregisteret (LPR) og Kriminalforsorgens Straffuldbyrdsregister (KRIM) benyttet. I tidligere år er der foretaget skøn alene ved hjælp af to registre. At bruge tre registre fremfor to registre øger både pålideligheden og kvaliteten af skønnet.

Det skal således understreges, at skønnet der er foretaget i 2019 ikke er sammenligneligt med tidligere skøn som Sundhedsstyrelsen har udarbejdet. Der er afgørende forskelle i den måde beregningerne er tilrettelagt på, idet der med tre registre kan tages højde for interaktioner (se under afsnittet om metode).

For at se Sundhedsstyrelsens tidligere skøn, henvises til tidligere årsrapporter over Narkotikasituationen i Danmark (Sundhedsstyrelsen, 2017).

På foranledning af Sundhedsstyrelsen, er selve den matematiske beregning af estimatet, gennemført ved Biostatistisk Afdeling på Københavns Universitet (Ziersen et al., 2019).

Definition af målgruppen

EMCDDA definerer målgruppen, High Risk Drug Use (HRDU) (EMCDDA, 2013), på samme måde som den gruppe der tidligere hed "problematisk stofbrugere". Overordnet kan denne gruppe af stofbrugere beskrives som personer, der har et mere vedvarende forbrug af stoffer, som har medført fysiske, psykiske og/eller sociale skader. Personer, der er i substitutionsbehandling, er medregnet. EMCDDA underinddeler desuden højriskbrugere i forskellige stofgrupper og om personen bruger stoffer intravenøst eller ej.

På europæisk plan er der via EMCDDA en ambition om, at der ved skøn over antallet af højrisikobrugere nationalt i EU-medlemslandene, bør foretages en skelnen mellem højrisikobrugere af: opioider, brugere af amfetaminer, brugere af kokain, brugere af stofblandinger, et samlet skøn over nævnte grupper og et skøn over hashbrugere med et højrisikoforbrug. Selv om de fleste EU-lande arbejder for at nå dette mål, er det oftest ikke muligt. Mange lande offentliggør kun skøn over enkelte eller to stof-typer med et højrisikoforbrug, og en del lande har ikke landsdækkende tal, men foretager regionale eller lokale beregninger. Disse lokale beregninger bliver herefter omregnet til landsdækkende tal. Blandt andet derfor, men også fordi landene benytter forskellige overordnede metoder, er resultaterne af landenes skøn ikke helt sammenlignelige.

Analysen er afgrænset til at omfatte personer fra 18-64 år, da personer under 18 år ikke er inkluderet i KRIM-registeret. Indledende analyser af de enkelte stofgrupper viste, at der ikke var tilstrækkelig information i de data der var til rådighed, til at basere analysen på alle de ønskelige stofgrupper. Det blev derfor besluttet at opdele højrisikobrugere i følgende grupper:

- Opioidbrugere, herunder også personer i substitutionsbehandling med metadon og buprenorphin
- Et samlet skøn over opioidbrugere og brugere af andre stoffer såsom de centralstimulerende stoffer
- Et separat skøn over antal personer med et højrisikoforbrug af hash, hvor CRC-metoden ikke er benyttet (se nedenfor)

Af Bilag A fremgår datagrundlaget for analysen, herunder hvilke diagnosekoder, der er benyttet i udtrækket fra LPR, samt hvilke betingelser, der skulle være opfyldt for at være inkluderet i analysen fra henholdsvis KRIM- og SIB-registeret.

1.2 Metodiske forklaringer og resultater fra analysen

Det er første gang at Sundhedsstyrelsen foretager et skøn over antallet af danske personer med et højrisikoforbrug af stoffer baseret på tre registre, hvilket giver mulighed for, at analysere interaktioner mellem registrene. Med interaktioner menes det forhold, at hvis man indgår i et register, vil det påvirke sandsynligheden for at optræde i et af de to andre registre. Den mulighed var ikke tilstede tidligere, hvor der som nævnt, kun blev anvendt data fra to registre.

Analysen bygger på data fra de to seneste år, hvor data for alle tre registre var de seneste tilgængelige, da arbejdet med skønnet blev igangsat i 2018 - dvs. data fra henholdsvis 2015 og 2016. En væsentlig grund til at basere analysen på to år var, at man derved kunne undersøge om der var væsentlige ændringer årene imellem, hvilket ikke ville være sandsynligt. Dette viste sig heller ikke at være tilfældet. Af tabel 1 fremgår alene resultatet for det seneste år, 2016, som er analysens endelige resultat.

I beregninger af skøn benytter man sikkerhedsintervaller. I visse tilfælde - og som det fremgår af tabel 1, er sikkerhedsintervallerne for de centrale skøn ret store. Dette betyder, at der knytter sig en vis usikkerhed til præcist, hvor stort antallet af stofbrugere med et højrisikostofbrug er.

For yderligere beskrivelser af de benyttede matematiske modeller og tilgange, henvises til baggrundsrapporten (Ziersen et al., 2019).

TABEL 1. SKØN OVER ANTALLET STOFBRUGERE MED ET HØJRISIKOFORBRUG, 2016

	Observeret	Skønnet antal personer	Sikkerhedsinterval	Procentdel observeret
Højrisikobrugere af opioider	7.908	20.412	(14.084- 34.011)	39%
Højrisikobrugere af opioider samt andre illegale stoffer bortset fra hash	13.036	51.830	(39.143-67.107)	25%

Som det fremgår af tabel 1, skønnes der at være ca. 20.000 højrisikobrugere af opioider. Det samlede antal personer med et højrisikoforbrug af opioider samt andre illegale stoffer, bortset fra hash, skønnes at være ca. 52.000. I det samlede skøn over stofbrugere med højrisikoforbrug indgår opioidbrugere, brugere af centralstimulerende stoffer som hovedstof samt personer med et blandingsforbrug.

Af tabel 2 ses skønnet af højrisikobrugere af hhv. opioider og opioider samt andre illegale stoffer bortset fra hash opgjort pr. 1.000 indbyggere.

TABEL 2. SKØN OVER ANTALLET STOFBRUGERE MED ET HØJRISIKOFORBRUG PR. 1000 INDBYGGERE, 2016

	Skønnet antal personer	Beregnet pr. 1.000 indbyggere	Sikkerhedsinterval beregnet pr. 1.000 indbyggere
Højrisikobrugere af opioider	20.412	5.77	(3.98, 9.61)
Højrisikobrugere af opioider samt andre illegale stoffer bortset fra hash	51.830	14.65	(11.06, 18.96)

EMCDDA offentliggør hvert år en samlet oversigt over skøn over antallet af højrisikobrugere i EU's medlemslande (EMCDDA, 2019). Af denne oversigt fremgår, at størrelsen på skønnene varierer landene imellem. Den præcise årsag hertil kendes ikke, men faktorer som forskelle i metodevalg, datakilder, geografiske områder som baggrund for dataindsamlingen mv. er medvirkende til den store variation. En sammenligning mellem landene er derfor, som nævnt, vanskelig.

1.3. Højrisikobrugere af hash

EMCDDA anbefaler ikke CRC-metoden til at foretage skøn over antallet af højrisikobrugere af hash. Årsagen er, at hashbrugere i mindre grad dukker op i behandlings- og sygdomsregistre. For eksempel er akutte sygdomsrelaterede episoder blandt hashmisbrugere væsentligt færre i LPR, end for brugere af andre illegale stoffer. Derfor vil en estimering med CRC-metoden være meget usikker.

EMCDDA anbefaler i stedet resultater fra surveyundersøgelser over det selvrapporterede brug som den mest hensigtsmæssige metode til at skønne antallet af højrisikobrugere af hash, og denne er derfor benyttet til beregningen af nedenstående skøn.

I den senest gennemførte Sundheds- og sygelighedsundersøgelse i 2017, blev der stillet en række standardiserede spørgsmål om brugen af illegale stoffer - anbefalet af EMCDDA (Sundhedsstyrelsen, 2012). Svarpersonerne blev bedt om at angive, om de havde brugt hash, og i givet fald om det var inden for den seneste måned, inden for det seneste år eller tidligere. De personer, der svarede at have brugt hash inden for den seneste måned, blev efterfølgende spurgt om, hvor mange dage i løbet af den seneste måned de havde brugt hash. Sammensætningen blandt de personer, der har besvaret spørgeskemaet, afviger på en række punkter fra befolkningssammensætningen for hele landet. Dette problem er søgt løst ved en opregning foretaget af Danmarks Statistik, en såkaldt vægtning for bortfald. Det betyder, at besvarelsen for den enkelte person er givet en vægt i forhold til, hvor sandsynligt det er at få en besvarelse fra en person med samme køn, alder, uddannelse, bruttoindkomst, socioøkonomisk gruppe, familietype, etnisk baggrund, antal lægebesøg i 2016, indlæggelse på sygehus i 2015 samt ejer-/lejerforhold. For en nærmere beskrivelse af undersøgelsen samt vægtningsproceduren henvises til Christensen et al. (2018) og Ekholm et al. (2019).

Højrisikoforbrug af hash defineres som brug i 20 dage eller derover i løbet af den seneste måned (EMCDDA, 2019). I alt oplyser 1,7 pct. (95%-konfidensinterval: 1,2-2,4 pct.) af de 16-24-årige, at de har brugt hash i 20 dage eller derover i løbet af den seneste måned, hvilket svarer til 11.500 personer på landsplan. I aldersgruppen 16-64 år oplyser 0,9 pct. (0,7-1,1 pct.), at de har brugt hash i 20 dage eller derover i løbet af den seneste måned. Dette svarer til 32.600 personer på landsplan.

TABEL 3. SKØN OVER ANTALLET PERSONER MED ET HØJRISIKOFORBRUG AF HASH, 2017

Aldersgruppe	Skønnet antal personer	Procentdel	Sikkerhedsinterval
16-24 år	11.500	1,7 %	1,2-2,4 %
16-64 år	32.600	0,9 %	0,7-1,1 %

I seneste europæiske narkotikaårsrapport fra EMCDDA (2019), analyseres resultater fra de seneste surveyundersøgelser i EU's medlemslande. Det gennemsnitlige højrisikoforbrug af hash i samtlige medlemslande i EU, defineret som brug i gennemsnitlige 20 dage eller derudover i løbet af den seneste måned, i aldersgruppen 15-64-årige, estimeres at være ca. 1 pct. Således ligger højrisikoforbruget af hash i Danmark nogenlunde på niveau med det europæiske gennemsnit for så vidt angår den danske befolkning i alderen 16-64 år.

Bilag A - Datagrundlag

Dette bilag beskriver datagrundlaget for capture-recapture estimater over antallet af højrisikobrugere (HRDU) af illegale stoffer (bortset fra hash) i 2015 og 2016. Beregningerne vedrører følgende to populationer:

Opioidbrugere, herunder personer i substitutionsbehandling med metadon og buprenorphin

Et samlet skøn over opioidbrugere og brugere af andre stoffer såsom de centralstimulerende stoffer (hash undtaget)

Estimaterne udregnes på baggrund af data indhentet fra tre registre, henholdsvis Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), Landspatientregisteret (LPR) og Kriminalforsorgens Straffuldbyrdsregister (KRIM), og de to populationer specificeres nedenfor i hvert datasæt for sig:

LPR / Opioidbrugere

Personer med kontakt til sygehuset afgrænset på følgende ICD-10 koder: DF111, DF112 eller DF119

LPR / Samtlige højrisikobrugere

Personer med kontakt til sygehuset afgrænset på følgende ICD-10 koder: DF111, DF112, DF119, DF141, DF142, DF149, DF151, DF152, DF159, DF191, DF192 eller DF199

En person kan, inden for det samme år, optræde med flere forskellige koder. En person indgår i en af populationerne, hvis blot én af personens oplyste koder er nok til at placere personen i populationen.

SIB / Opioidbrugere

Personer i substitutionsbehandling eller personer med brug af opioider som enten hovedstof eller sidestof. Hvis der er tale om sidestof skal indtagelseshyppigheden være dagligt eller 2-6 gange om ugen.

SIB / Samtlige højrisikobrugere

Personer i substitutionsbehandling.

Personer med enten opioider eller centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin mv.) som hovedstof eller som sidestof med indtagelseshyppighed dagligt eller 2-6 gange om ugen.

Personer fra SIB er registreret i et givent år, hvis de enten påbegynder et behandlingsforløb eller har et behandlingsforløb, der løber over en del af året. Hvis en person er registreret mere end én gang i et pågældende år, dvs. at personen både har afsluttet og påbegyndt et behandlingsforløb i samme år, indgår personen i én given population, hvis personen i bare ét af behandlingsforløbene er registreret med et stof, der placerer personen i populationen.

KRIM

I KRIM optræder to datoer - indsættelsesdato og profildato. Da profildatoen henviser til foretagelsen af en stofbrugerprofil omhandlende misbruget op til 30 dage inden indsættelsen, kræves det at både indsættelsesdatoen og profildatoen, for en given person, er indeholdt i det pågældende år af interesse for at kunne indgå i en af de to populationer.

Kravet, om at indsættelsesdatoen skal indgå i pågældende år, sikrer at de observerede personer har haft et misbrug i det år. Kravet om at profildatoen skal indgå i pågældende år, sikrer at undersøgelsen er sammenlignelig på tværs af år, samt at vi undgår at betinge på at have observeret personer ud over det pågældende år.

En person kan, inden for samme år, optræde med flere forskellige indsættelsesdatoer. En person indgår i en af populationerne, hvis personen ved blot én af indsættelsesdatoerne har oplyst at have indtaget et stof, der placerer personen i den pågældende population.

Ydermere kan en person til hver indsættelsesdato være registreret med flere forskellige profildatoer. Som nævnt ovenfor kræves det, at profildato og indsættelsesdato indgår i samme år, men herefter betragtes alle observationer pr. individ "på lige fod". Dvs., at en person med to profildatoer i samme år indgår i en af populationerne, hvis personen til blot én af profildatoerne har oplyst at have indtaget et stof, der placerer personen i en pågældende population.

KRIM / Opioidbrugere

Personer i substitutionsbehandling eller personer med brug af opioider, hvor indtagelseshyppigheden er enten flere gange dagligt, dagligt eller 2-6 gange om ugen.

KRIM / Samtlige højrisikofrugere

Personer i substitutionsbehandling.
Personer med brug af opioider eller centralstimulerende stoffer (kokain, amfetamin mv.) hvor indtagelseshyppigheden er enten flere gange dagligt, dagligt eller 2-6 gange om ugen.

Antagelser vedrørende capture-recapture model

Estimeringen af prævalensen af højrisikofrugere er foretaget på baggrund af de ovenfor nævnte tre registre, og hermed antages det, at der for hvert individ i en given population til et givent år er en positiv sandsynlighed for at blive observeret i et af de tre registre.

CRC-metoden har som forudsætning, at de benyttede data stammer fra lukkede populationer, hvilket i praksis vil sige, at alle i analyseåret bør være i risiko for at blive talt med i hele året. På grund af dødsfald, helbredelse, emigration mv. er denne forudsætning sjældent helt opfyldt. Denne mangel anses dog acceptabel i de fleste undersøgelser, selv om forholdet bidrager til en svækkelse af analysens validitet. Et væsentligt forhold i sådanne undersøgelser er dog også, at man ved dataudtrækket fra registrene sørger for, at de personer, der trækkes ud, alle tilhører den relevante målgruppe, som skønnet vedrører.

Brugen af tre registre til estimeringen af prævalensen af højrisikofrugere giver otte forskellige log-lineære modeller, da ønsket har været at overholde det hierarkiske princip om inklusion af variable i modellen. De otte modeller udgøres af en model med intercept samt variable for hvert af registrene, og dernæst syv modeller – én for hver kombination af inklusion af tovejsinteraktioner.

Da der ikke er noget belæg for at betragte den ene model som "sand", benyttes model averaging til at lave et samlet estimat for hver population for et givent år på baggrund af de otte modeller. Dvs. at de endelige estimater er vægtede gennemsnit af estimaterne fra de otte modeller, hvor vægtene bestemmes af modellfittet.

For at udregne 95%-konfidensintervaller for de endelige estimater benyttes bias-corrected and accelerated bootstrap, da denne metode er mere robust over for den komplekse afhængighedsstruktur mellem de otte modeller end klassiske konfidensintervaller.

Tabeloversigt

Tabel 1. Skøn over antallet stofbrugere med et højrisikoforbrug, 2016

Tabel 2. Skøn over antallet stofbrugere med et højrisikoforbrug pr. 1000 indbyggere, 2016

Tabel 3. Skøn over antallet personer med et højrisikoforbrug af hash, 2017

Referenceliste

Christensen AI, Jensen HAR, Ekholm O, Davidsen M. Materiale og metode. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2018.

Ekholm O, Jensen HAR, Davidsen M, Christensen AI. Illegale stoffer. Sundheds- og sygelighedsundersøgelsen 2017. København: Statens Institut for Folkesundhed, SDU, 2019.

EMCDDA. Methodological guidelines to estimate the prevalence of problem drug use on the local level. EMCDDA, 1999.

EMCDDA. PDU (drug use). EMCDDA, 2013

International Working Group for Disease Monitoring and Forecasting. Capture-recapture and multiple-record systems estimation I: History and theoretical development. *Am. J. Epidemiol.* 1995;142(10):1047-58.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Europæisk Narkotikarapport (EMCDDA) 2018: Tendenser og udvikling. Kuxenburg, 2019

Statistical Bulletin 2019. EMCDDA, 2019

Narkotikasituationen i Danmark 2012. Sundhedsstyrelsen, 2012.

Narkotikasituationen i Danmark 2017. Sundhedsstyrelsen, 2017.

Prævalens af stofbrugere i Danmark i 2015 og 2016. Ziersen SC, Petersen AH og Keiding N. Biostatistisk Afdeling. Københavns Universitet, 2019

Skøn over antallet af stofbrugere med et højriskforbrug

Narkotikasituationen i Danmark 2019 - delrapport 2

© Sundhedsstyrelsen, 2019. Publikationen kan frit refereres med tydelig kildeangivelse

Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67
2300 København S

www.sst.dk

Emneord: Skøn over antallet af højriskbrugere af illegale stoffer. Skøn over højriskforbrug af cannabis.
HRDU. High risk drug use

Sprog: Dansk

Kategori: Faglig rådgivning

Version: 1.0

Versionsdato: 4. september 2019

Udgivet af Sundhedsstyrelsen: 4. september 2019

Grafisk opsætning: Etcetera Design

Korrektur: Ola Berger Consulting