



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

ISSN 1682-2773

ÅRSRAPPORT 2007

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA

ÅRSRAPPORT 2007

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen fra Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er opphavsrettslig beskyttet. EONN påtar seg intet juridisk eller erstatningsrettslig ansvar for følger av bruken av opplysningene i dette dokumentet. Innholdet i denne publikasjonen representerer ikke nødvendigvis de offisielle holdningene til EONNs partnere, medlemsstatene i EU eller andre institusjoner eller organer i Den europeiske union eller De europeiske fellesskap.

Store mengder tilleggsinformasjon om Den europeiske union er tilgjengelig på internett via Europa-serveren (<http://europa.eu>).

Europe Direct er en tjeneste som hjelper deg med å finne svar på dine spørsmål angående Den europeiske union

Gratis telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Noen mobiltelefon-operatører aksepterer ikke tilgang til 00 800 nummer, eller disse samtalene blir fakturert.

Rapporten foreligger på spansk, tsjekkisk, dansk, tysk, estisk, gresk, engelsk, fransk, italiensk, latvisk, litauisk, ungarsk, nederlandsk, polsk, portugisisk, slovakisk, slovensk, finsk, svensk, bulgarsk, rumensk, tyrkisk og norsk. Alle oversettelser er utført av Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer.

Bibliografiske data finnes bakerst i denne publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2007

ISBN 978-92-9168-298-0

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2007

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Belgium

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11

info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Innhold

Forord	5
Takk	7
Innledende merknad	9
Kommentar – narkotikasituasjonen i Europa	11
Kapittel 1	
Retningslinjer og lovgivning	18
Kapittel 2	
Narkotikatiltak i Europa – en oversikt	28
Kapittel 3	
Cannabis	37
Kapittel 4	
Amfetamin, ecstasy og LSD	48
Kapittel 5	
Kokain og crack	57
Kapittel 6	
Opioider og injeksjonsbruk	63
Kapittel 7	
Nye trender og tiltak mot nye stoffer	72
Kapittel 8	
Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall	77
Kilder	89



Forord

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk utgir i år sin tolvte årsrapport. I likhet med de foregående rapportene gir den en omfattende oppdatering på dagens narkotikasituasjon i Europa. Den beskriver også Europas framskritt i arbeidet med å implementere et metodologisk solid, bærekraftig og omfattende informasjonssystem for å overvåke narkotikabruk.

Rapporten tar for seg to grunnleggende spørsmål: Hva vet vi om narkotikabruk i Europa og hvilke problemer det medfører? Og hva har vi lært om effektive tiltak mot narkotikarelaterte problemer? Disse spørsmålene er viktige fordi beslutningstakere i hele Europa, uavhengig av politisk overbevisning og ideologi, har erkjent at narkotika representerer et sammensatt problem som det ikke finnes noen enkel løsning på. De vet at veien framover ligger i å analysere dokumentasjonen som er tilgjengelig, både når det gjelder problemets omfang og karakter så vel som fordeler og ulemper ved de ulike tilnærmingene. Dermed viser rapporten også at Europa er opptatt av balanserte og evidensbaserte tilnærminger og innsats over tid, og ikke nøyer seg med enkle løsninger. Europa kan være stolt av å møte dette vanskelige og ofte følelsesladde problemet på en rasjonell og human måte.

I denne rapporten kartlegger vi også hvilke framskritt som har blitt gjort for å møte narkotikaproblemet i Europa. Dette er spesielt relevant i år ettersom Europakommisjonen i 2008 skal gå i gang med å vurdere konsekvensene av dagens europeiske handlingsplan mot narkotika, og FNs narkotikakommisjon (CND) skal drøfte i hvilken grad målene som ble satt av FNs Generalforsamlings spesialsesjon i 1998, har blitt nådd.

I Europa representerer narkotikasituasjonen fortsatt en alvorlig utfordring for helse- og sosialpolitikken så vel som for politi og rettsvesen. Det er ikke vanskelig å finne områder

som gir grunn til bekymring. Vi føler likevel at det er viktig å anerkjenne de framskrittene som har blitt gjort. I Europa møter flere og flere medlemsstater narkotikaproblemet med strategiske og planlagte tilnærminger. Det har også vært en kraftig økning i investeringene i forebyggings-, behandlings- og skadereduserende tiltak i tillegg til økt samarbeid og fokus på etterspørselsreduksjon. Narkotikabruken er fortsatt på et historisk høyt nivå, men har stabilisert seg i de fleste områder. I noen områder gir utviklingen sågar grunn til forsiktig optimisme. Den europeiske union og medlemsstatene gir betydelig støtte til internasjonale programmer, og globalt sett er det tilfredsstillende å observere at situasjonen i Europa virker relativt positiv på en rekke viktige områder.

Som overvåkingsorgan er vi opptatt av tall og fakta. Vi er opptatt av å være vitenskapelige og objektive og av å tolke den tilgjengelige informasjonen uten fordommer og forutinntatthet. Dette er vår oppgave, og både styreleder og direktør er ikke villige til å gå på akkord med dette prinsippet. Vi er stolte av den høye standarden vi holder. Men selv om det er viktig å beholde det vitenskapelige fokuset, må vi aldri glemme at det bak tallene befinner seg virkelige mennesker som har fått sine liv påvirket og noen ganger ødelagt, av narkotikamisbruk. Bak de tørre statistikkene over behandlingssøknader, narkotikarelaterte dødsfall og kriminell atferd skjuler det seg familier i sorg, tapte potensial og barn som vokser opp i utrygge omgivelser. For å utvikle effektive tiltak mot narkotikaproblemet er det viktig at dataene forblir upåvirket av følelser, men vi må aldri miste engasjementet for saken.

Marcel Reimen

Styreleder, EONN

Wolfgang Götz

Direktør, EONN



Takk

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EONN å takke:

- lederne for de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet og deres medarbeidere,
- tjenestene i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til rapporten,
- medlemmene av EONNs styre og vitenskapelige komité,
- Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union – særlig Den horisontale narkotikagruppen – og Europakommisjonen,
- Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC), Det europeiske legemiddelkontoret (EMA) og Europol,
- Europarådets Pompidou-gruppe, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO), ESPAD-prosjektet, Centraförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) og Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av aids (EuroHIV),
- Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer og Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner,
- Prepress Projects Ltd.

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

Reitox er det europeiske informasjonsnettet for narkotika og narkotikamisbruk. Nettet består av de nasjonale kontaktpunktene i EUs medlemsstater, Norge, søkerlandene og ved Europakommisjonen. Under sine regjeringers ansvar er kontaktpunktene den nasjonale myndigheten som besørger informasjon om narkotika til EONN.

Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1596>



Innledende merknad

Årsrapporten er utarbeidet på grunnlag av de nasjonale rapportene EONN har mottatt fra EUs medlemsstater, søkerlandene og Norge (som har deltatt i EONNs arbeid siden 2001). De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for år 2005 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Grafiske framstillinger og tabeller i rapporten kan vise til undersett av EU-land. Utvalget er gjort på grunnlag av data fra de landene der slike var tilgjengelig for den aktuelle perioden.

Årsrapporten er lagt ut på internett på 23 språk og finnes på <http://annualreport.emcdda.europa.eu>.

Statistiske opplysninger 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) inneholder alle kildetabeller som den statistiske analysen i årsrapporten er basert på. Her finner du også nærmere opplysninger om metodene som er brukt og et hundretall andre statistiske grafer.

Landprofilene (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) inneholder en grafisk presentasjon av de viktigste aspektene ved narkotikasituasjonen i det enkelte land.

Tre temaer er nærmere behandlet i tilknytning til denne rapporten. Det er:

- Rusmidler og bilkjøring,
- Narkotikabruk blant mindreårige,
- Kokain og crack: et økende folkehelseproblem.

De utvalgte aspektene foreligger i trykt form og på internett (<http://issues07.emcdda.europa.eu>), men bare på engelsk.

De nasjonale rapportene fra kontaktpunktene i Reitox-nettet inneholder en detaljert beskrivelse og analyse av narkotikasituasjonen i det enkelte land. De er lagt ut på EONNs nettsted (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



Kommentar – narkotikasituasjonen i Europa

Europa spiller en stadig viktigere rolle i gjennomføringen av globale tiltak for å redusere narkotikaproblemene

Verken trendene i bruken av rusmidler eller personene som er involvert i narkotikaproduksjon og -omsetning, respekterer nasjonale eller geografiske grenser. Det er derfor viktig å erkjenne at det europeiske narkotikaproblemet er del av et større, globalt fenomen, og at det foregår en gjensidig påvirkning mellom mønstrene for narkotikabruk i Europa og andre steder. Dette gjenspeiles i EUs nye handlingsplan mot narkotika, som fokuserer på behovet av bedre europeisk samordning i internasjonale spørsmål samt viktigheten av å støtte programmer som tar sikte på å redusere narkotikatilbudet og etterspørselen i naboland og land hvor det foregår narkotikaproduksjon. Europa investerer nå store summer i internasjonale tiltak, og ifølge en fersk undersøkelse gjennomført av Europakommisjonen, bruker Det europeiske fellesskap nå minst EUR 750 millioner på å finansiere tilbuds- og etterspørselsreducerende tiltak i tredjeland. EU er også den største internasjonale bidragsyteren til arbeidet i FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC).

I tillegg til å bidra økonomisk ser det ut til at europeiske land har tatt sine internasjonale forpliktelser om å utvikle hensiktsmessige tiltak mot narkotikaproblemet på alvor. I 2008 skal det internasjonale samfunn evaluere det globale arbeidet i forhold til målene som i 1998 ble fastsatt av FNs spesialsesjon for å bekjempe verdens narkotikaproblem. Som et supplement til tilgjengelige internasjonale data skal EONN bidra til evalueringsprosessen ved å foreta en mer detaljert vurdering av situasjonen i Europa. Dataene som presenteres i denne rapporten, viser at EUs medlemsstater de siste ti årene har utviklet stadig mer omfattende samordningsmekanismer både nasjonalt og på EU-plan, oftest med utgangspunkt i strategier og handlingsplaner. Den tilgjengelige informasjonen om narkotikasituasjonen er dessuten kraftig forbedret, og medlemslandene har økt investeringene både i tilbuds- og etterspørselsreducerende tiltak. Selv om narkotikabruk fremdeles representerer en stor utfordring for folkehelsen og sosialpolitikken i Europa, er det viktig å være klar over disse positive utviklingene.

Europa i global sammenheng

Narkotikabruk er et globalt problem, og å sammenligne europeiske data med informasjon fra andre land kan gi nyttig innsikt i det relative omfanget av narkotikaproblemet i Europa. Problemet her er imidlertid at bare deler av verden har like omfattende og pålitelig informasjon

tilgjengelig. USA, Canada og Australia kan fungere som sammenligningsgrunnlag når det gjelder estimerer for narkotikabruk siste år. Estimerer fra UNODC viser at prevalensen av opioidbruk i disse landene generelt ligger på samme nivå som i EU, dvs. mellom 0,4 og 0,6 %. I Canada er den noe lavere, i USA noe høyere. Nivået av cannabisbruk anslås i snitt å være betraktelig lavere i EU enn i USA, Canada og Australia. Når det gjelder sentralstimulerende stoffer, er bruken av ecstasy relativt lik verden over, selv om Australia rapporterer høy prevalens, og når det gjelder amfetamin, har Australia og USA høyere prevalens enn Europa og Canada. Prevalensen av kokainbruk er høyere i USA og Canada enn i EU og Australia. Mangelen på sammenlignbare data gjør det vanskelig å vurdere helsekonsekvensene av narkotikabruk landene imellom. En forsiktig sammenligning av anslag over nydiagnostiserte tilfeller av HIV relatert til sprøytebruk i 2005 tyder på at Australia, Canada og EU har under 10 tilfeller pr. million innbyggere og USA om lag 36 tilfeller pr. million.

Kvantifisering av kompleksitet: å definere meningsfulle mål og utvikle brukbare målestørrelser

Det overordnede målet for alle de europeiske narkotikastrategiene er å redusere bruken av narkotika og skadene det kan medføre, både for brukerne selv og samfunnet de lever i. Selv om målet kan oppsummeres i få ord, er det viktig å erkjenne at narkotikabruk er et kompleks fenomen med mange fasetter, og at ethvert forsøk på å evaluere virkningen av en narkotikapolitikk bør gjenspeile denne underliggende kompleksiteten. En positiv konklusjon i rapporten er at europeisk narkotikapolitikk i økende grad ser behovet for å fokusere på bestemte aktiviteter og utvikle meningsfulle mål. Dette viser seg i den generelle forskyvningen i Europa mot at nasjonale narkotikastrategier kombineres med mer spesifikke og tidsbegrensede handlingsplaner, og når det gjelder europeisk samordning, i at den årlige gjennomgangen av EUs handlingsplan mot narkotika har resultert i at enkelte indikatorer er tatt ut eller modifisert etter en resultatvurdering.

For evalueringsformål er det helt klart en fordel at tilnærmingen blir mer fokusert. Det er imidlertid også nyttig å ha enkelte sammensatte målestørrelser som tillater beskrivelse av komplekse forhold. Det er vanskelig å utforme slike skalaer og målestørrelser, men en rekke nye utviklinger på området virker lovende. I denne rapporten legger vi fram en ny analyse av data om narkotikarelaterte offentlige

utgifter i Europa. Dataene er ufullstendige, men viser likevel at betydelige summer hvert år brukes på å redusere tilbud og etterspørsel av narkotika i Europa – et sted mellom EUR 13 milliarder og EUR 36 milliarder. Disse tallene tar for øvrig ikke hensyn til de sosiale kostnadene ved narkotikabruk.

Et skritt på veien her er utviklingen av indekser som forsøker å fange opp ulike kostnader og skader knyttet til bruken av illegale rusmidler, som for eksempel narkotikaskadeindeksen som er utviklet i Storbritannia. Skader er også et av nøkkelkonseptene i UNODCs nye narkotikaindeks ("illicit drug index" – IDI). Slike tiltak kan bli nyttige i framtiden når narkotikapolitikken skal analyseres, men de er avhengige av kvaliteten på dataene som ligger til grunn for den sammensatte målestørrelsen, og hvorvidt dataene kan fange opp det aktuelle målkonseptet.

Skadereduksjon er nå en eksplisitt del av den europeiske tilnærmingen

Det er fortsatt store forskjeller mellom landene i Europa når det gjelder hva slags narkotikaproblemer de har og hvor omfattende de er, samt hvordan tiltakene er organisert og i hvilken grad de er utbygget. Likevel er det bred enighet om de grunnleggende prinsippene, nemlig at narkotikapolitikken bør være balansert, omfattende og evidensbasert. Når det gjelder etterspørselsreduksjon, er behovet for forebygging, behandling og sosial rehabilitering allment akseptert. Historisk har skadereduksjon vært et mer kontroversielt tema. Dette er i ferd med å endre seg, og skadereduksjon som et ledd i en helhetlig pakke av etterspørselsreducerende tiltak, ser ut til å ha blitt en mer eksplisitt del av den europeiske tilnærmingen. Dette gjenspeiles i det faktum at både substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer nå finnes i så godt som alle EUs medlemsstater, selv om det er stor forskjell på tjenestenivået som tilbys. Nylig ble det for øvrig fastslått i en rapport fra Europakommisjonen at rådsrekommendasjonen av 18. juni 2003 har vært medvirkende til at medlemsstatene har utviklet og utvidet skadereduserende tiltak.

Fengsler: tjenester for narkotikabrukere er fortsatt underutviklet

En viktig konklusjon som kan trekkes fra framdriftsrapporten om gjennomføringen av rådsrekommendasjonen er, at uansett hvor store framskritt som er gjort på andre områder, så er alle typer tjenester vanligvis dårlig utviklet i fengsler. Noen medlemsstater har iverksatt opplegg for å få lovbrøyttere med narkotikaproblemer over i behandling som et alternativ til strafferettslige sanksjoner, men likevel utgjør narkotikabrukere fortsatt en betydelig andel av fengselsbefolkningen i nesten alle land. EONN samarbeider

for tiden med Verdens helseorganisasjon (WHO) om å opprette en database for fengselshelse-indikatorer. Det generelle prinsippet om at de innsatte skal ha tilgang til det samme helsetilbudet som samfunnet for øvrig, gjennomføres ikke mange steder når det gjelder personer med narkotikaproblemer. Mange har narkotikaproblemer allerede før de kommer i fengsel – studier viser også at narkotikabruken ofte fortsetter i fengselet. Mangelen på tjenester for narkotikabrukere i fengsel kan bety at man mister muligheten til å gripe inn og redusere framtidig narkotikabruk og kriminell atferd. Dessuten kan helsemessige gevinster oppnådd på andre områder undermineres av mangelen på tjenester i fengselet.

Hvordan identifisere og dele kunnskap om hva som fungerer

Debatten om alle slags etterspørselsreducerende aktiviteter fokuserer i økende grad på å identifisere de intervensjonene som beviselig har effekt og ikke medfører utilsiktede negative konsekvenser. Da enhver type intervensjon, hvis den ikke gjennomføres riktig, kan ha liten effekt eller til og med virke mot sin hensikt, er det også viktig å identifisere god praksis og utvikle kvalitetssikringstiltak. EONNs nye forordning legger vekt på viktigheten av å identifisere og utbre god praksis. Et nøkkelproblem her er miljøet intervensjonene for etterspørselsreduksjon gjennomføres i – det skjer nemlig i den virkelige verden, ikke under ideelle forhold. Troverdige kontrollerte studier, selve "gullstandarden" for de fleste medisinske intervensjoner, er ofte vanskelig å utforme eller rett og slett umulig å få til. Kompleksiteten som er forbundet med å vurdere bevis for effektivitet og identifisere kvalitetskontrollstandarder, behandles i kapittel 2 i denne rapporten.

Cannabis: populariteten kan ha nådd toppen – økt bevissthet om folkehelsemessige konsekvenser

Nesten en firedel av alle voksne har prøvd cannabis en gang i livet, og én av fire har brukt stoffet i løpet av det siste året. Dette gjør cannabis til det mest brukte illegale rusmidlet i Europa. I tillegg til å være utbredt i befolkningen generelt, er det også det mest brukte illegale rusmidlet blant unge og svært unge mennesker. Narkotikabruk hos personer som er i utvikling både fysisk og sosialt, kan være særlig problemfylt. Denne problemstillingen behandles nærmere i det utvalgte aspektet om narkotikabruk blant mindreårige. Betydningen av å forstå konsekvensene av tidlig debutalder for cannabisbruk og hva som kan være egnede tiltak, er blant de mange sammensatte problemene som cannabisbruk representerer for folkehelsen og narkotikapolitikken i Europa.

En generell trend i europeisk politikk har vært overgangen fra strafferettslige reaksjoner ved besittelse og bruk av mindre

Anslag over narkotikabruk – i korte tall

(Merk at anslagene gjelder den voksne befolkningen og er de nyeste anslagene som er tilgjengelig. Komplette tallmateriale og metodeopplysninger finnes i Statistiske opplysninger for 2007).

Cannabis

Livstidsprevalens: minst 70 millioner, eller mer enn én av fem voksne i Europa

Bruk siste år: om lag 23 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: over 13 millioner europeere

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

1,0 % til 11,2 %

Kokain

Livstidsprevalens: minst 12 millioner, eller om lag 4 % av voksne i Europa

Bruk siste år: 4,5 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: om lag 2 millioner

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år: 0,1 % til 3 %

Ecstasy

Livstidsprevalens: om lag 9,5 millioner voksne i Europa (3 % av Europas voksne befolkning)

Bruk siste år: 3 millioner, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: over 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

0,2 % til 3,5 %

Amfetamin

Livstidsprevalens: nærmere 11 millioner eller ca. 3,5 % av voksne i Europa

Bruk siste år: 2 millioner, eller én femdel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: under 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år: 0,0 % til 1,3 %

Opioider

Problematiske bruk av opioider: mellom ett og åtte tilfeller pr. 1 000 voksne (i alderen 15–64 år)

Over 7 500 akutte narkotikadødsfall – opioider påvist i ca. 70 % av tilfellene (2004-data)

Ca. 50 % av alle søknader om narkotikabehandling gjelder opioider

Mer enn 585 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2005

mengder cannabis til større vektlegging av tilnærminger som fokuserer på forebygging og behandling. Til tross for dette, økte antallet registrerte cannabislovbrudd betraktelig i perioden 2000–05 (36 %), og i de fleste land er cannabis

det stoffet som oftest er involvert i siktelser for narkotikabruk og besittelse. Situasjonen kan være i ferd med å endre seg i og med at de fleste land nå rapporterer en viss nedgang i antallet registrerte cannabislovbrudd, kanskje fordi organene for rettshåndhevelse ikke lenger fokuserer like mye på cannabisbruk.

Selv om det har vært mye debattert i offentligheten og media, er det vanskelig å se noen direkte eller enkel forbindelse mellom justispolitikken og prevalensen av cannabisbruk. Til tross for forskjeller i tid og omfang landene imellom opplevde Europa en vesentlig økning i bruken av cannabis på 1990-tallet, etterfulgt av en mer stabil men likevel generelt økende trend etter 2000. Dette har ført til at situasjonen i Europa er blitt mer homogen enn det som historisk sett har vært tilfellet. I tillegg tyder de nyeste dataene på at særlig høyprevalenslandene ser ut til å oppleve en stabilisering eller nedgang i cannabisbruken. Selv om dataene fremdeles er relativt svake, er det i noen land visse tegn til at stoffet er i ferd med å bli mindre populært blant de yngste aldersgruppene. Og om de nasjonale trendene varierer, er der muligens en viss grunn til forsiktig optimisme over at økningen i cannabisbruk, som har pågått siden 1990-tallet, kanskje har nådd toppen.

Hvis Europa er på vei inn i en periode med mer stabil cannabisbruk, er det også et poeng at dagens nivå historisk sett er svært høyt, og selv om bare en relativt liten andel av cannabisbrukerne bruker stoffet regelmessig og intensivt, utgjør dette likevel et betydelig antall individer. En økende mengde forskningsmateriale og kliniske erfaringer har gitt et bedre bilde av behovene til personer med cannabisrelaterte problemer, men det er forsket lite på hvorvidt cannabisbrukere generelt utvikler problemer relatert til egen narkotikabruk. Behandlingsdata EONN har samlet inn, viser at antallet rapporterte nye søknader om behandling for cannabisbruk er nesten tredoblet siden 1999, selv om trenden nå ser ut til å stabilisere seg. Det er flere faktorer som gjør denne trenden vanskelig å tolke, blant annet at tilpassede tjenester og bevisstheten om cannabisrelaterte problemer har økt, samt at en betydelig andel av henvisningene enten kommer fra rettssystemet eller andre sosiale organer. Det ser også ut til at cannabisbrukere som kommer i kontakt med behandlingstjenestene, har ulike behov. Tiltakene som iverksettes er også svært varierende og omfatter alt fra kortvarige og forebyggende intervensjoner til mer formelle behandlingstilnærminger.

Den europeiske cannabisituasjonen kompliseres også av markedsfaktorer, og situasjonen kompliseres ytterligere av mangelen på data om den relative andelen og tilgjengeligheten av ulike cannabisprodukter i EU. Europa er fortsatt hovedmarkedet for hasjisi, og mesteparten produseres i Nord-Afrika. Det finnes også marihuana i Europa, selv om

det beslaglegges 10 ganger så mye hasjissj som marihuana. Bildet kan imidlertid være i ferd med å endre seg, idet beslagene av hasjissj gikk noe ned i 2005, mens beslagene av marihuana fortsatte å stige, i likhet med beslagene av cannabisplanter. Halvparten av landene i Europa rapporterte om innenlandsk cannabisproduksjon i 2005. Enkelte former for hjemmeproduisert cannabis kan ha relativt høy styrke, og hjemmeproduksjon har også konsekvenser for narkotikakontrolltiltakene.

Cannabisbruk representerer et sammensatt problem for narkotika-, folkehelse- og sosialpolitikken i Europa. En positiv utvikling er at medlemsstatene nå begynner å få en bedre forståelse av konsekvensene ved utbredt bruk av dette stoffet, og debatten er blitt mer fokusert og mindre preget av en bagatellisering eller overdrivelser av problemet.

Kokain: anslagene for bruk på vei opp igjen

EONN har i denne rapporten revidert anslaget for kokainbruk siste år til 4,5 millioner europeere, opp fra 3,5 millioner i årsrapporten for 2006. De nye dataene tyder på en generell økning i bruken, og stiller også spørsmål ved det generelle bildet av en stabil situasjon som ble rapportert i fjor. De nye dataene bekrefter kokainens plass i Europa som det i alle målinger, etter cannabis, nest mest brukte illegale stoffet, foran både ecstasy og amfetamin, og estimatene for siste måneds bruk av kokain er nå mer enn dobbelt så høye som for ecstasy. Selv om nylige økninger betyr at flere land nå rapporterer om betydelig kokainkonsum blandt befolkningen, er det fortsatt stor variasjon fra et land til et annet, og de fleste landene i Øst-Europa rapporterer om lave nivåer av kokainbruk.

Økt prevalens rapporteres også i de siste tilgjengelige dataene fra både Spania og Storbritannia, de to landene med høyest prevalens i Europa, men økningen er ikke dramatisk for disse landene. I begge land er tallene for siste års prevalens for unge voksne på samme nivå som eller høyere enn i USA. Det er foruroligende at begge land rapporterer et relativt høyt nivå av kokainbruk blant ungdom (4–6 % blant 15–16-åring). I Spania tyder analyser på at den nylige økningen skyldes bruk i aldersgruppen 15–24 år. Det er viktig å merke seg at estimatene over antallet personer som opplever alvorlige problemer med kokain, er mye lavere. Selv om bare tre land (Spania, Italia og Storbritannia) har utarbeidet estimater over problematisk kokainbruk, ligger tallet på mellom 0,3 % og 0,6 % for den voksne befolkningen. Crackbruk er fortsatt sjelden i Europa, men skaper alvorlige lokale problemer der det forekommer.

Andre indikatorer tyder også på en stigende trend, noe som bekrefter at kokain har fått en større rolle på Europas narkotikascene. Både mengdene og antallet beslag har økt. Det kan gjenspeile en økt fokusering på det europeiske

markedet, men kan også skyldes økt fokus på kokain fra myndighetenes side. Det iverksettes stadig flere koordinerte tiltak mot kokainhandel i Europa, og det skal etableres en ny mellomstatlig arbeidsgruppe i Portugal, noe som synes riktig med tanke på landets stadig viktigere rolle i kampen mot kokain. Selv om rekordbeslagene ikke ser ut til å ha påvirket prisene, som fortsatt er synkende, kan de ha påvirket renhetsnivået.

Hittil har økt kokainbruk bare gitt seg små utslag på helsesrelaterte indikatorer, men dette kan endre seg. Hvert år rapporteres om lag 400 kokainrelaterte dødsfall i Europa, og det foreligger mistanke om at kardiovaskulære dødsfall hvor kokain har spilt en medvirkende rolle, i stor grad ikke blir oppdaget. Antallet søknader om behandling for kokainproblemer går opp. I 2005 var kokain primærrusmiddel for om lag 13 % av klientene som søkte behandling, og andelen var enda større blant nye klienter i behandlingsapparatet (22 %). Antallet rapporterte nye behandlingssøknader er omtrent tredoblet de siste fem årene og er nå kommet opp i over 33 000. Kokain ble også rapportert som sekundært rusmiddel i rundt 15 % av tilfellene, og det er i enkelte land økt bevissthet om at samtidig bruk av kokain kompliserer behandlingen av opioidproblemer. Generelt sett er det imidlertid færre behandlingssøknader relatert til kokain enn til cannabis, og betydelig færre enn for opioidproblemer.

HIV: generelt positiv vurdering, men nye smittetilfeller understreker behovet for fortsatt innsats

På 1990-tallet førte erfaringen med, eller frykten for, en utbredt HIV-epidemi blant sprøytebrukere til at det ble utviklet tjenester for denne gruppen. Etter utbyggingen av tjenestene har man stort sett unngått HIV-epidemier slike som vi tidligere har hatt i Europa, selv om enkelte land har opplevd lokale problemer, hovedsakelig de baltiske statene. I tillegg har HIV-prevalensen blant sprøytebrukere holdt seg relativt høy i land som tidligere var rammet av epidemier. Selv om injeksjonsbruk av narkotika i mindre grad enn før forårsaker HIV-smitte, anslår EONN at 3 500 nye diagnostiserte tilfeller av HIV i EU i 2005 skyldtes sprøytebruk. Tallet er lavt historisk sett, men representerer likevel et betydelig folkehelseproblem.

Analyser av de nyeste dataene tyder på at antallet nye smittetilfeller relatert til sprøytebruk er lavt i de fleste land, og at HIV-prevalensen blant sprøytebrukere gikk ned i de fleste EU-regionene mellom 2001 og 2005. Dermed ser det ut til at forekomsten av smitte som følge av injeksjonsbruk av narkotika er på vei ned, særlig i områder hvor prevalensen har vært høy. Situasjonen i Estland, Latvia og Litauen er fremdeles bekymringsfull, men også her tyder mesteparten av de nyeste dataene på en relativ nedgang i nye smittetilfeller.

Analysen påvirkes imidlertid av at dataene i noen viktige områder er dårlig underbygget, og at studier av tidstrender for de siste fem år har avdekket økning i noen områder eller utvalg i om lag en tredel av landene. Dessuten er det grunn til bekymring i et par land, enten på grunn av relativt mange nye smittetilfeller eller fordi det er registrert en økning i prevalensen i den senere tid, men de generelle tallene er fortsatt lave. Historien har vist at HIV-smitte kan spre seg raskt i sårbare grupper. Dette understreker behovet for å fortsatt fokusere på og utvikle tjenester som når ut til personer i de mest risikoutsatte gruppene.

Hepatitt C er fortsatt Europas skjulte epidemi

EONN anslår at det kan være inntil 200 000 europeere med HIV-smitte som er eller har vært sprøytebrukere. Selv om folk er klar over at sprøytebruk medfører risiko for HIV-smitte, er det viktig å huske på at det også finnes anslagsvis 1 million sporadiske sprøytebrukere som er smittet av hepatitt C-viruset (HCV), herunder en betydelig andel som ikke lenger bruker narkotika.

Hepatitt C kan ha alvorlige helsemessige konsekvenser, som kreft eller død, og å imøtekomme behovene til personer med HCV-smitte kan føre til økt press på helsebudsjettene. HCV er

utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa, og studier viser at unge sprøytebrukere på et tidlig tidspunkt i sin ruskarriere, fortsatt blir smittet av denne sykdommen, noe som begrenser muligheten for intervensjon. I motsetning til hepatitt B, hvor intervensjonene ser ut til å gi resultater, avdekker HCV-dataene ingen klar trend, selv om forskjeller landene imellom til en viss grad kan kaste lys over hvilke tiltak som kan være effektive.

Heroinbruken er stabil, men økende problemer med syntetiske opioider vekker bekymring

Verdens heroinproduksjon, som hovedsakelig finner sted i Afghanistan, antas å ha økt igjen i 2006 og er nå potensielt oppe i over 600 tonn. Dette reiser følgende spørsmål for Europa: Hvilken effekt vil denne økningen ha på narkotikaproblemet? Den økende heroinproduksjonen har hittil ikke vist seg i indikatorene for heroinbruk, som i det store og hele nå en tid har holdt seg stabile. Analysen av behandlingsdata og overdoser tyder på at den heroinbrukende befolkningen i Europa stadig blir eldre, selv om situasjonen i Øst-Europa er mindre klar. Generelle anslag over problembruk av narkotika tyder også på en stabil situasjon. Den synkende prisen på stoffet og økningen i antall unge heroinbrukere i behandling i en del land tilsier likevel at situasjonen må følges nøye.

Afghanistan – kan alternative utviklingstiltak ha effekt?

Den økende opiumsproduksjonen i Afghanistan gir grunn til å tvile på om den generelt stabile eller bedrede situasjonen når det gjelder heroinbruk i Europa, kan vare ved. Anslag for 2006 tyder på at produksjonen økte med 43 % som følge av en betydelig økning i det dyrkede arealet.

Opioidbeslagene og antallet destruerte laboratorier tilsier at opium produsert i Afghanistan i stadig større grad omdannes til morfin eller heroin før eksport (CND, 2007). Heroin føres så inn i Europa langs to hovedruter: den gamle Balkan-ruten, som fortsatt er den viktigste når det gjelder heroinsmugling, og den nyere Silkeveien (se kapittel 6).

Regionale forskjeller i Afghanistan tyder på at økonomisk vekst kan redusere dyrkingen av opiumsvalmuen, men viser også at den kan undergraves av politisk ustabilitet, korrupsjon og problemer med infrastrukturen. En reduksjon i dyrkingen kan gjennomføres raskt, men like raskt reverseres. For eksempel gikk dyrkingen av opiumsvalmuer ned 96 % i Nangahar-provinsen i 2004–05, men som i mange andre distrikter har produksjonen igjen økt til tidligere nivåer. Utviklingen skyldes til dels de økonomiske behovene i tett befolkede områder hvor man ikke har vært i stand til å legge om til andre høyverdiavlinger eller utvikle et næringsgrunnlag utenfor landbruket (Mansfield, personlig meddelelse og 2007).

Derimot foregår en forsvinnende liten del av produksjonen av opiumsvalmuer i andre deler av den østlige regionen, og selv i de sørlige provinsene Kandahar og Helmand forventes en reduksjon i produksjonen i områdene nær provinshovedstaden. Det som har bidratt til denne utviklingen, kan være en større grad av regjeringskontroll og økt diversifisering av landbruket, begge faktorer som har bidratt til etableringen av relativt verdifulle avlinger sammen med utbygging av en transportinfrastruktur og markedsføring. Nord og nordøst i landet har lønnsøkninger og fallende opiumspriser ført til at dyrking av valmuer ikke lenger er like interessant, i tillegg til at enkelte grønnsaker faktisk gir større inntekter enn valmuer. I disse områdene har diversifisering av avlingene blitt støttet opp av tiltak mot narkotika og økt statlig intervensjon, noe som har ført til en generell oppfatning om at opiumsforbudet vil bli gjennomført.

Økende arbeidskraftkostnader og fallende priser betyr nå at produksjonen av opiumsvalmuer ikke er like inntektsbringende, og i enkelte områder kan alternative produkter gi høyere inntekter, særlig hvis det eksisterer alternative inntektsmuligheter. Disse lovlige inntektsmulighetene er imidlertid ikke tilgjengelig for alle, og i mange områder er bøndernes muligheter begrenset av høye transportkostnader, dårlig veinett og problemer med manglende sikkerhet. I disse områdene er korrupsjon og usikkerhet til hinder for handelen med lovlige varer, og økonomisk vekst og tiltak som skal oppmuntre til en diversifisering av avlingene, blir hindret, selv i områder som ligger relativt nær provinshovedstedene.

Selv om det foreløpig ikke foreligger entydig dokumentasjon på at heroinbruk er i ferd med å bli mer populært blant unge mennesker, har flere rapporter indikert at bruken av syntetiske opioider kan være et økende problem i enkelte deler av Europa, og at syntetiske opioider i noen land kan erstatte heroin. I Østerrike er en økende andel av klienter som søker behandling under 25 år, og de søker hjelp for problemer relatert til bruk av opioider som opprinnelig befant seg på det legale markedet. Belgia rapporterer likeledes om en viss økning i illegal bruk av metadon, og i Danmark forekommer metadon regelmessig i rapporter om narkotikarelaterte dødsfall. Den tsjekkiske republikk rapporterer at buprenorfin, et stoff enkelte anser å ha liten appell på det illegale markedet, i økende grad brukes og injiseres. Stoffet kan også ha erstattet heroin i Finland, og kartlegging i Frankrike vekker bekymring for illegal bruk, herunder sprøytebruk, blant unge mennesker som har startet bruken av opioider med buprenorfin i stedet for heroin.

Den nedadgående trenden i overdosedødsfall flater ut

EONN rapporterer regelmessig om akutte narkotikarelaterte dødsfall i Europa. Disse dødsfallene er hovedsakelig overdosedødsfall og involverer vanligvis heroin eller andre

opioider, selv om de fleste tilfellene omfatter inntak av flere stoffer. Overdosedødsfall er en betydelig årsak til unødvendige dødsfall blant unge voksne.

Siden 2000 har mange EU-land rapportert en nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall, noe som muligens gjenspeiler et økt tjenestetilbud eller endringer i antallet injeksjonsbrukere av heroin. Trenden har imidlertid ikke fortsatt inn i 2004 og 2005. Særlig bekymringsfullt er det at noen land har opplevd at antallet dødsfall blant yngre mennesker har økt. Å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall er et viktig folkehelsemål, og det er viktig å finne årsakene til at den nedadgående trenden har flatet ut.

Dødsfall som følge av overdose er ikke den eneste helserisikoen for personer med narkotikaproblemer. Studier viser at overdødelighet av alle årsaker er betydelig mer utbredt blant problematiske narkotikabrukere, mer enn 10 ganger det som kan forventes i befolkningen generelt. For å oppnå en signifikant reduksjon i sykkelighet og dødelighet forbundet med kronisk narkotikabruk i denne gruppen, er det derfor nødvendig å utvikle en mer helhetlig tilnærming som fokuserer både på deres fysiske og deres mentale helsebehov.



Kapittel 1

Retningslinjer og lovgivning

Dette kapitlet tar for seg narkotikapolitikken i EU sett under ett så vel som på nasjonalt plan i hver av medlemsstatene samt forholdet mellom de to nivåene i utformingen av en narkotikapolicy. EONN har i rapporteringsperioden samlet inn data som gir en oversikt over gjeldende nasjonale narkotikastrategier og institusjonelle rammeverk i hele Europa. Hvor mye narkotikabruken koster samfunnet er drøftet i et avsnitt om narkotikarelaterte offentlige utgifter. På grunnlag av opplysningene innrapportert av medlemsstatene, er det gjort et første overslag over det totale beløpet Europas regjeringer til sammen bruker på narkotikafeltet. Lovendringer med sikte på å redusere tilbudet og få narkotikatesting inn i lovlige rammer er beskrevet i et avsnitt om endringer i nasjonale lovgivninger i den senere tid. En oversikt over de nyeste statistikkene over narkotikalovbrudd og trender for lovbrudd som involverer opioider og cannabis, er presentert i et avsnitt om narkotikarelatert kriminalitet. Kapitlet avsluttes med et avsnitt om narkotikarelatert forskning i Europa.

Nasjonale narkotikastrategier

Situasjonen generelt og nye utviklinger

I begynnelsen av 2007 hadde alle medlemsstatene i EU unntatt Italia, Malta og Østerrike en nasjonal narkotikastrategi, i en del tilfeller ledsaget av en handlingsplan. Europa hadde da mer enn 35 ulike nasjonale planleggingsdokumenter for narkotikafeltet, med et tidsperspektiv på fra så kort som to år (den tsjekkiske handlingsplanen) til over ti år (Nederlands nasjonale narkotikastrategi).

En markert trend i de senere år har vært at man, fra å ha ett enkelt nasjonalt planleggingsdokument, har gått over til å ha to supplerende dokumenter; nemlig et strategisk rammeverk og en handlingsplan. Denne tilnærmingen, som åpner for en bedre konseptualisering av målsettinger på kort, middels og lang sikt, brukes nå i innpå halvparten av medlemsstatene i EU og er enda vanligere i de medlemsstatene som tiltrådte EU i 2004 og 2007, idet åtte av disse tolv landene har både en narkotikastrategi og en handlingsplan.

Kombinasjonen av en narkotikastrategi og handlingsplaner gjør det mulig å sette opp mer detaljerte definisjoner for målsettinger, tiltak, ansvarsområder og tidsfrister. Enkelte land, som Kypros, Latvia og Romania, har innarbeidet detaljerte implementeringsprosesser i sine narkotikastrategier og handlingsplaner. Andre medlemsstater (f.eks. Spania, Irland, Storbritannia) har brukt denne tilnærmingen i noen tid nå. Den brer om seg, og er også implementert i EUs inneværende handlingsplan mot narkotika.

I 2006 ble nye narkotikastrategier eller handlingsplaner vedtatt av fire medlemsstater (Hellas, Polen, Portugal, Sverige) og Tyrkia, så vel som i Nord-Irland i Storbritannia. Alle disse statene hadde allerede erfaring med slike dokumenter, og alle de nasjonale rapportene slår fast at de nye narkotikapolitiske dokumentene dro fordel av erfaringene fra tidligere dokumenter. I 2007 skal to medlemsstater (Malta og Østerrike) samt Norge, vedta nye narkotikastrategier, mens Den tsjekkiske republikk, Estland, Frankrike og Ungarn skal implementere nye handlingsplaner.

Innhold

Det å redusere narkotikabruken generelt og den problematiske narkotikabruken spesielt er et av de fremste målene for de nasjonale narkotikastrategiene og handlingsplanene i alle medlemsstatene i EU samt søkerlandene og Norge. Også målsettingen om å forebygge og redusere individuell og kollektiv skade som skyldes bruken av narkotika, er felles for alle landene. Et annet fellestrekk er den "helhetlige" tilnærmingen, der intervensjoner med sikte på å redusere narkotikatilbudet og -etterspørselen sees i sammenheng. Den "balanserte" tilnærmingen, der både tilbuds- og etterspørselsreduksjon blir prioritert, er også meget utbredt. Alle disse elementene inngår i EUs narkotikastrategi.

Når det gjelder hvilke psykoaktive stoffer de nasjonale narkotikastrategiene omfatter, er det store forskjeller landene imellom. Dette kommer tydelig fram i de dokumentene som ble vedtatt i 2006. Av disse er det to som hovedsakelig tar for seg illegale rusmidler (Polen, Portugal), om enn med en viss forbindelse mellom narkotika- og alkohol-/tobaksstrategiene, to som tar for seg både illegale

Ny forordning for EONN

Den 12. desember 2006 undertegnet Europaparlamentet og Rådet for Den europeiske union den omarbeidede forordningen for EONN, som trådte i kraft i januar 2007.

Den nye forordningen understreker nøkkelindikatorenes betydning og fastslår at gjennomføringen av disse er en forutsetning for at senteret skal kunne utføre sine oppgaver. Det legges også vekt på behovet for å utvikle et informasjonssystem som kan fange opp nye og kommende trender.

Det nye dokumentet utvider EONNs mandat. Forordningen fastsetter særlig at EONN skal framskaffe informasjon om kombinert bruk av lovlige og ulovlige psykoaktive stoffer og om beste praksis i medlemsstatene. EONN kan også utvikle verktøy og instrumenter som kan hjelpe medlemsstatene til å kartlegge og evaluere nasjonal narkotikapolitikk samt hjelpe Europakommisjonen til å gjøre det samme i EU. Alle disse nye

elementene vil bidra til å gi byrået et mer komplett bilde av narkotikasituasjonen.

Den nye forordningen legger større vekt på samarbeid med partnerorganisasjoner, særlig Europol, når det gjelder å overvåke nye psykoaktive stoffer så vel som andre partnere som WHO, FN og relevante statistiske organer for å oppnå maksimal effektivitet. Den nye forordningen avklarer til hvilke land EONN kan overføre sin ekspertise, på anmodning fra Europakommisjonen og med godkjenning fra styret.

Det nye dokumentet har gitt kontaktpunktene i Reitox-nettet klarere definerte roller. Forordningen inneholder også endringer med hensyn til Den vitenskapelige komité og betyr at byrået får et enhetlig, uavhengig organ bestående av fremragende forskere. I tillegg til å bidra til å sikre kvaliteten på EONNs arbeid, vil komiteen også fungere som et bindeledd til forskningsmiljøet for øvrig.

rusmidler og alkohol (Hellas, Nord-Irland i Storbritannia) og ett (Tyrkia) som tar for seg alle vanedannende stoffer. I tillegg har Sverige samtidig vedtatt to handlingsplaner som er nært forbundet, en for alkohol og en for illegale rusmidler. En del land har allerede i flere år satset på en integrert rusmiddelpolitikk der både lovlige og ulovlige rusmidler behandles (f.eks. Tyskland, Frankrike⁽¹⁾). Hvor bredt framtidige narkotikastrategier skal favne og hvorvidt de skal integreres med andre folkehelsestrategier, kommer nok til å være et viktig tema også i årene framover.

Nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner omfatter generelt intervensjoner på områdene: forebygging, behandling og rehabilitering, skade- og tilbudsreduksjon. Omfanget av de ulike intervensjonene og vektleggingen av det enkelte element varierer imidlertid fra et land til et annet⁽²⁾. Dette kan forklares med forskjeller i omfanget av narkotikaproblemet og hvilke aspekter av problemet som dominerer i det enkelte land, men også med de store variasjonene i de nasjonale politikkene på helse- og sosialområdet i Europa. Økonomiske ressurser, folkeopinionen og politisk kultur er også viktige faktorer, og det kan dokumenteres at land som har en del fellestrekk, også vedtar en narkotikapolitikk med mange likhetstegn (Kouvonen et al., 2006).

Evaluering

Det at EU har så mange forskjellige narkotikastrategier men felles målsettinger, kan betraktes som en styrke, for det gjør det mulig å foreta sammenlignende analyser av de ulike tilnærmingene. Evalueringen av nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner er derfor viktig,

ikke bare for å vurdere innsatsen på nasjonalt nivå, men også for å få en bedre generell forståelse av hvor effektiv den enkelte narkotikastrategi er. EU og medlemsstatene har allerede investert betydelige ressurser på dette området.

Nesten alle landene i Europa nevner målsettingen om å evaluere sin nasjonale narkotikastrategi. Regjeringene ønsker å vite om politikken deres er gjennomført, og om de forventede resultatene er oppnådd. I to medlemsstater (Belgia, Slovenia) har evalueringen vært begrenset til et visst antall utvalgte prosjekter. De fleste andre land, og EU, foretar en systematisk kartlegging av gjennomføringen av tiltakene som er fastsatt i den nasjonale narkotikastrategien. Dermed blir det mulig å følge framdriften, og resultatene kan brukes til å forbedre eller fornye eksisterende narkotikastrategier eller handlingsplaner.

Globale evalueringer, som dekker prosess, resultat, utfall og virkning, er mindre vanlig i Europa. Enkelte land (Estland, Hellas, Spania, Polen, Sverige) oppgir at de planlegger en intern evaluering basert på gjennomføringsrapporter og andre tilgjengelige epidemiologiske og kriminologiske data. I enkelte tilfeller (Luxembourg, Italia) skal denne evalueringen gjennomføres av et eksternt organ.

Framdriftsrapporter for gjennomføringen av nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner blir altså standard i Europa. Neste steg, som er utfallsstudier og konsekvensvurderinger, er fremdeles i sin spede begynnelse, og den framtidige konsekvensvurderingen av EUs handlingsplan 2005–08, Europakommisjonen har bestilt en studie for å utvikle metodikken for dette, kan bli et eksempel til etterfølgelse. Det foregår også en del aktivitet når det

(1) Se utvalgt aspekt for 2006 "Narkotikapolitikken i Europa: begrenset til illegale rusmidler?".

(2) Se kapittel 2.

gjelder indekser, som må utarbeides for å vurdere effekten av nasjonale narkotikastrategier eller narkotikasituasjonen generelt. Både Storbritannia og FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC) har lagt ned mye arbeid på dette området.

Indekser for narkotika-policy

Storbritannias narkotika-skadeindeks ("drug harm index" – DHI) er utformet for å fange opp de samfunnsmessige kostnadene av skader som skyldes problematisk bruk av illegale rusmidler. Den dekker fire typer skader: helseskader, samfunnsskader, narkotikarelatert vold i nære relasjoner og narkotikarelaterte vinningsforbrytelser. Indeksen er ikke ment å gi en full oversikt over narkotikasituasjonen i landet, ettersom indikatorene er begrenset til hva det allerede foreligger sikre data for, og tallene og trendene brukes som "baseline" som framtidig utvikling måles mot (MacDonald et al., 2005). UNODCs narkotikaindeks ("illicit drug index" – IDI) kombinerer tre dimensjoner ved narkotikafenomenet: narkotikaproduksjon, narkotikahandel og narkotikamisbruk. Resultatet er en generell skåre basert på "skade-/risikofaktor pr. innbygger", som skal speile omfanget av alle narkotikaproblemer som oppstår i et land (UNODC, 2005).

Konseptualiseringen av de to instrumentene har medført en interessant metodologisk utvikling og gitt et første innblikk i bruken av generelle indekser for å evaluere narkotikastrategier og kartlegge generelle narkotikasituasjoner. En første observasjon er at slike instrumenter kan være nyttige i en longitudinell oppfølging av situasjonen nasjonalt, men for å forstå hva som faktisk skjer, bør resultatet kontekstualiseres og individuelle indikatorer i indeksene analyseres. Det kan være vanskeligere å bruke en generell indeks for å gjøre sammenligninger mellom land på grunn av begrensningene i eksisterende datasett og mangelen på kontekstuelle variabler (f.eks. geografisk situasjon) i analysen.

Samordningsmekanismer

Selv om nesten alle medlemsstatene i EU samt Norge nå har formelle samordningsmekanismer på narkotikafeltet, er det store variasjoner i systemene, og variasjonene gjenspeiler ulikhetene i de politiske strukturene i landene. Det finnes likevel en del fellestrekk.

De fleste land har både nasjonale og regionale eller lokale samordningsmekanismer. På nasjonalt plan vil det ofte være snakk om en interdepartemental narkotikakomiteé, gjerne supplert av et nasjonalt narkotika-samordningsorgan og/eller en nasjonal narkotikakoordinator som er ansvarlig for den daglige samordningen. På regionalt eller lokalt plan har

de fleste landene narkotika-samordningsorganer og/eller narkotikakoordinatorer.

Forholdet mellom den nasjonale samordningsmekanismen og regionale eller lokale samordningsmekanismer varierer fra land til land. I noen land, særlig i land som har en føderal struktur (som Belgia og Tyskland), har vertikale samordningssystemer som en ramme for samarbeidet mellom ulike, uavhengige samordningsorganer. I andre land (f.eks. Finland, Portugal) fører de nasjonale samordningsorganene direkte tilsyn med samordningen på regionalt eller lokalt plan.

Sammenlignende analyser av samordningsmekanismene i EU vanskeliggjøres av mangfoldet i systemer. En studie bestilt av EONN viser imidlertid at samordningssystemene kan evalueres ved å fokusere på deres "implementeringskvalitet", et begrep for å studere systemenes evne til å produsere samordningsresultater (Kenis, 2006). Metoden vil bli ytterligere utviklet slik at den kan brukes til å evaluere de nasjonale samordningssystemene på narkotikafeltet.

Narkotikarelaterte offentlige utgifter

Landene i Europa rapporterer alt fra EUR 200 000 til EUR 2 290 millioner i narkotikarelaterte offentlige utgifter (³). De store forskjellene skyldes dels at medlemsstatene er av svært ulik størrelse, dels ulik praksis når det gjelder hvilke utgiftstyper som rapporteres og hvor fullstendige dataene er. De fleste landene rapporterer bare utgifter som er påløpt i forbindelse med gjennomføringen av nasjonale narkotikapolitiske programmer, og ikke utgifter som er påløpt i forbindelse med tilbuds- og etterspørselsreduksjon. Videre oppgir de ikke alltid alle de største utgiftsområdene som er relevante for narkotikaproblematikken – f.eks. har bare 15 av 23 land lagt fram detaljert informasjon om utgifter til aktiviteter innen "helse og sosial" (behandling, skadereduksjon, helseforskning, utdanning, forebygging og sosiale aktiviteter), og bare 14 land rapporterte om utgifter til "rettshåndhevelse" (politi, hær, domstoler, kriminalomsorg, tollvesen og økokrim). Informasjon om utgifter på andre områder (f.eks. administrasjon, samordning, kartlegging og internasjonalt samarbeid) var enda sjeldnere (syv land). Det samme gjaldt informasjon om regionale og kommunale budsjetter (seks land).

Seks land la fram detaljerte opplysninger om utgifter til bekjempelse av narkotika (tabell 1). Her utgjorde narkotikarelaterte offentlige utgifter mellom 0,11 % og 0,96 % av de totale offentlige utgiftene i året (middelverdi 0,32 %); eller mellom 0,05 % og 0,46 % av bruttonasjonalprodukt (BNP) (middelverdi 0,15 %). Aktiviteter som klassifiseres som "rettshåndhevelse",

(³) Tall for narkotikarelaterte offentlige utgifter i 2005 i medlemsstatene i EU samt Norge er oppgitt av de nasjonale kontaktpunktene.

Kostnadene ved narkotikabruk

Studier av kostnadene ved narkotikabruk kan være en viktig kilde til informasjon i forbindelse med utviklingen og gjennomføringen av narkotikapolitikken.

Narkotikarelaterte kostnader kan deles inn i to hovedkategorier: indirekte og direkte kostnader. Direkte kostnader er kostnader knyttet til utbetalinger og omfatter typisk utgifter til forebygging, behandling, skadereduksjon og rettsåndhevelse. Indirekte kostnader er verdien av produktive tjenester som ikke blir levert på grunn av narkotikabruk. De omfatter typisk tapt produksjon grunnet narkotikarelatert sykkelighet og dødelighet. Narkotikarelaterte kostnader kan også omfatte de immaterielle kostnadene som lidelse medfører, vanligvis i form av tiltak for økt livskvalitet, men denne kostnadskategorien utelates ofte fordi den vanskelig lar seg tallfeste.

En kostnadsstudie kan gjennomføres fra flere ulike perspektiver, som hver kan omfatte ulike kostnader, for eksempel kostnader for samfunnet som helhet, for staten, helsevesenet og tredjeparter i tillegg til narkotikabrukerne selv og deres familier.

Samfunnspektivet

Narkotikarelaterte sosiale kostnader er alle kostnadene som bruken av narkotika direkte og indirekte påfører samfunnet. Resultatet uttrykkes i penger og gir et anslag over hvor mye bruken av narkotika til sammen koster samfunnet (Single et al., 2001).

Å fastslå omfanget av de samfunnsmessige kostnadene ved narkotikabruk har flere fordeler. Først og fremst avslører det hvor mye samfunnet bruker på narkotikarelaterte spørsmål og indirekte hvor mye samfunnet ville spart dersom narkotikabruk ble fullstendig avskaffet. For det andre identifiserer det de ulike kostnadskomponentene og størrelsen på bidraget fra hver samfunnssektor. Denne typen informasjon kan være nyttig

i ressursprioriteringen ved å identifisere eventuelle ineffektive områder hvor penger kan spares.

Offentlige utgifter

Begrepet "offentlige utgifter" viser til verdien av varer og tjenester det offentlige (dvs. sentralt, regionalt og lokalt) kjøper for å ivareta sine funksjoner (dvs. helsevern, domstoler, politi, utdanning og sosiale tjenester). Analysen av en stats offentlige utgifter gir nyttig informasjon om hvorvidt regjeringen bruker sine midler på en effektiv måte.

Å beregne narkotikarelaterte offentlige utgifter er ikke det samme som å beregne sosiale kostnader. Offentlige utgifter utgjør bare en del av de sosiale kostnadene, hovedsakelig i form av direkte kostnader. Indirekte kostnader holdes utenfor, da dette er kostnader private må bære (f.eks. private helseforsikringselskaper). Direkte offentlige utgifter som eksplisitt betegnes som "narkotikarelaterte", kan beregnes ved å foreta en grundig gjennomgang av offentlige regnskapsdokumenter (f.eks. budsjetter eller årsrapporter). Det kompliserer beregningen at narkotikarelaterte utgifter ikke alltid er merket, men integrert i programmer med bredere målsettinger (f.eks. hele driftsbudsjettet til politiet). I dette tilfellet må direkte, ikke-spesifiserte narkotikarelaterte utgifter beregnes med modelleringsmetoder.

Hovedformålet med å beregne sosiale kostnader er å vurdere byrden narkotikaproblemene representerer for samfunnet, opp mot det det koster samfunnet å ta tak i disse problemene (herunder mulige indirekte effekter). Dette fører uavlatelig til spørsmålet om effektivitet: Bruker regjeringene pengene på de rette problemene? Enkelte forfattere (Reuter, 2006) mener imidlertid at for politikkformål er offentlige utgifter mer relevante enn sosiale kostnader. Narkotikabudsjettet bidrar til å beskrive hvilken politikk en regjering fører for å redusere narkotikabruk og relaterte problemer, og det er det første skrittet mot å avgjøre hvorvidt nivået og innholdet i politikken er adekvat.

utgjorde 24–77 % av de totale utgiftene, mens resten ble brukt på "helse og sosial".

Ifølge rapportene har landene i Europa narkotikarelaterte offentlige utgifter på totalt EUR 8,1 mrd. Gitt den høye graden av underrapportering viser dette tallet sannsynligvis likevel ikke det reelle omfanget av det offentliges narkotikarelaterte utgifter. De seks landene i tabell 1 står for 76 % av de totale offentlige utgiftene rapportert av EU-medlemsstatene og Norge. På grunnlag av opplysningene levert av disse seks landene beregnes de totale narkotikarelaterte offentlige utgiftene til å ligge et sted mellom EUR 13 mrd. og EUR 36 mrd. (*). Disse tallene representerer mellom 0,12 % og 0,33 % av BNP i EU (25 land) i 2005.

I budsjettperioden 2007–13 vil Europakommisjonen bidra med betydelige midler til kampen mot narkotika i EU. Det forhandles for tiden om en ny finansieringsordning for narkotikaforebygging og narkotikainformasjon på EUR 12 millioner, som kan bli vedtatt i slutten av 2007, og skjer dét, betyr det EUR 3 millioner til tverrnasjonale prosjekter allerede i år. Andre nye finansieringsordninger, som Forebygging og bekjempelse av kriminalitet, Folkehelseprogrammet 2007–13 og EUs 7. rammeprogram for FoU 2007–13, tilbyr også støtte til organisasjoner som arbeider på ulike områder innen narkotikafeltet. I tillegg har EF og medlemsstatene pr. 2005 delfinansiert narkotikarelaterte bistandsprosjekter i tredjeland til en verdi av EUR 750 mill.

(*) Av de seks landene framla fire (Ungarn, Nederland, Finland og Sverige) detaljerte modellerte tilnærminger av tallmaterialet. Hvis vi da for de øvrige landene anvender verdien for første og tredje kvartil av den prosentvise fordelingen av totale offentlige utgifter (hhv. 0,18 % og 0,69 %) og av prosentandelen av BNP (hhv. 0,08 % og 0,37 %) som de seks utvalgte landene brukte til offentlige utgifter, får vi et intervall for totale akkumulerte utgifter.

Tabell 1: Sammenligning av utvalgte land med komplette data og ytterligere opplysninger om fordelingen av narkotikarelaterte offentlige utgifter

Land	Totale rapporterte utgifter			Andel av totale utgifter til	
	beløp (million EUR)	andel av totale offentlige utgifter ⁽¹⁾ (%)	andel av BNP ⁽²⁾ (%)	helse og sosial ⁽³⁾ (%)	retts-håndhevelse ⁽⁴⁾ (%)
Belgia ⁽⁵⁾	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungarn	43,5	0,11	0,05	23	77
Nederland	2185,5	0,96	0,43	25	75
Finland	272,0	0,36	0,18	76	24
Sverige (2002)	1200,0	0,80	0,46	60	40
Storbritannia	2290,0	0,29	0,13	51	49

⁽¹⁾ Totale statlige utgifter for året (kilde: Eurostat).

⁽²⁾ Bruttonasjonalprodukt (kilde: Eurostat).

⁽³⁾ Helse- og sosialutgifter omfatter behandling, skadereduksjon, helseforskning, utdanning, forebygging og sosiale aktiviteter. I tillegg til "forebygging av rusmiddelmisbruk" omfatter beløpet for Finland også materielle skader, kartlegging og forskning.

⁽⁴⁾ Utgifter til rettsåndhevelse omfatter utgifter til politi, militære, domstoler, kriminalomsorg, tollvesen og økokrim.

⁽⁵⁾ I Belgia gikk 3 % av totale rapporterte utgifter til "policystyrings-aktiviteter".

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter og Eurostat.

Som svar på EUs narkotika-handlingsplan 2005–08 arbeider EONN for tiden med å utvikle en metodikk som vil gjøre det mulig for medlemsstatene, søkerlandene og Norge å sammenstille standardiserte data om narkotikarelaterte utgifter. Dette vil hjelpe EONN til å beregne både de totale offentlige narkotikarelaterte utgiftene og hvordan de fordeler seg mellom ulike aktiviteter.

Rettslig og politisk utvikling i EU

I slutten av 2006 la Europakommisjonen fram sin første framdriftsrapport ⁽⁵⁾ om gjennomføringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2005–08). Rapporten vurderte i hvilken grad aktivitetene som var planlagt for 2006 var oppnådd, og hvorvidt planens målsettinger for 2006 var blitt oppfylt. EONN bidro til denne oppgaven ved å publisere et sett rapporter. En tilsvarende øvelse vil bli gjennomført i 2007, før den endelige konsekvensvurderingen av EUs handlingsplan mot narkotika blir lagt fram av Europakommisjonen i 2008.

I juni 2006 utga Europakommisjonen en grønnbok om det sivile samfunns rolle i en narkotika-politicy i Den europeiske union ⁽⁶⁾ i henhold til narkotika-handlingsplanen. Målet med boken er å undersøke hvordan man best kan organisere en kontinuerlig dialog med de organisasjoner i det sivile samfunn som er aktive på narkotikafeltet. Interessenter ble anmodet om å komme med innspill vedrørende to alternativer

for en strukturert dialog: et sivilsamfunnsforum om narkotika som en plattform for jevnlig uformelle samråd, eller en tematisk sammenkøpling av eksisterende nettverk.

Det å involvere det sivile samfunn i narkotikapolitikken i EU er også en av de viktigste målsettingene i det spesifikke programmet for narkotikaforebygging og narkotikainformasjon 2007–13 ⁽⁷⁾, som er foreslått av Europakommisjonen innenfor det overordnede programmet for grunnleggende rettigheter og rettferdighet. De generelle målsettingene i narkotikaprogrammet er å bidra til å gjøre Europa til et fritt, sikkert og rettferdig område gjennom å forbedre informasjonen om konsekvensene av narkotikabruk og ved å forebygge og redusere narkotikabruk, narkotikaavhengighet og narkotikarelatert

Rapporter om sosiale kostnader ved narkotikabruk

Data om de sosiale kostnadene ved narkotikabruk rapporteres bare av et fåtall land. I Finland (data fra 2004) ble de indirekte kostnadene relatert til narkotikabruk, herunder misbruk av legemidler, beregnet til et sted mellom EUR 400 og 800 millioner, hvorav EUR 306–701 millioner ble tilskrevet tap av liv på grunn av for tidlig død, mens tapet av produksjon utgjorde EUR 61–102 millioner. De sosiale kostnadene ved bruk av illegale rusmidler ble i 2003 anslått til EUR 907 millioner i Frankrike og EUR 29,7 millioner i Luxembourg i 2004.

⁽⁵⁾ http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf

⁽⁶⁾ http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf

⁽⁷⁾ KOM (2006) 230 endelig.

skade. For perioden 2007–13 har programmet et samlet budsjett på EUR 21 millioner. Narkotikaprogrammet skal vedtas i henhold til medbestemmelsesprosedyren og er derfor fortsatt gjenstand for drøftinger i Europaparlamentet og Rådet.

Ny nasjonal lovgiving

Tilbudsreduksjon

Det siste året har medlemsstatene gjort mange lovendringer på området etterspørselsreduksjon, og i løpet av 2006 har en rekke land også skjerpet lovverket når det gjelder narkotikahandel og spørsmål knyttet til tilbudsreduksjon.

Blant de vesentlige endringene i Irland er innføring av Criminal Justice Act 2006, som kriminaliserer forsyning av narkotika til innsatte og inneholder bestemmelser om håndtering av asosial atferd så vel som forslag om å skjerpe håndhevingen av lovens minimumsstraff på 10 år for handel med narkotika som har en gateverdi på EUR 13 000 eller mer. Å være medlem av eller hjelpe en "kriminell organisasjon" (i henhold til lovens definisjon) er straffbart, og det er opprettet et register over narkotikalovbrytere som innebærer at alle som dømmes for narkotikahandel, plikter å informere politiet om sin adresse når de slipper ut av fengsel. Ungarn på sin side har derimot foretatt en rekke prosessuelle endringer som medfører at politidirektoratet nå skal kodifisere alle politiaktiviteter i forbindelse med narkotika og prekursorer i én enkelt lov, som vil være et mer effektivt virkemiddel i kampen mot narkotikarelatert kriminalitet.

I tillegg har en del land fått på plass eller forbedret sine prosedyrer for bruk av visse verktøy for å bekjempe handelen med narkotika. I Estland ble loven om narkotiske og psykotrope stoffer og tilhørende lover endret i mai 2005 for å få lovhjemmel for utvidet overvåking. I juni 2006 vedtok Romania en lov som innførte den europeiske arrestordren og fastsatte prosedyrer for bruk av den samt tiltak for å styrke politi- og retts samarbeidet og gjøre det mulig å foreta rettsforfølgning over grensene. Bulgaria fikk en ny straffeprosesslov i oktober 2005 som regulerer kontrollerte forsendelser, konfidensielle transaksjoner og spaningsvirksomhet. Den nye straffeprosessloven inneholder også bestemmelser om vitnebeskyttelse i narkotikasaker og i visse tilfeller beskyttelse av vitners identitet samt spesielle regler for utspørring av vitner og bruk av spanere.

Lignende verktøy er også tilgjengelig for påtalemyndigheten i andre land. I Den tsjekkiske republikk brukes ofte bestemmelsene i straffeprosessloven om beskyttelse av vitners identitet og overvåking av personer i forbindelse med påtale

av narkotikalavbrudd. Loven om vitnebeskyttelse anvendes også i utstrakt grad i narkotikasaker på Kypros.

Som en følge av økningen i kokainhandelen i den senere tid rettes blikket nå mot Karibia. Siden tidlig i 2003 har Nederland hatt en egen rettssal med fengselsfasiliteter på Schiphol lufthavn. Siden begynnelsen av 2005 har 100 % av flyavgangene fra nøkkelland i Karibia blitt sjekket. I 2004 ble i snitt 290 narkotikakurerer arrestert hver måned, et antall som gikk ned til 80 i måneden i begynnelsen av 2006. Frankrike vedtok i oktober 2005 en lov som styrker samarbeidet med Karibia med sikte på å fange opp illegal handel med narkotika, enten det skjer luft- eller sjøveien.

Regelverket for narkotikatesting

En rekke land har rapportert at de har innført lovgiving som tillater, definerer eller regulerer narkotikatesting av sjåførere, arrestanter, innsatte og ansatte i ulike situasjoner.

Stikkprøver av sjåførere langs veiene og bruk av hurtigtester på stedet er nå tillatt i Litauen, med hjemmel i en resolusjon om godkjenning av et nasjonalt program for trygg trafikk for 2005–10, og i Luxembourg, i henhold til et lovforslag fra 2004 angående endring av loven om trafikkontroll. I Latvia er straffeloven nå endret og inneholder nå et eget straffebud for sjåførere som mistenkes å kjøre i påvirket tilstand og nekter å la seg teste. Gjentar dette seg i løpet av det første året, kan de idømmes fengselsstraff. Latvia har gjennomført endringer i politiloven slik at personer som mistenkes for å ha inntatt alkohol eller narkotiske, psykotrope eller giftige stoffer, nå kan overføres til en helseinstitusjon for å avgjøre om mistanken er berettiget. Politiloven henviser til regjeringsforordninger som beskriver prosedyren. Prosedyrer for narkotikatesting av sjåførere er nærmere beskrevet i utvalgt aspekt om narkotika og bilkjøring.

Skottland har nå lagt seg på samme linje som England og Wales slik at bestemte grupper arrestanter nå kan narkotikatestes også i Skottland, og Irland offentliggjorde i juni 2005 et nytt fengselsreglement som åpner for obligatorisk narkotikatesting av innsatte. Begrunnelsen er å styrke orden, helse og sikkerhet, og testingen skal utføres på urin, spytt og/eller hår.

I Norge er det ikke lenger slik at narkotikatesting på arbeidsplassen kan utføres dersom en ansatt eller arbeidssøker gir sitt samtykke. Etter at § 9-4 Arbeidsmiljøloven av 2005 trådte i kraft, kan arbeidsgiver bare kreve at en ansatt eller arbeidssøker avlegger narkotikatest i situasjoner hvor det følger av lov eller forskrift, ved stillinger som innebærer særlig risiko eller når arbeidsgiver finner det nødvendig for å verne liv eller helse. Det nye finske regjeringsdekretet om narkotikatesting på arbeidsplassen inneholder en lang liste med bestemmelser

som gjelder samtykke, kvalitetskrav til testlaboratorier, prøver og testresultater.

I Den tsjekkiske republikk er reglene for narkotikatesting som utføres av politi, fengselsansatte eller arbeidsgivere, nå fastsatt i lov 379/2005 om beskyttelsestiltak mot skade forårsaket av tobakksprodukter, alkohol og andre vanedannende stoffer. Legeundersøkelse er obligatorisk når det er rimelig å anta at rusmiddelbruk kan medføre at en person kan komme til å skade seg selv eller andre. Loven fastsetter også i hvilke situasjoner politi, fengselsansatte eller arbeidsgivere har rett til å kreve en utåndings- eller spyttprøve. Utåndingstest og testing av biologisk materiale kan bare utføres på helseinstitusjon med tilstrekkelig faglig og operativ kompetanse.

Narkotikarelatert kriminalitet

Behovet for å forebygge narkotikarelatert kriminalitet står høyt på den politiske dagsorden i Europa, noe vi også ser av det faktum at dagens narkotikastrategi i EU identifiserer dette som et nøkkelområde for tiltak med sikte på å sikre et høyt nivå av sikkerhet for befolkningen.

Blant tiltakene som er planlagt for 2007 i EUs handlingsplan for narkotika 2005–08, er innføringen av en felles definisjon av "narkotikarelatert kriminalitet" basert på et forslag fra Europakommisjonen på grunnlag av studier lagt fram av EONN. Hva som menes med "narkotikarelatert kriminalitet", varierer fra ett fagfelt til et annet og fra en fagperson til en annen, men vi kan grovt dele det inn i fire kategorier: *psykofarmakologiske forbrytelser* (lovbrudd som begås under påvirkning av et psykoaktivt stoff), *simple vinningsforbrytelser* (lovbrudd som begås for å skaffe penger/varer/stoff til å finansiere rusmiddelmissbruk), *systemiske forbrytelser* (lovbrudd som begås som et ledd i de ulovlige narkotikamarkedenes virkemåte) og *brudd på narkotikalovgivningen* (inkludert bruk, besittelse, omsetning, smugling osv.) (se også EONN, 2007a).

Definisjonene på de første tre typene narkotikarelatert kriminalitet kan være vanskelige å anvende i praksis, og dataene som finnes er få og usammenhengende. Data på "rapporter" ⁽⁸⁾ om narkotikalovbrudd er rutinemessig tilgjengelig i alle de europeiske landene som analyseres i denne rapporten. Dataene viser imidlertid ikke bare at det er forskjeller i nasjonal lovgivning, men også at det er forskjeller i hvordan loven anvendes og håndheves,

hvordan bestemte kategorier lovbrudd prioriteres av politi og domstoler og hvilke ressurser som blir bevilget. I tillegg varierer de nasjonale informasjonssystemene om brudd på narkotikalovningen, særlig når det gjelder rutinene for rapportering og registrering, dvs. hva som registreres, når og hvordan. Følgelig kan det være vanskelig å foreta sammenligninger landene imellom, og i analyser av europeiske trender er det derfor mer hensiktsmessig å sammenligne trender enn absolutte tall og å ta utgangspunkt i befolkningsstørrelsen i hvert land. På EU-nivå økte antallet "rapporter" om narkotikalovbrudd gjennomsnittlig med 47 % i perioden 2000–2005 (figur 1). Dataene avdekker stigende trender i alle de rapporterende landene unntatt Latvia, Portugal og Slovenia, som rapporterte en generell nedgang i femårsperioden ⁽⁹⁾.

Forholdet mellom lovbrudd relatert til bruk og lovbrudd relatert til smugling varierer. De fleste europeiske landene rapporterer at hoveddelen av lovbruddene gjelder narkotikabruk eller besittelse for eget bruk – i Spania utgjorde disse lovbruddene 91 % av alle narkotikarelaterte lovbrudd i 2005 ⁽¹⁰⁾. I Den tsjekkiske republikk, Luxembourg, Nederland, Tyrkia og Norge dominerer imidlertid narkotikalovbrudd relatert til omsetning og smugling. Slike lovbrudd utgjorde opptil 92 % (Den tsjekkiske republikk) av alle narkotikalovbrudd rapportert i 2005.

I de fleste europeiske landene er cannabis det illegale rusmiddelet som oftest er involvert i narkotikalovbrudd ⁽¹¹⁾. I de landene hvor dette er tilfellet, utgjorde cannabisrelaterte lovbrudd i 2005 42–74 % av alle narkotikalovbrudd. I Den tsjekkiske republikk dominerte lovbrudd med metamfetamin, med 53 % av alle narkotikalovbrudd, mens kokain er det hyppigst rapporterte stoffet i Luxembourg (35 % av alle narkotikalovbrudd).

I femårsperioden 2000–05 var antallet "rapporter" om narkotikalovbrudd som involverte cannabis stabilt eller økende i de fleste av de rapporterende landene, og for EU sett under ett var økningen gjennomsnittlig 36 % (figur 1). Det ble imidlertid rapportert om nedadgående trender i Den tsjekkiske republikk (2002–05) og Slovenia (2001–05).

I alle de rapporterende landene unntatt Luxembourg og Nederland er cannabis det stoffet som oftest er involvert i lovbrudd som gjelder bruk/besittelse for eget bruk. Andelen lovbrudd som involverer bruk av cannabis har imidlertid siden 2000 gått ned i flere land (Hellas, Italia, Kypros, Østerrike, Slovenia og Tyrkia) og under det siste året der

⁽⁸⁾ "Rapporter" om brudd på narkotikalovgivningen er satt i anførselstegn fordi det dekker ulike begreper i forskjellige stater (begrepet kan f.eks. referere til mistanke om eller siktelse for brudd på narkotikalovgivningen osv.). For en nøyaktig definisjon for hvert land, se metodeopplysninger om narkotikalovbrudd i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹⁾ Se tabell DLO-1 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁰⁾ Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹⁾ Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2007.

data foreligger (2004–05), i de fleste av de rapporterende landene. Dette kan tyde på at myndighetene i disse landene sikter mindre på cannabis enn på andre stoffer (¹²).

Antallet kokainrelaterte lovbrudd gikk opp i perioden 2000–05 i alle europeiske land unntatt Tyskland, hvor tallet var relativt stabilt. EU-gjennomsnittet økte med 62 % i samme periode (figur 1).

“Rapporter” om heroinrelaterte lovbrudd i perioden 2000–05 viser et annet bilde enn for cannabis og kokain, idet det der er en generell nedgang på gjennomsnittlig 15 % i Den europeiske union, særlig fra 2001 til 2003. Nasjonale trender for heroinlovbrudd har imidlertid vært sprikende i perioden, og en tredel av landene har rapportert om oppadgående trender (¹³).

Forskning på narkotikasituasjonen

Finansiering

Som de nasjonale kontaktpunktene rapporterer, blir narkotikarelatert forskning i Europa finansiert med midler fra både det offentlige, nasjonale og fra EU. Flere medlemsstater rapporterer at narkotikaforskningen finansieres med generelle nasjonale forskningsmidler (Tyskland, Nederland, Finland, Storbritannia), forskningsmidler fra helseministeriet (Italia) eller midler som kontrolleres av det nasjonale samordningsorganet på området (Frankrike, Sverige). I Romania finansieres forskningen gjennom internasjonale organisasjoner, som The Global Fund.

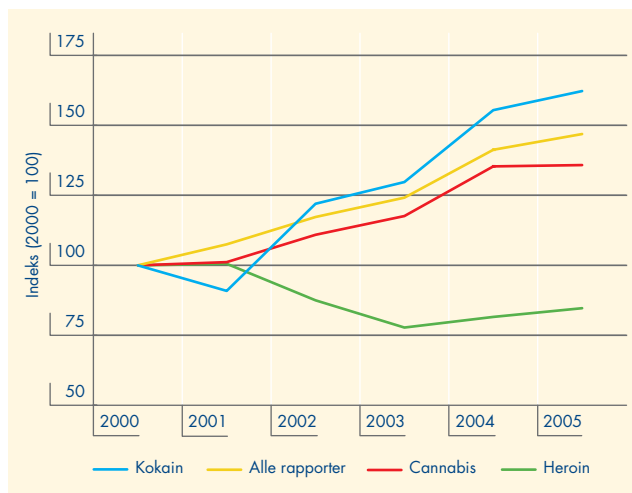
Forskningsaktivitet

Bruker vi fagfelle-vurderte vitenskapelige publikasjoner som en indikator på vitenskapelig aktivitet, avdekker en analyse av publikasjoner fra 2005 og 2006, som er sitert i nasjonale rapporter, at de tematiske prioriteringene varierer landene imellom.

Behandling av avhengighet synes å være et viktig forskningstema, og de fleste studiene undersøker ulike aspekter ved substitusjonsbehandling. Forskning på forebygging utgjør en mye mindre del av den vitenskapelige litteraturen som siteres i de nasjonale rapportene. Hvis vi legger EONNs fem nøkkelindikatorer til grunn, er publikasjoner om infeksjonssykdommer i flertall, etterfulgt av publikasjoner om utbredelsen av narkotikabruk blant unge.

Hvilke vitenskapelige publikasjoner som siteres i de nasjonale rapportene varierer fra land til land. Forskning på behandling, særlig behandling av hepatitt C-positive

Fig. 1: Indekserte trender for rapporter om brudd på narkotikalovgivningen i EUs medlemsstater, 2000–05



NB: Trendene er basert på tilgjengelig informasjon om nasjonale tall for rapporter om brudd på narkotikalovgivningen (straffbare og ikke-straffbare forhold) som er innrapportert av alle organer for rettshåndhevelse i EUs medlemsstater. Alle seriene er indeksert (2000=100) og vektet etter befolkningsstørrelse i hvert land for å beregne en generell europeisk trend.

Fordi landene bruker ulike definisjoner og studieenheter, brukes den generelle beskrivelsen "rapporter om brudd på narkotikalovgivningen". For ytterligere informasjon, se "brudd på narkotikalovgivningen: metoder og definisjoner" i Statistiske opplysninger 2007.

Land som mangler data for to eller flere påfølgende år, er ikke medtatt i beregningsgrunnlaget for trenden. Den generelle trenden er basert på 24 land, trenden for heroin på 14 land, kokain 14 og cannabis 15.

Se figur DLO-6 i Statistiske opplysninger for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet og for befolkningsdata <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

narkotikabrukere, siteres spesielt ofte i den tyske rapporten, mens den nederlandske rapporten fokuserer på nye behandlingsmetoder. Forskningsstudier sitert i Storbritannia omhandler hovedsakelig problematisk narkotikabruk, kriminalitet og markedsrelaterte spørsmål. De få referansene som gjøres til nevrologisk forskning, er hovedsakelig nederlandske, men det franske MILDT har også finansiert en rekke forskningsprosjekter på området.

Når det gjelder de nyeste forskningsprogrammene som er lansert i medlemsstatene, ser vi at de nasjonale forskningsprioriteringene følger det samme mønsteret. I Tyskland fordeles nasjonale forskningsmidler slik at behandlingstjenestene optimalt skal tilpasses behandlingsetterpørselen, også grunnforskningen. I 2006 lanserte Nederland forskningsprogrammet "Risikoaferd og avhengighet". I Storbritannia har det nylig blitt satt i gang studier av kvaliteten på behandlingssystemene så vel som av svært unge problematiske narkotikabrukere. De nye medlemsstatene fokuserer hovedsakelig på å bygge opp det vitenskapelige grunnlaget for sine kartleggingssystemer, f.eks. gjennom ungdomsundersøkelser.

⁽¹²⁾ I en del av landene hvor andelen bruksrelaterte lovbrudd som involverer cannabis har gått ned, har det absolutte antallet bruksrelaterte lovbrudd som involverer cannabis, gått opp.

⁽¹³⁾ Det europeiske gjennomsnittet gjenspeiler ikke økningen i heroinlovbrudd som ble funnet i halvparten av de rapporterende landene. Dette skyldes hovedsakelig at land som mangler data for to påfølgende år ikke er inkludert i det europeiske gjennomsnittet, men også at det europeiske gjennomsnittet tar hensyn til befolkningsstørrelsen i hvert land (og følgelig tillegger tall fra noen land mer vekt enn andre).

EU-forskning

EU finansierer narkotikarelatert forskning gjennom sine generelle rammeprogrammer for forskning. Det siste i rekken, det 7. rammeprogrammet (2007–13), ble lansert i slutten av 2006. Forskningsprosjekter som la fram resultater i 2005–06, hadde sitt utgangspunkt i "Life Quality"-delen av EUs 5. rammeprogram (1998–2002). Blant disse er "Quasi-compulsory treatment of drug dependent offenders in Europe" (QCT), "Support needs for cocaine and crack users in Europe" (COCINEU) og "Integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction" (ISADORA).

Narkotika og bilkjøring, i EONNs utvalgte aspekter for 2007

Psykoaktive stoffer kan påvirke en persons evne til å kjøre bil og øke risikoen for ulykker og skader. Det utvalgte aspektet om narkotika og bilkjøring gir et overblikk over resultatet av ulike studier på området, med fokus på cannabis og benzodiazepiner, samt forebyggende og lovgivningsmessige tilnærminger til denne problematferden.

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave og på internett (bare på engelsk) (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapittel 2

Narkotik tiltak i Europa – en oversikt

EUs handlingsplan mot narkotika for perioden 2005–08 legger særlig vekt på at medlemsstatene skal øke tilbudet av effektive og diversifiserte tiltak for forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon, og at tiltakene skal være lett tilgjengelige. Disse aspektene ved narkotikasituasjonen i Europa vil bli nærmere drøftet i dette kapittelet.

Forebyggingsstrategier kan rettes mot ulike grupper – fra hele befolkningen til bestemte risikogrupper – og metodene som anvendes, vil variere tilsvarende. Behandlings- og skadereduksjonstiltak er også tilgjengelig for brukere og avhengige, og svært mange land har gjennomført ufallsstudier for å evaluere virkningene av tiltakene. Skadereduserende tiltak tar sikte på å forebygge narkotikarelaterte dødsfall og redusere helseskader, som HIV- og hepatitt C-smitte. Heroinavhengighet behandles vanligvis med substitusjonsterapi, og egne programmer har blitt utviklet for cannabis-, amfetamin- og kokainavhengighet. Dersom behandlingen lykkes, er sosial reintegrasjon neste trinn. Som vi vil se nedenfor, lever mange narkotikabrukere under dårlige kår, og strategiene for sosial reintegrasjon møter ofte på enorme problemer.

Det gis eksempler fra forskjellige land for hver type intervensjon, og forskningsresultater som viser tiltakenes eventuelle effektivitet, vil bli drøftet.

Forebyggende arbeid

Effekten av de ulike forebyggende strategiene lar seg ikke generelt måle av endringer i utbredelsen av narkotikabruk på befolkningsnivå. Enhver forebyggingsstrategi kan imidlertid jevnføres med det totale evidensgrunnlaget for å vurdere hvorvidt tiltaket er evidensbasert eller ikke. Dette krever detaljert informasjon om innholdet, dekingen og antallet forebyggende tiltak.

Forbedring av tilgjengelig informasjon: kartlegging, kvalitetskontroll og evaluering

Medlemsstatene gjennomfører i økende grad kartlegging av forebyggende tiltak som iverksettes, og er derfor i stand til å presentere data om innholdet i og tilgjengeligheten av tiltakene. Tyskland, Nederland og Norge har god

informasjonsdeking. Hellas, Kypros, Litauen og Italia kartlegger skolebaserte forebyggende tiltak, mens Hellas, Polen, Sverige og Finland har iverksatt studier av det nærmiljøbaserte forebyggende arbeidet. I tillegg har Frankrike etablert et sentralisert system for kartlegging av narkotikaforebyggende tiltak. Enkelte land (Den tsjekkiske republikk, den selvstyrte regionen Galicia i Spania, Ungarn og Norge) fokuserer allerede på evidensgrunnlaget i søknader om finansiering av tiltak og vurderer å innføre akkrediteringssystemer. Portugal, Finland og Romania har minstekriterier for kvaliteten på forebyggingsprogrammer.

Informasjon fra Ungarn og Nederland antyder at kartlegging av forebyggende tiltak og kvalitetskriterier fører til bedre rapportering av prosjekter, bedre evalueringer og høyere kvalitet på tiltakene.

De fleste forebyggende programmene evalueres ikke. De som evalueres vurderes vanligvis i forhold til "tiltakets omfang og aksept" snarere enn "i hvilken grad målsettingene er nådd" (Hellas' nasjonale rapport).

De siste årene har effekten av forebyggende arbeid blitt gjennomgått i Tyskland (Bühler og Kröger, 2006) og Storbritannia (Canning et al., 2004; Jones et al., 2006) samt av Verdens helseorganisasjon (WHO) (Hawks et al., 2002). Disse rapportene bidrar til å definere god praksis for forebyggingsstrategier. Den nyeste og mest omfattende studien (Bühler og Kröger, 2006) evaluerte 49 oversikter av høy kvalitet, som gjennomganger og metaanalyser angående forebygging av rusmiddelmissbruk, og trakk konklusjoner om effektive strategier for narkotikaforebygging. I avsnittene som følger, drøftes effekten av ulike typer forebyggende strategier på grunnlag av resultatene fra denne og andre studier.

Mediekampanjer

I likhet med HDA (2004) konkluderer Hawks et al. (2002) med at "bruken av massemedia, spesielt der andre, motsattvirkende krefter også er til stede, er ikke funnet å være en effektiv metode for å redusere bruken av ulike typer psykoaktive stoffer. Den øker imidlertid informasjonsnivået og støtten til politiske initiativer". Annen dokumentasjon tyder imidlertid på at mediekampanjer kan ha en positiv effekt

Evidensbasert praksis

Evidensbasert praksis er intervensjoner (f.eks. narkotikabehandling) som beviselig, basert på vitenskapelige undersøkelser (f.eks. forskningsstudier), resulterer i ønsket utfall for klientene (f.eks. redusert narkotikabruk). De vanligste kriteriene for å avgjøre hvorvidt en intervensjon kan anses som en evidensbasert praksis, er effekt og effektivitet ("efficacy" og "effectiveness") (Brown et al., 2000; Flay et al., 2005).

Effekt er et mål på hvor bra en intervensjon fungerer under optimale forskningsforhold. Effekten vurderes vanligvis ved å utføre et kontrollert forsøk der noen deltakere mottar intervensjonen, mens en kontrollgruppe mottar en annen eller ingen intervensjon. Alternativt kan man foreta et randomisert, kontrollert forsøk der deltakerne tilfeldig utvelges for å motta en av de to intervensjonene (Cochrane-samarbeidet, 2007). Det er en utbredt antakelse at bare randomiserte, kontrollerte forsøk eller kontrollerte forsøk, fortrinnsvis i kombinasjon med prosessevaluering, kan vurdere effekten av en intervensjon og dermed etablere en basis for framtidig praksis og policy.

Det er imidlertid ikke alltid mulig å foreta en randomisert fordeling av deltakere til en intervensjon eller en kontrollgruppe.

Effektivitet er et mål på hvor bra en intervensjon fungerer under vanlige forhold. Intervensjoner som har virket lovende under kontrollerte forsøk, prøves ofte ut i samfunnet for å undersøke hvor godt de fungerer under rutinemessige, kliniske forhold. Effektivitetsstudier, f.eks. nasjonale studier av behandling utfall,

ser i hovedsak på hvilken helsemessig effekt intervensjonen har, eller andre relevante utfall som kan brukes som dokumentasjon på hva som fungerer.

Prosesen med å etablere et evidensgrunnlag kompliseres imidlertid av at det er ulike syn på hvordan man vurderer kvaliteten på forskningsstudier som undersøker effekt eller effektivitet, og hvilken type forskningsmetode (f.eks. kvantitativ eller kvalitativ) som er best egnet til å etablere bevis for hva som fungerer. Dermed kan det trekkes ulike konklusjoner om hva som fungerer. Det er fortsatt en utfordring å avklare hvordan man skal vurdere og veie de ulike beviskildene i beslutningsprosessen. Dette vil være enda vanskeligere når det gjelder intervensjoner som ennå ikke har et omfattende evidensgrunnlag, men som i praksis har vist tegn til effektivitet.

Likevel er hovedantakelsen fortsatt at et evidensgrunnlag kan bidra til å forbedre helsepraksis og -politikk, og at diskusjonen rundt evidensbaserte praksiser må oppmuntres og følges opp med klare kriterier for evaluering av beviser.

For å bidra til denne utvekslingen og videreføre spredningen av evidensbaserte praksiser utvikler EONN en internettportal som skal gi en oversikt over den nyeste tilgjengelige litteraturen om effekten av ulike intervensjoner og hvilke verktøy som kan benyttes for å heve kvaliteten på intervensjonene, samt konkrete eksempler på beste praksis gjennomført i medlemsstatene i EU. Cochrane-samarbeidet vil være en viktig informasjonskilde for portalen.

dersom de brukes som støttetiltak for andre strategier (Bühler og Kröger, 2006).

I en vurdering av Skottlands kokainkampanje "Know the score" fant Binnie et al. (2006) at 30 % av brukerne hadde mindre sannsynlighet for å bruke kokain etter å ha sett annonsen, men samtidig rapporterte 56 % at kampanjen ikke endret sannsynligheten for at de ville bruke kokain, og 11 % mente at den økte sannsynligheten. En forsk reevaluering av den amerikanske regjeringens cannabiskampanje bekreftet tidligere funn; at selv om kampanjen (til tross for positive tall for gjenkjenning og differensiering etter målgruppe) ikke hadde noen effekt på unge ikke-brukeres holdning til cannabisbruk, var eksponering for kampanjen likevel forbundet med en negativ effekt på de unges oppfatning av andres bruk av marihuana (GAO, 2006).

I et par isolerte tilfeller har imidlertid fokus skiftet fra kunnskapsheving (målet for de fleste mediekampanjer) til sosioemosjonell informasjon (f.eks. forsøk på å endre oppfatningen av cannabisbruk). Nederland har f.eks. hatt en kampanje med følgende budskap: "Du er ikke gal om du ikke røyker cannabis – 80 % av alle unge gjør det heller

ikke" ⁽¹⁴⁾. I tillegg har deler av Irlands nasjonale kampanje for å forebygge bruk av narkotika hatt som mål å avlive noen av mytene rundt cannabis, f.eks. at det er "organisk" og "naturlig".

Miljøstrategier for lovlige rusmidler

Å øke prisen på et rusmiddel og/eller heve aldersgrensen for bruk har vist seg effektivt for å redusere bruken, men denne framgangsmåten kan kun tas i bruk for lovlige rusmidler som alkohol og tobakk (Bühler og Kröger, 2006). Slike miljøstrategier har fram til nå vært et nordisk og amerikansk fenomen som hovedsakelig har fokusert på alkohol, og resultatene har vært lovende (Lohrmann et al., 2005; Stafström et al., 2006). Vi ser imidlertid stadig flere eksempler på helhetlige tilnærminger med utgangspunkt i lokalmiljøet, der alkohol og tobakk behandles på lik linje med illegale rusmidler. Belgia, Bulgaria, Danmark, Litauen, Luxembourg, Nederland, Polen, Slovakia og Norge rapporterer nå om nærmiljøbaserte strategier og diskusjoner om tilleggssavgifter og om regulering av tilgjengeligheten av alkohol og tobakk. Slike strategier tar sikte på å redusere

⁽¹⁴⁾ Se <http://www.drugsinfo.nl>

forbruket blant ungdom ved å opprette alkoholfrie soner og øke vaktholdet på utestedene. Når det gjelder skoler, bekrefter ferske studier fra Europa (Kuntsche og Jordan, 2006) og andre steder (Aveyard et al., 2004) at det normative klimaet og uformelle nettverk i stor grad påvirker brukeratferden i forhold til lovlige stoffer og cannabis. Innføringen av røykeforbud på skolene vurderes nå også i Tyskland, Irland og Italia ⁽¹⁵⁾.

Generell forebygging

Interaktive programmer basert på sosial påvirkning eller livsferdigheter har vist seg å fungere effektivt i skolen, men individuelle tiltak som gjennomføres isolert (f.eks. bare informasjonsformidling, affektiv læring og andre ikke-interaktive tiltak) har blitt negativt vurdert (Bühler og Kröger, 2006). Av organisatoriske grunner er skolebasert forebygging vanligvis en oppgave for lokale myndigheter, spesielt i de nordiske landene, Frankrike og Polen.

Noen kommentatorer har antydnet at ferdighetsbaserte opplæringsprogrammer blir mer effektive om de suppleres med generelle tiltak for å øke kompetansen innen helse og livsferdigheter, og at intervensjonene derfor bør integreres i en grundigere fundert helseundervisning (Hawks et al. 2002). Dette synes å være tilfelle i de fleste medlemsstatene. Flere medlemsstater (f.eks. Italia, Litauen, Nederland, Slovakia og Storbritannia) setter det narkotikaforebyggende arbeidet i sammenheng med helsemessige og sosiale aspekter som vold, psykiske problemer, sosial eksklusjon, dårlige skolerresultater samt bruk av tobakk og alkohol, under paraplybegrepet forebyggende folkehelsearbeid, som også fokuserer mer på sårbare gruppers spesifikke behov.

Manglende implementering av modellprogrammer forklares ofte med at de ikke vil kunne tilpasses lokale forhold og ikke vil møte de ulike lokalsamfunnenes behov (Ives, 2006). Et motargument til dette er imidlertid at fordelene med standardiserte forebyggingsprogrammer er at protokoller gir klare retningslinjer for opprettelsen av en stabil leverings-infrastruktur så vel som opplæringsystemer for lærere, og dermed legger til rette for felles implementeringsstandarder, uansett hvor ulike skolene og forholdene lokalt er.

I mange medlemsstater (Bulgaria, Italia, Latvia, Litauen, Luxembourg, Østerrike, Romania) fokuserer de forebyggende programmene på bevisstgjøring, informasjon og organisering av isolerte arrangementer (som besøk av eksperter) ⁽¹⁶⁾, til tross for at det foreligger bevis for at andre metoder kan ha bedre effekt.

Programmer som baserer seg på sosial påvirkning er utbredt i skolen, spesielt i Storbritannia og i land som tilbyr standardiserte programmer, som Tyskland, Irland, Hellas, Spania, Norge og snart også Danmark.

Når det gjelder generell forebygging i lokalsamfunnet, rapporterer 12 medlemsstater at de fleste eller alle kommuner allerede har narkotikaplaner, og i 10 land er dette en politisk prioritering. Slike opplegg foregår ofte som informasjonsarrangementer og i noen mindre grad som tilbud om alternative fritidsaktiviteter. Generell familiebasert forebygging består hovedsakelig av foreldrekvelder eller informasjonsopplegg, og enkelte ganger av intensiv opplæring for foreldre.

Selektiv forebygging

Medlemsstatene har i økende grad fokus på forebyggende strategier rettet mot sårbare lokalsamfunn som sådan ⁽¹⁷⁾. Det betyr at disse lokalsamfunnene må identifiseres, f.eks. ved hjelp av standardiserte evalueringsverktøy som Storbritannias "index of multiple deprivation", eller sosioøkonomiske indikatorer som boligstandard eller utdanning (antall elever som henger etter i utdanningen eller antall subsidierte elever).

Når målgruppene er identifisert (f.eks. har Frankrike sine "zones urbaines sensibles", særlig utsatte bysoner, og når det gjelder skoler, sine "prioriterte soner"), kan tilleggsressurser kanaliseres til disse underprivilegerte gruppene. Irland, Kypros og Storbritannia har allerede selektive forebyggingsprosjekter i slike områder, og Portugal er i ferd med å implementere samme strategi. Typen tilbud varierer fra rådgivningstjenester i Estland, Hellas, Frankrike og Slovakia, til feltprosjekter i Luxembourg og Østerrike, noen ganger med spesielt fokus på etniske grupper. I tillegg rapporterer noen av de nye medlemsstatene (Bulgaria, Ungarn, Litauen, Polen og Romania) om intervensjoner rettet mot sårbare familier. De fleste medlemsstatene har fokus på rusmiddelbruk i familien, selv om enkelte land (Hellas, Litauen, Ungarn og Storbritannia) har et bredere fokus på alle sosialt vanskeligstilte familier.

Selv om fagfelle-baserte tiltak brukes i generell forebygging, brukes denne tilnærmingen i økende grad i selektiv forebygging (Irland, Nederland, Østerrike, Polen og Norge). Parkin og McKeganey (2000) konkluderer i sin gjennomgang av peer-baserte tilnærminger at de som fungerer som lærere, har mer utbytte av tiltaket enn målgruppen. Det virker som om denne typen tilnærming er mer egnet til å påvirke kunnskap og holdninger enn til å påvirke atferd. Fagfelle-prosjektene blir sjelden evaluert,

⁽¹⁵⁾ Se også <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

⁽¹⁶⁾ Data fra SQ 22 og 25.

⁽¹⁷⁾ For mer informasjon om selektiv forebygging, særlige risikogrupper og -faktorer, se tidligere årsrapporter og utvalg aspekt om narkotikabruk blant mindreårige i rapporten for 2007.

men når det skjer (f.eks. Fristil i Norge), foretas det typisk bare en vurdering av hvorvidt prosjektet var vellykket med hensyn til å rekruttere unge ledere i skolen og om ledernes kunnskap eller holdninger ble styrket.

Selektiv forebygging øker i popularitet, men må benyttes med varsomhet, spesielt når peer-programmet omfatter risikoutsatt ungdom (Cho et al., 2005; Dishion og Dodge, 2005), da negative "smitteeffekter" kan oppstå i sårbare grupper. Slike utilsiktede effekter, som faktisk skyldes intervensjonen, kan føre til økt rusmiddelbruk eller risikoatferd. Denne typen uønskede resultater forekommer imidlertid ikke bare i forbindelse med selektiv forebygging, men har også blitt observert i forbindelse med forebygging gjennom informasjonskampanjer i media og på individuelle forebyggingsarrangementer (se over).

Behandlings- og skadereduksjonstiltak

Nye utviklinger innen behandlingssystemene

De fleste narkotikabrukere behandles i det polikliniske behandlingsapparatet, inkludert allmennleger. Utbyggingen av det polikliniske behandlingsnettverket har fortsatt de senere år, og flere land har hatt en geografisk ekspansjon, bl.a. Bulgaria, Estland, Hellas, Litauen, Romania og Finland. Antallet institusjonsplasser er derimot omtrent uendret i de fleste land.

Latvia, Ungarn, Slovakia og Romania er eksempler på land som har en svært varierende geografisk dekning når det gjelder spesialiserte narkotika-behandlingstilbud. Men på tross av at nettverket av tjenesteleverandører er bygget ut i den senere tid, er det i Hellas, Ungarn og Polen fremdeles ventelister for substitusjonsbehandling.

Behandling i døgninstitusjon var tidligere den vanligste tilnærmingen til behandling av heroinbruk i mange europeiske land, men de fleste opioidbrukere behandles nå poliklinisk. Døgninstitusjonene vil imidlertid bli viktigere for å imøtekomme eldre brukere og langtidsbrukere med sammensatte behandlingsbehov som skyldes samtidig forekomst av alvorlige somatiske og psykiatriske tilleggslidelser. Filosofien bak institusjonsbehandlingen og hvordan institusjonsbehandling gjennomføres i praksis, har gjennomgått store forandringer i årenes løp, i takt med at behovene har endret seg. Samlokaliseringen av rusmiddelbehandling og medisinsk pleie, inkludert psykiatrisk behandling, høyaktiv antiretroviral behandling og behandling av leversykdommer, har blitt vanligere, og bruken av vedlikeholdsbehandling for å stabilisere klientene har økt.

Kjennetegn for narkotikabrukere i poliklinisk behandling

Data fra indikatoren for behandlingsetterspørsel kan brukes til å klassifisere sosioøkonomisk status for klienter i behandlingssentre og til en viss grad for alle narkotikabrukere (¹⁸). Tilgangen til poliklinisk behandling er enklere og mindre selektiv i de fleste land, og det er derfor hensiktsmessig å ekstrapolere fra denne klientgruppen til narkotikabrukere generelt.

I 2005 rapporterte 20 av 29 europeiske land informasjon om 315 000 narkotikaklienter i polikliniske behandlingssentre. Dataene kommer fra over 4 000 behandlingssenheter. Omtrent halvparten (53 %) av klientene i det polikliniske behandlingsapparatet har opioider som primærrusmiddel, den andre halvparten bruker primært andre stoffer, særlig cannabis (22 %) og kokain (16 %). Hvilket stoff som er det vanligste primærrusmiddelet, varierer fra et land til et annet.

Ca. 80 % av klientene i poliklinisk behandling er menn, med en gjennomsnittsalder på 30 år (28 år for nye klienter), og de har generelt dårligere levekår enn befolkningen generelt i samme aldersgruppe. Ca. 60 % av klientene i det polikliniske behandlingsapparatet har ingen utdanning utover grunnskolen, og om lag en tittel av klientene har ikke en gang fullført grunnskolen. Omtrent halvparten av klientene var i fast arbeid før de påbegynte den polikliniske behandlingen, og den andre halvparten var arbeidsledige. De fleste klientene har stabile boforhold (85 %), hvorav 40 % bor med foreldrene og 19 % bor alene. Et signifikant mindretall av polikliniske klienter (15 %) bor sammen med barn, enten alene eller sammen med en partner, noe som utgjør et kompliserende aspekt i narkotikabrukerens liv og en risikofaktor for barna.

Enkelte land har supplert informasjonen om den sosioøkonomiske situasjonen til narkotikaklienter i behandling med nasjonal informasjon oppdelt etter hvilket stoff de hovedsakelig bruker. For eksempel var 67 % av heroinbrukerne i Tyskland arbeidsledige eller ikke yrkesaktive, sammenlignet med 53 % av kokainklientene og 35 % av cannabis-klientene, og 74 % av opioidklientene har begrenset utdanning, sammenlignet med 63 % av kokainklientene (Sonntag et al., 2006).

Utvikling i den senere tid

Flere land har nylig etablerte, spesialiserte tilbud for bestemte grupper narkotikabrukere, f.eks. kvinnelige narkotikabrukere, bostedsløse sprøytebrukere, sexarbeidere og svært unge narkotikabrukere (se utvalgt aspekt om narkotikabruk blant mindreårige fra 2007). Med sikte på å øke behandlingsdekningen har i andre land det

(¹⁸) Se TDI-tabeller og -grafer i Statistiske opplysninger 2007 for nærmere opplysninger om tallene i denne delen.

farmakologiske behandlingstilbudet blitt utvidet for å møte behovene til bestemte brukergrupper. For eksempel er vedlikeholdsbehandling med buprenorfin nå godkjent på Malta ⁽¹⁹⁾.

Behandling av ulike grupper narkotikabrukere

Medlemsstatene har i økende grad blitt klar over hvor viktig det er å tilby hensiktsmessige behandlingstjenester for problematiske cannabis- og kokainbrukere. Når det gjelder cannabis, er det i Europa vanlig å kombinere behandling, rådgivning og forebyggende programmer for å nå et større antall brukere. Det tas i bruk nye kommunikasjonsstrategier, f.eks. internett, for å nå ut til cannabisbrukere som kan klassifiseres et sted mellom eksperimentelle og problematiske. Behandlingstjenester og programmer som er spesifikt tilpasset cannabisbrukere, har ikke vært særlig utbredt i Europa, men nå er vi i ferd med å se en forandring her (se kapittel 3).

Medlemsstater som opplever stor etterspørsel etter behandling for kokainbruk, er i ferd med å bestille forskning på området. Situasjonen kompliseres av at de som bruker kokainpulver og de som bruker crack, vanligvis tilhører svært forskjellige sosial grupper (se kapittel 5). Grunnet mangelen på spesialiserte tilbud behandles imidlertid mesteparten av brukerne av psykostimulerende midler, herunder amfetaminbrukere, i tradisjonelle opioidorienterte behandlingstilbud, og det er et klart behov for opplæring av behandlere og klinikere i hele Europa.

Behandling av heroinavhengighet

Etter at det i siste halvdel av 1980-årene ble politisk aksept for substitusjonsbehandling for heroinavhengighet, har i de fleste land dette blitt den vanligste behandlingsformen for opioidavhengige (figur 2).

De vanligste substitusjons-medikamentene som brukes er metadon og buprenorfin. Farmakologisk behandling bør ideelt sett kombineres med psykologisk rådgivning og sosial støtte. Substitusjonsbehandling foregår vanligvis poliklinisk på sentre som har spesialisert seg på narkotikabehandling, men også i stadig større grad hos privatpraktiserende leger. I enkelte land, f.eks. Tyskland, Frankrike og Storbritannia, er allmennpraktiserende leger bredt involvert i behandlingen av narkotikabrukere. I andre land er legene i lokalsamfunnet i mindre grad involvert, enten fordi lovgivningen setter en stopper for det, eller på grunn av manglende interesse for behandling av avhengighet ⁽²⁰⁾. Kvalitetskontroll har også stått på dagsordenen i flere land, og dette har ført til innstramning av reglene og skjerpede krav til opplæring,

Rettsgrunnlag for substitusjonsbehandling

I 2006 gjennomførte det spesialiserte nettverket av juridiske korrespondenter en undersøkelse for å skaffe ytterligere informasjon om lover og forskrifter vedrørende inntakskriterier for substitusjonsbehandling og forskrivnings- og utleveringspraksis. Resultater ble innhentet fra 17 land som supplement til en rapport fra 2003 fra den europeiske databasen for narkotikalovgivning ⁽¹⁾.

Det er store variasjoner mellom medlemsstatene når det gjelder hva som er regulert i lovverket. Noen land, som Belgia, har en egen parlamentslov som regulerer substitusjonsbehandling, mens substitusjonsbehandling i andre land, f.eks. Kypros, kommer inn under lovene om kontrollerte stoffer. Det er et spørsmål om avveining mellom et sterkt lovverk og fleksibilitet.

Stoffene som tillates brukt i substitusjonsbehandling, blir vanligvis fastsatt i lovverket. I de fleste tilfeller kan bare metadon og buprenorfin eller metadon alene forskrives, men i noen få land tillates også andre stoffer som morfin og kodein. Også inntakskriteriene er i de fleste land formulert enten i lovverket eller ved departementsforordning eller retningslinjer. De vanligste kriteriene er avhengighetsdiagnose og minstealder, men det er også et krav om at personen skal ha gjennomgått tidligere medikamentfri behandling uten å lykkes å bli rusfri. I noen land inneholder lovgivningen sanksjoner for brudd på behandlingsreglementet, mens andre land har overlatt vurderingen til det enkelte behandlingssenteret.

Lovene definerer vanligvis også hvem som har anledning til å forskrive substitusjonsbehandling. Hovedsakelig gjelder dette leger på behandlingssentre, men i enkelte land kan enhver lege eller visse særskilt opplærte og akkrediterte leger også forskrive medikamenter til substitusjonsbehandling. I praksis er det sjelden at leger utenfor behandlingssentre begynner med substitusjonsbehandling ⁽²⁾. Maksimumsdosene defineres vanligvis ikke i lovverket. For å forhindre dobbeltforskrivning bruker de fleste land egne reseptblokker, men mange land har også et sentralt register, og noen få utsteder egne legitimasjonsbevis. Lovgivningen spesifiserer vanligvis også autoriserte utleveringssteder, i hovedsak apoteker og behandlingssentre, selv om noen land også tillater leger å levere ut substitusjonsmedikamenter. I de fleste land har man også etablert et system for inntak av doser hjemme, enten gjennom lovgivningen eller egne retningslinjer, eventuelt at systemet gir rom for en viss overbærenhet, men i enkelte tilfeller er slik praksis uttrykkelig forbudt.

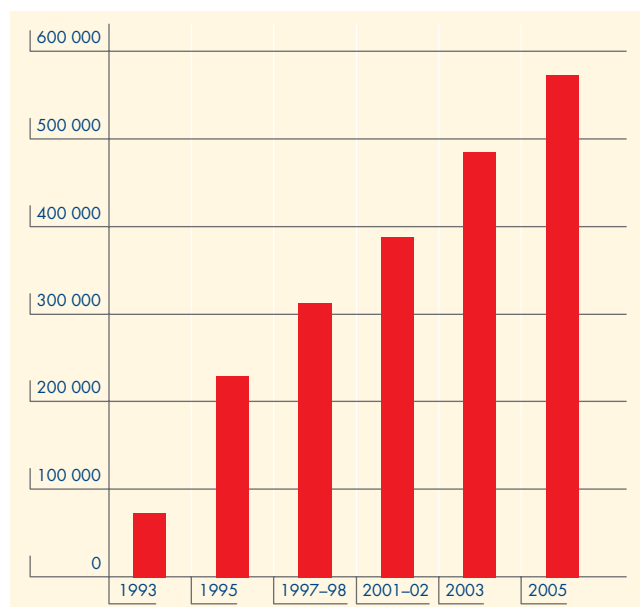
⁽¹⁾ Nærmere opplysninger er tilgjengelig på <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

⁽²⁾ Se tabell HSR-6 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁹⁾ Se "Forskrivningspraksis for substitusjonsbehandling i Europa", s. 66.

⁽²⁰⁾ Se "Rettsgrunnlag for substitusjonsbehandling" (p. 32) og <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

Fig. 2: Vurdert tilgjengelighet av substitusjonsbehandling med opioider i EU-15, 1993–2005



NB: For ytterligere informasjon, se tabell HSR-7 og HSR-8 samt figur HSR-1 og HSR-5 i Statistiske opplysninger 2007.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter og rapporter. Se figur HSR-5 i Statistiske opplysninger 2007 for en detaljert kildeliste.

tilsyn og kartlegging ⁽²¹⁾. Behandlingen av opioidavhengighet beskrives nærmere i kapittel 6.

Skadereduksjonstiltak

Å forebygge infeksjonssykdommer og å få ned antallet narkotikarelaterte dødsfall er sentrale mål for tiltakene mot narkotika i EU. Den nyeste handlingsplanen har som mål å øke tilgjengeligheten av og tilgangen til tjenester og tilbud med sikte på å forebygge og redusere helserelaterte skader.

Europakommisjonen la i april 2007 fram en rapport for Rådet og Europaparlamentet om gjennomføringen av rådsrekommendasjon av 18. juni 2003 om forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet ⁽²²⁾. Rapporten dokumenterer at skadereduksjon er et definert folkehelsepolitisk mål på nasjonalt plan i alle medlemsstatene. Bakgrunnsdokumentasjonen til støtte for Kommisjonens rapport gir et omfattende europeisk bilde av retningslinjer og tiltak for skadereduksjon. Den er basert på informasjon som hovedsakelig er framskaffet av beslutningstakere, ekspertene i Reitox-nettet og grasrotorganisasjoner. Bakgrunnsdokumentasjonen inneholder omfattende landoversikter ⁽²³⁾.

Rådsrekommendasjonen har ført til at flere land samordner sine nasjonale retningslinjer med den europeiske strategien, og legger mer vekt på å utvide tilbudet av skadereduserende tjenester. Den synes å ha hatt spesielt stor betydning i landene som kom inn i EU i 2004.

Sosial reintegrasjon

En prekær boligsituasjon, uregelmessige arbeidsforhold og fengselsopphold er indikatorer på sosial eksklusjon som kjennetegner livet til mange narkotikabrukere. I mange europeiske land er antallet problematiske narkotikabrukere som nås, som er i behandling og som mottar substitusjonsbehandling, høyere enn noensinne. Dette har ført til at behovet for boliger, utdanning, arbeid og juridisk assistanse også har økt betraktelig. Helsevesenet står derfor overfor en utfordring når det gjelder å etablere tiltak for nye klientprofiler, ofte med sammensatte behov. Sosial reintegrasjon anses nå som en viktig determinant for vellykket langtidsbehandling.

I en del land er sosial reintegrasjon nå gjenstand for økt politisk oppmerksomhet og økte bevilgninger, og i flere land sier standarden for vedlikeholdsbehandling at klientene også skal ha tilbud om sosial omsorg og reintegrasjon. Midtveisevurderingen av den irske narkotikastrategien anbefalte f.eks. rehabilitering som den femte søylen i strategien, mens Beskæftigelsesministeriet og Socialministeriet i Danmark sammen har lansert nye programmer for utsatte grupper ("delt ansvar"). Et annet eksempel er den norske regjeringens strategi for å forebygge og bekjempe bostedsløshet, som fastsetter målbar intensjoner, f.eks. å redusere antallet utkastelser samt utvide tilgangen til permanente boliger slik at midlertidig husvære blir unntaket heller enn regelen. Norge har også en tiltaksplan mot fattigdom som omfatter en tilskuddsordning, som i 2006 med EUR 6,5 millioner (52 millioner NOK), styrket de innomhus oppfølgingstjenestene for bostedsløse så vel som misbrukere av narkotika og alkohol. For øvrig deltar Hellas, Frankrike, Italia, Litauen, Østerrike, Portugal og Slovakia i Europakommisjonens prosjekt EQUAL på området sysselsetting og sosial inkludering ⁽²⁴⁾.

EU også oppmuntret til å opprette rammebetingelser den såkalte "åpne koordineringsmetoden" (Open Method of Coordination – OMC), der medlemsstatene koordinerer sine retningslinjer for bekjempelsen av fattigdom og sosial eksklusjon via utveksling av retningslinjer og gjensidig læring.

⁽²¹⁾ Se også s. 67.

⁽²²⁾ Rådsrekommendasjon av 18. juni 2003 om forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet, EUT L 165 av 3.7.2003, s. 0031–0033.

⁽²³⁾ Begge dokumentene er tilgjengelige på: http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1

⁽²⁴⁾ http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm

Reintegrasjonstiltakene gjenspeiler ulike sosiokulturelle og økonomiske virkeligheter på nasjonalt plan i Europa, men det er også en del forskjeller når det gjelder målsettinger, målgrupper og utgangspunkt. Bulgaria og Romania er f.eks. de eneste landene som har egne prosjekter for sosial reintegrasjon av gatebarn.

I mange land blir ikke programmer og tiltak spesifikt rettet mot narkotikabrukere, men henvender seg til sårbare sosiale grupper generelt og gjennomføres typisk på lokalt eller regionalt nivå. "Plans de prévention de proximité" (PPP), etablert i Vallonia i 2003, betrakter fattigdom og avhengighet som to sider av samme sak, mens i Danmark loven om sosiale tjenester pålegger kommunene å utarbeide en tiltaksplan for alle narkotikabrukere. Likeledes har lokale myndigheter i Polen en juridisk forpliktelse til å sørge for sosial reintegrasjon av narkotikabrukere, og i Nederland startes de fleste nye tjenester for sosial reintegrasjon av kommunene. I Tyskland er ansvaret for å skaffe bolig og utdanning underlagt delstaten eller kommunen, samtidig som føderale programmer for personer med funksjonshemninger også er åpne for arbeidstrening for narkotikabrukere.

Boligformidling kan omfatte alt fra hospitser, herberger og kortsiktige institusjonsplasser til overgangsboliger, bofellesskap og husleietilskudd. For å unngå å "låse" klientene i et langvarig avhengighetsforhold utforskes innovative tilnærminger til boligstøtte og økonomistyring. I Danmark tilbys klienter i rehabiliteringsleiligheter botrening for å redusere framtidige problemer når de skal ha ansvar for egen leilighet, og i Storbritannia får klientene råd om innkjøp, matlaging og styring av husholdningsbudsjettet.

Å skape nye muligheter for opplæring og tilgang til utdanning er utbredt i mange land, men det er vanskeligere å få disse gruppene inn i lønnet arbeid. Dette er imidlertid spesielt viktig for denne målgruppen, da det ikke bare gir økonomisk stabilitet, men også selvtillit, status og en regelmessig livsrytme. Nye måter for å få klientene inn i lønnet arbeid omfatter partnerskap med private foretak, mentorordninger og tilbud om insentiver f.eks. i form av betaling av lærlinglønn eller oppstartslån til nye bedrifter. I flere land har behandlingstilbud startet sine egne sosioøkonomiske foretak hvor klientene blir ansatt og får lønn. Andre tiltak fokuserer på å styrke klientenes muligheter på arbeidsmarkedet ved å tilpasse profiler, forventninger og ferdigheter bedre til arbeidslivets realiteter. Arbeidsformidlingen i Wien fungerer f.eks. som et bindeledd mellom klienter, rusmiddeltilbudene og den offentlig arbeidsformidlingen og har for å øke suksessraten, spesialisert seg på rådgivning til denne klientgruppen. Den bidrar også til å finne løsninger for klienter som ikke lenger er aktuelle for yrkesmessig reintegrasjon.

Nasjonale studier av behandlingstilbud

Tre medlemsstater (Irland, Italia og Storbritannia) har gjennomført nasjonale studier av behandlingstilbud. Studiene fulgte en kohort av problembrukere av narkotika over tid i ulike behandlingstilbud og -miljøer. Et viktig trekk ved studiene er at de undersøker behandlingstilbud i eksisterende tjenester under daglige, kliniske forhold. Behandlingstilbudene som ble undersøkt, omfattet metadonvedlikehold, metadonreduksjon, avrusning og medikamentfrie intervensjoner som terapeutiske samfunn og rådgivning. De mest brukte utfallsvariablene er: narkotikabruk, psykisk og fysisk helse, gjennomført behandling samt kriminell atferd.

Den italienske Vedette-studien (1998–2001) hadde som mål å undersøke effektiviteten av behandlingen som ble tilbudt i offentlige behandlingssentre rundt om i landet. Gjennomført behandling og dødelighet blant heroinbrukere var blant de viktigste utfallsvariablene. Så langt er tre studier av behandlingstilbud igangsatt i Storbritannia. Den første var National Treatment Outcome Research Study (NTORS), som ble gjennomført av National Addiction Centre i England og Wales mellom 1995 og 2000. Studien undersøkte behandlingstilbud i behandlingstilbud på døgninstitusjoner eller i nærmiljøet. En del positive funn ble rapportert, som økt grad av avholdenhet fra bruk av illegale rusmidler, mindre hyppig narkotikabruk, redusert kriminalitet og forbedret helse. Enkelte langsiktige utfall for femårsperioden var imidlertid mindre tilfredsstillende, f.eks. var tidlig observerte forbedringer med hensyn til crackbruk delvis reversert etter fire til fem år, og mange narkotikabrukere fortsatte med et høyt alkoholkonsum (Gossop et al., 2001).

Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS), som gjennomføres ved universitetet i Manchester, skal være en oppdatering av NTORS-studien. Studien begynte i 2006 og skal i utgangspunktet følge narkotikabrukere fra hele England i 12 måneder. Den har som mål å studere virkningen av narkotikabehandling i forhold til en rekke utfallsmål, og fokuserer på en analyse av hva slags behandlingstilbud som gir de beste resultatene for bestemte undergrupper av narkotikabrukere. Drug Outcome Research Study (DORIS), som gjennomføres ved universitetet i Glasgow, kom i gang i 2001. Studien undersøker virkningen og effektiviteten av narkotika-behandlingstilbud i regi av behandlingstilbud, herunder fengselsbaserte tjenester. Narkotikabrukerne ble fulgt i inntil 33 måneder.

I Irland startet National University of Ireland i Maynooth prosjektet Research Outcome Study (ROSIE) i 2003. Studien vurderer effektiviteten av narkotikabehandling ved å følge opioidbrukere som starter behandling i løpet av en periode på tre år, og dokumenterer endringene (Cox et al., 2006). Etter ett år fant studien en markert reduksjon i narkotikabruk og kriminell aktivitet, lav dødelighet og andre positive utfall knyttet til deltakernes fysiske og psykiske helse.

Reintegrasjon av marginaliserte, eldre heroinbrukere med store somatiske og psykiske lidelser er en stor utfordring. I Belgia kan narkotikabrukere med psykiatriske problemer behandles på egne avdelinger for rusmiddelmissbrukere på psykiatriske sykehus eller allmennsykehus, eventuelt på andre psykiatriske helseinstitusjoner. Danmark rapporterer at narkotikabrukere med psykiatriske problemer behandles på psykiatriske helseinstitusjoner, og at eldre narkotikabrukere som grunnet narkotikabruk, demens eller problematferd, ikke klarer seg selv, får plass på alternative pleiehjem. I den nye loven om sosial støtte som ble vedtatt i Nederland i 2007, er narkotikaavhengighet omfattet av samme forskrift

som (andre) kroniske psykiatriske problemer. En stor, sentralisert institusjon som skulle ta imot 120 bostedsløse narkotikabrukere med psykiatriske problemer, møtte imidlertid lokal motstand. For personer med psykiske problemer er det å få profesjonell hjelp til å bygge opp igjen et nett av støttespillere og kontaktpersoner, en viktig brikke i den sosiale reintegrasjonsprosessen.

I noen land (f.eks. Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Hellas og Slovenia) tilbys strukturerte reintegrasjonsprogrammer bare som oppfølging etter gjennomført behandling basert på rusfrihet, og egne reintegrasjonstiltak for klienter i vedlikeholdsbehandling er for tiden ikke tilgjengelig.



Kapittel 3

Cannabis

Innledning: endringer i cannabisbruken i Europa

Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet i verden og har stått sentralt i narkotikadebatten i Europa siden 1960-tallet, da stoffet praktisk talt ble synonymt med en framvoksende ungdomskultur. Det er likevel en komplisert oppgave å forstå bruksmønstrene for cannabis i Europa. En av årsakene er at det finnes så mange forskjellige cannabisprodukter på det europeiske markedet. Historisk sett har tre hovedformer for cannabis vært vanlig i Europa: hasjissj, marihuana og cannabisolje, som også er den minst vanlige formen. For mange er røyking av hasjissj sammen med tobakk den vanligste inntaksmetoden, mens dette bruksmønsteret er relativt uvanlig i andre deler av verden. Europa er det dominerende globale markedet for hasjissj, men marihuana synes å bli vanligere og dominerer i enkelte markeder. I de senere årene har situasjonen blitt ytterligere komplisert av den økte tilgjengeligheten av cannabis produsert i Europa, hvorav noe dyrkes under kontrollerte forhold og kan være av relativt høy styrke. Denne typen cannabis har blitt et eget produkt i mange land, noe som gjør det vanskeligere å vurdere hvilken effekt de endrede bruksmønstrene har på folkehelsen.

Tilbud og tilgjengelighet

Produksjon og handel

Fordi cannabis kan dyrkes i en rekke ulike miljøer og vokser vilt i mange deler av verden, er det svært vanskelig å utarbeide pålitelige estimater for den globale produksjonen. Etter en stigende trend i flere år, hvis vi tar i betraktning at cannabisproduksjonen er blitt stadig mer diversifisert, har UNODC redusert sine globale anslag over produksjonen av marihuana fra 45 000 tonn i 2004 til 42 000 tonn i 2005. Dette skyldes hovedsakelig reduserte anslag fra Nord-Amerika etter at innsatsen mot cannabis her ble intensivert. Det anslås at om lag halvparten av all cannabis dyrkes i Nord- og Sør-Amerika (46 %), etterfulgt av Afrika (26 %) og Asia (22 %) (UNODC, 2007).

Marokko er fremdeles den største internasjonale produsenten av hasjissj, og selv om nye undersøkelser

Tolking av beslags- og markedsdata

Narkotikabeslagene i et land betraktes gjerne som en indirekte indikator på forsyning og tilgjengelighet av narkotika, selv om beslagene også gjenspeiler rapporteringsrutiner og politi- og tollmyndighetenes ressurser, prioriteringer og strategier, og likeledes i hvilken grad nasjonale og internasjonale tilbudsreducerende tiltak virker inn på omsetningsleddene. Mengdene som beslaglegges kan variere fra år til år, f.eks. hvis noen av beslagene et år er svært store. Derfor er antall beslag noen ganger en bedre indikator på trender. I alle land omfatter antallet beslag en stor del små beslag på detaljistnivå (gatenivå). Der dette er kjent, vil opprinnelse og destinasjon for beslaglagte stoffer gi en indikasjon på smuglerutter og produksjonsområder. Stoffenes pris og renhet/styrke på detaljistnivå rapporteres av de fleste medlemsstatene, men opplysningene kommer fra en rekke ulike kilder som ikke alltid er sammenlignbare, og dette gjør det vanskelig å foreta nøyaktige sammenligninger landene imellom.

For å sette narkotikabeslagene i Europa inn i en bredere sammenheng inneholder denne rapporten et sammendrag av informasjonen om situasjonen globalt. FNs organ for narkotika og kriminalitet produserer hvert år en rapport om den internasjonale narkotikasituasjonen, og denne rapporten er hovedkilden til de globale anslagene som presenteres her. Leseren bør være klar over at det er vanskeligheter knyttet til denne typen informasjonsinnsamling, og at informasjonssystemene i mange deler av verden er lite utviklet. Disse dataene bør derfor betraktes som de beste overslagene man kan utlede av den informasjonen som for tiden er tilgjengelig.

tilsier at dyrkingsarealet for cannabis ble redusert med 40 % fra 2004 til 2005, anslås det at landet produserer nærmere 70 % av all hasjissj som brukes i Europa. Basert på anslag over totalt dyrkingsareal hadde Marokko en potensiell produksjon på 1 066 tonn i 2005. Mesteparten av cannabisen i Marokko produseres for det europeiske og nordafrikanske markedet (CND, 2007; UNODC og Marokkos regjering, 2007). Hasjissjen smugles til Europa via Den iberiske halvøy. Selv om Marokko er den langt største produsenten av hasjissj for det europeiske markedet,

rapporteres det at også hasjisi fra andre land (Moldova og India) er tilgjengelig, spesielt i sentraleuropeiske land.

I Europa er hasjisi et relativt ensartet produkt, men det samme kan ikke sies om marihuana. Beslagene rapportert i 2005 har sin opprinnelse i Albania, Nederland, land i det tidligere Jugoslavia, Angola og Sør-Afrika. Selv om det er vanskelig å få en systematisk oversikt, oppga halvparten av de rapporterende landene innenlandsk produksjon av marihuana i 2005. Noe av cannabisen som produseres i Europa, dyrkes utendørs og kan i praksis være umulig å skille fra importert marihuana. Cannabis av relativt høy styrke som produseres under intensive forhold, ser nå ut til å ta en stor og potensielt økende andel av markedet i mange land, og utstyr som gjør det mulig å dyrke cannabis hjemme, er nå å få kjøpt via internett og i noen land hos spesialleverandører. Det at denne formen av stoffet dyrkes innendørs og ofte i nærheten av markedet, betyr at beslagene blir sjeldnere, og det blir derfor mindre synlig i tilgjengelige data.

Beslag

I 2005 ble det på verdensbasis beslaglagt 1 302 tonn hasjisi, sammenlignet med 4 644 tonn marihuana. Både for hasjisi og marihuana utgjør dette en nedgang i forhold til 2004. De fleste beslagene av hasjisi ble gjort i Vest- og Sentral-Europa (70 %), mens marihuana hovedsakelig ble beslaglagt i Nord-Amerika (64 %) (UNODC, 2007).

Det ble gjort anslagsvis 303 000 beslag av hasjisi, eller 909 tonn, i Europa i 2005 ⁽²⁵⁾. Spania stod for om lag halvparten av alle beslagene og om lag tre firedeler av totalt beslaglagt kvantum ⁽²⁶⁾. Det var en liten økning i antallet rapporterte beslag av hasjisi i 2005, så den stigende trenden som begynte i 2000, fortsetter. Dette gjaldt imidlertid ikke mengden hasjisi som ble beslaglagt, som gikk ned i 2005 etter økning i perioden 2000–04.

Det relative forholdet mellom hasjisi og marihuana synliggjøres av at det i 2005 ble gjort bare halvparten så mange beslag av marihuana (152 000), og den beslaglagte mengden marihuana utgjør under en tidel (66 tonn). I Europa har antallet marihuana-beslag økt jevnt de siste fem årene, mens tendensen for beslaglagte kvanta ikke er like klar, dog med en mulig økning i 2005 etter en periode med nedgang i mengdene mellom 2001 og 2004. Konklusjonene må nødvendigvis være foreløpige da Storbritannia, som står for mesteparten av beslagene av marihuana både i antall og mengder, ennå ikke har lagt fram data for 2005.

I anslagsvis 13 500 beslag i Europa i 2005 ble det tatt om lag 24 millioner cannabisplanter (de fleste i Tyrkia) og

Cannabis til eget bruk: rettslig status

Det finnes mange ulike tilnærminger til cannabis i medlemsstatenes lovgivning ⁽¹⁾, men likevel avtegner det seg et generelt bilde av at man i Europa utvikler alternativer til straff når det gjelder bruk og besittelse av mindre mengder cannabis til eget bruk uten skjerpene omstendigheter. Cannabis skiller nå ofte fra andre ulovlige stoffer, enten i lovgivningen, etter instruks fra riksadvokaten eller gjennom rettspraksis. De fleste landene i Europa har gått over fra fengselsstraffer til bøter, advarsler, prøvetid, straffefritak og rådgivning. Vi ser eksempler på denne trenden i en rekke nye tiltak. For eksempel fjernet Luxembourg og Belgia fengselsstraff for slike lovbrudd i henholdsvis 2001 og 2003, og Hellas og Storbritannia satte ned strafferammen i henholdsvis 2003 og 2004. I Belgia fikk politi og påtalemyndigheten ny instruks i 2003 og 2005, og det samme skjedde i Frankrike i 2005 og i Storbritannia i 2004 og 2006. I 2006 var Den tsjekkiske republikk på nippet til å etablere ulike klasser av ikke-medisinske stoffer, men dette utkastet til straffelov ble forkastet av andre årsaker. På tross av dette fortsatte antallet rapporterte cannabislovbrudd å stige i Europa (se kapittel 1).

Cannabis er fortsatt et omstridt tema, og det eksisterer stor uenighet om de relative fordelene og ulempene ved ulike folkehelse-relaterte og strafferettslige tiltak. Dette gjenspeiles i det faktum at ikke alle tiltakene involverer lettere straffer. Noen land har skjerpet straffene eller er i ferd med å foreta en kritisk vurdering av dagens situasjon. Danmark utstedte i 2004 en instruks til påtalemyndigheten om å gi bøter i stedet for advarsler, og Italia opphevet i 2006 skillet i lovgivningen mellom ikke-medisinske stoffer for å fjerne distinksjonen mellom "lette" og "tunge" stoffer. Andre land har sett over sine tiltak mot cannabis; f.eks. lanserte Nederland en egen cannabisstrategi i 2005, og Tyskland har gjennomført en vurdering av straffeutmålingen for besittelse av cannabis til eget bruk.

Cannabispolitikk er fremdeles et spørsmål som skaper offentlig debatt og uenighet. Dette blir tydelig i en nylig gjennomført Eurobarometer-undersøkelse (2006), hvor europeiske borgere ble spurt om de var enige i at cannabis til eget bruk burde legaliseres i Europa. Vel to tredeler (68 %) av de spurte var uenige, og om lag en firedel (26 %) var enige. Selv om andelen som ønsket fortsatt forbud varierte, var dette flertallssynspunktet i alle landene.

⁽¹⁾ For en utfyllende drøfting, se ELDDs emneoversikt <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

13,6 tonn cannabisplanter (mest i Spania). Antallet beslag av cannabisplanter i Europa sett under ett viser en fortsatt stigende trend siden 2000. Hvis vi ser på EUs medlemsstater, toppet beslagene av cannabisplanter seg i 2001 for så å øke

⁽²⁵⁾ Dataene for narkotikabeslag i Europa som denne delen er basert på, finnes i tabell SZR-1, SZR-2, SZR-3 og SZR-4 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽²⁶⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2005 så snart disse foreligger. Der data for 2005 manglet, er anslagene beregnet med utgangspunkt i dataene for 2004.

igjen etter 2003, mens Tyrkia etter en økning i perioden 2001–03 opplevde en nedgang i antallet beslaglagte cannabisplanter i 2004 og deretter en økning igjen i 2005.

Pris og styrke

I 2005 varierte gjennomsnittlig eller typisk pris på både hasjisi og marihuana, både mellom landene og innenfor det enkelte land. De fleste land rapporterte priser for cannabisprodukter i området EUR 4–10 pr. gram ⁽²⁷⁾. Rapporterte gjennomsnittlige eller typiske priser for begge typer cannabis varierte imidlertid fra EUR 2 pr. gram til over EUR 15. Korrigert for inflasjon falt gjennomsnittsprisen på hasjisi i perioden 2000–05 i alle de rapporterende landene unntatt Polen, hvor prisene var stabile. Gjennomsnittsprisen på marihuana, korrigert for inflasjon, falt eller holdt seg stabil i samme periode i alle de rapporterende landene unntatt Slovenia ⁽²⁸⁾.

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det viktigste virkestoffet (EONN, 2004). Det rapporterte eller typiske gjennomsnittsinholdet av THC i hasjisi varierte i 2005 fra under 1 % til 17 %. En slik variasjon er vanskelig å forklare i og med at mesteparten av den europeiske hasjisjen har samme opprinnelse. Styrken på marihuana varierte fra under 1 % til like over 15 %. Tilgjengelige data gjør det ikke mulig å skille mellom marihuana som er importert til eller produsert i de forskjellige land. Nederland rapporterte imidlertid et anslag på 17,7 % for lokalprodusert marihuana ⁽²⁹⁾.

Prevalens og bruksmønstre for cannabis

I befolkningen generelt

Data fra de nyeste undersøkelsene bekrefter cannabisens posisjon som det mest brukte illegale rusmiddelet i Europa. På 1990-tallet økte bruken av cannabis i praktisk talt alle land, særlig blant unge. Enkelte nyere data tyder imidlertid på at den stigende trenden er i ferd med å flate ut, om enn på et historisk høyt nivå. Et annet viktig spørsmål gjelder trender blant de som bruker stoffet intensivt og i lange perioder av gangen. Her er dataene ikke like gode, men bekymringer finnes over at flere unge bruker cannabis intensivt, og at dette delvis gjenspeiler seg i det økte antallet behandlingssøknader som enkelte land har opplevd.

Spørreundersøkelser – et viktig verktøy for å forstå mønstre og trender i narkotikabruk i Europa

Narkotikabruk i befolkningen generelt eller blant skoleelever vurderes gjennom undersøkelser som gir anslag over den andelen av befolkningen som oppgir å ha brukt narkotika i løpet av et gitt tidsrom – livstid, siste år eller siste måned.

Sammen med nasjonale eksperter har EONN utarbeidet et sett felles kjernepunkter for den europeiske spørreskjemamodellen ("European Model Questionnaire" – EMQ) til bruk i undersøkelser blant voksne, og dette er implementert i de fleste av EUs medlemsstater. Opplysninger om EMQ finnes i "Håndbok i undersøkelser om narkotikabruk i befolkningen generelt" (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1380>). Det er imidlertid fortsatt forskjeller mellom landene når det gjelder metodikk og året da dataene ble samlet inn, og selv små forskjeller landene imellom bør tolkes med varsomhet ⁽¹⁾.

Fordi det er dyrt å gjennomføre undersøkelser, samler bare et fåtall land inn informasjon årlig. I denne rapporten presenteres data basert på de siste tilgjengelige undersøkelsene, som i de fleste tilfeller er fra perioden 2003–2006.

Tre ulike målinger av narkotikabruk over tid brukes vanligvis i rapportering av undersøkelsesdata. Livstidserfaring eller -prevalens er den bredeste kategorien. Dette målet brukes vanligvis til å rapportere om svært unge grupper, f.eks. skoleelever, men har begrenset verdi når det gjelder å speile dagens situasjon blant voksne, selv om det kan gi innsikt i bruksmønstre og forekomst. I denne rapporten fokuseres det på rapportering av bruk siste år og siste måned, da disse to målene bedre gjenspeiler dagens situasjon, og den siste kategorien fungerer ofte som en proxy-indikator for regelmessig bruk. Det er viktig å identifisere personer som jevnlig bruker narkotika eller har problemer med narkotikabruk, og enkelte forbedringer er gjort når det gjelder å utvikle skalaer for vurdering av mer intensive bruksformer. Tilgjengelige skalaer er inkludert (se boks om utvikling av psykometriske skalaer, s. 42).

⁽¹⁾ EONNs aldersspredning: alle voksne (15 til 64 år) og unge voksne (15 til 34 år). Noen land bruker en litt annen aldersspredning i sine data (f.eks. 16–64, 18–64 og 16–59 år). For ytterligere informasjon om metoder for befolkningsundersøkelser og metoder brukt i den enkelte nasjonale undersøkelse, se Statistiske opplysninger 2007.

⁽²⁷⁾ Se tabell PPP-1 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽²⁸⁾ Prisdata for både hasjisi og marihuana ble analysert for 19 land (hvor data for minst tre påfølgende år var tilgjengelig).

⁽²⁹⁾ Data om styrken på cannabis finnes i tabell PPP-2 og PPP-5 i Statistiske opplysninger 2007.

En forsiktig beregning tilsier at over 70 millioner voksne i Europa har brukt cannabis minst én gang (livstidsprevalens), dvs. gjennomsnittlig nesten en firedel (22 %) av alle mellom 15 og 64 år ⁽³⁰⁾. Nasjonale tall varierer fra 2 % til 37 %. De laveste tallene kommer fra Bulgaria, Malta og Romania og de høyeste fra Danmark (36,5 %), Frankrike (30,6 %), Storbritannia (29,8 %) og Italia (29,3 %) ⁽³¹⁾. Til tross for denne variasjonsbredden rapporterte 12 av de 26 europeiske landene som har lagt fram informasjon om livstidsprevalens, tall mellom 10 % og 25 % ⁽³²⁾.

Hvis vi endrer referansepunkt fra livstid til siste år, falt nivået for rapportert cannabisbruk, men det var likevel høyt. Anslagene tilsier at over 23 millioner voksne i Europa har brukt cannabis i løpet av det siste året, noe som gir et gjennomsnitt på ca. 7 % av alle mellom 15 og 64 år. Nasjonale tall varierer fra 1 % til 11,2 %. De laveste tallene kommer fra Bulgaria, Hellas og Malta, og de høyeste fra Italia (11,2 %), Spania (11,2 %), Den tsjekkiske republikk (9,3 %) og Storbritannia (8,7 %). Det er store variasjoner, men i 13 av de 25 landene som la fram tall for siste års prevalens, rapporterte om en prevalens på mellom 4 % og 9 % (figur 3).

Estimater for prevalens siste måned vil omfatte personer som bruker cannabis mer jevnlig, men ikke nødvendigvis intensivt. Det anslås at 13,4 millioner voksne i Europa har brukt stoffet siste måned, i gjennomsnitt ca. 4 % av alle mellom 15 og 64 år. Tall for de ulike landene varierer mellom 0,5 % og 8,7 %. De laveste tallene rapporteres fra Bulgaria, Malta, Litauen og Sverige, og de høyeste fra Spania (8,7 %), Italia (5,8 %), Storbritannia (5,2 %) og Frankrike (4,8 %). Av de 26 landene som har gitt opplysninger om dette, rapporterte 13 land om prevalenstall for bruk siste måned på mellom 2 % og 6 % ⁽³³⁾.

Cannabisbruk blant unge voksne

Cannabisbruken er uforholdsmessig høy blant unge voksne. Avhengig av hvilket land man ser på, rapporterer mellom 3 % og 49,5 % av alle unge voksne i Europa (15–34 år) å ha brukt cannabis. Mellom 3 % og 20 % rapporterte bruk det siste året, og mellom 1,5 % og 15,5 % rapporterte bruk siste måned. Høyeste livstidsprevalens rapporteres fra Danmark, Frankrike, Storbritannia og Spania, og de høyeste

tallene for siste års prevalens rapporteres fra Spania, Den tsjekkiske republikk, Frankrike og Italia. Gjennomsnittlig 30 % av unge voksne rapporterer livstidserfaring, 13 % bruk siste år og over 7 % rapporterer bruk siste måned. Til sammenligning er estimatene for bruk siste måned og siste år for voksne mellom 35 og 64 år henholdsvis 3 % og 1,6 % ⁽³⁴⁾.

Hvis vi begrenser oss til unge mellom 15 og 24 år, varierer prevalensestimaterne for livstidsbruk mellom 3 % og 44 % (de fleste land rapporterer tall i området 20–40 %). Siste års prevalens varierer fra 4 % til 28 % (i de fleste land 10–25 %), og prevalenstallene for siste måned ligger mellom 1 % og 19 % (i de fleste land 5–12 %). Blant guttene i denne aldersgruppen er prevalenstallene enda høyere. Livstidserfaring ble rapportert av 11–51 % av unge menn (i de fleste land 25–45 %), bruk siste år ble rapportert av 5–35 % (i de fleste land 15–30 %) og bruk siste måned av 1,7–23,7 % (i de fleste land 6–20 %) ⁽³⁵⁾.

Bruksmønstre for cannabis

Bruken av cannabis, som de fleste andre illegale stoffer, er som nevnt betydelig høyere blant unge mennesker, selv om det er store variasjoner landene imellom. Cannabis er også mer utbredt blant gutter enn blant jenter, selv om forskjellen vil være mindre uttalt blant unge. Generelt sett er forholdet menn til kvinner økende i de nyeste målingene, men også her er det store forskjeller mellom landene. For eksempel varierte kjønnsforholdet for rapportert bruk av cannabis siste måned fra 1,5 i Italia til 1,14 i Litauen (se utvalgt aspekt om kjønn og narkotikabruk for 2006).

Mange slutter å bruke cannabis etter en kort periode med eksperimentering, og tallene for bruk går generelt ned etter hvert som folk blir eldre. Tilgjengelige data gjør det imidlertid vanskelig å følge cannabisbrukerne over tid og identifisere endringer i bruksmønstre. Ved å sammenligne rapportert livstidserfaring med nyere målinger av bruk kan man imidlertid få fram visse opplysninger. Denne analysen tilsier at av alle voksne (15–64 år) som noen gang har brukt cannabis, har gjennomsnittlig 32 % gjort dette siste år og 18 % siste måned. Disse tallene, som også blir betegnet som "fortsettelsesrater", varierer mye fra land til land og er påvirket av en rekke faktorer, bl.a. den historiske utviklingen

⁽³⁰⁾ Gjennomsnittet er beregnet på grunnlag av nasjonale prevalenstall vektet for alle innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. Totale tall ble beregnet ved å multiplisere prevalens i den aktuelle befolkningen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig prevalens lagt til grunn. Tallene er sannsynligvis minimumstall, da det kan forekomme underreportering.

⁽³¹⁾ Av praktiske hensyn er tallene for Storbritannia basert på 2005 British Crime Survey (England og Wales). I de statistiske opplysningene vil man også finne tall for Skottland, Nord-Irland og et kombinert estimat for Storbritannia (presentert i Statistiske opplysninger 2007).

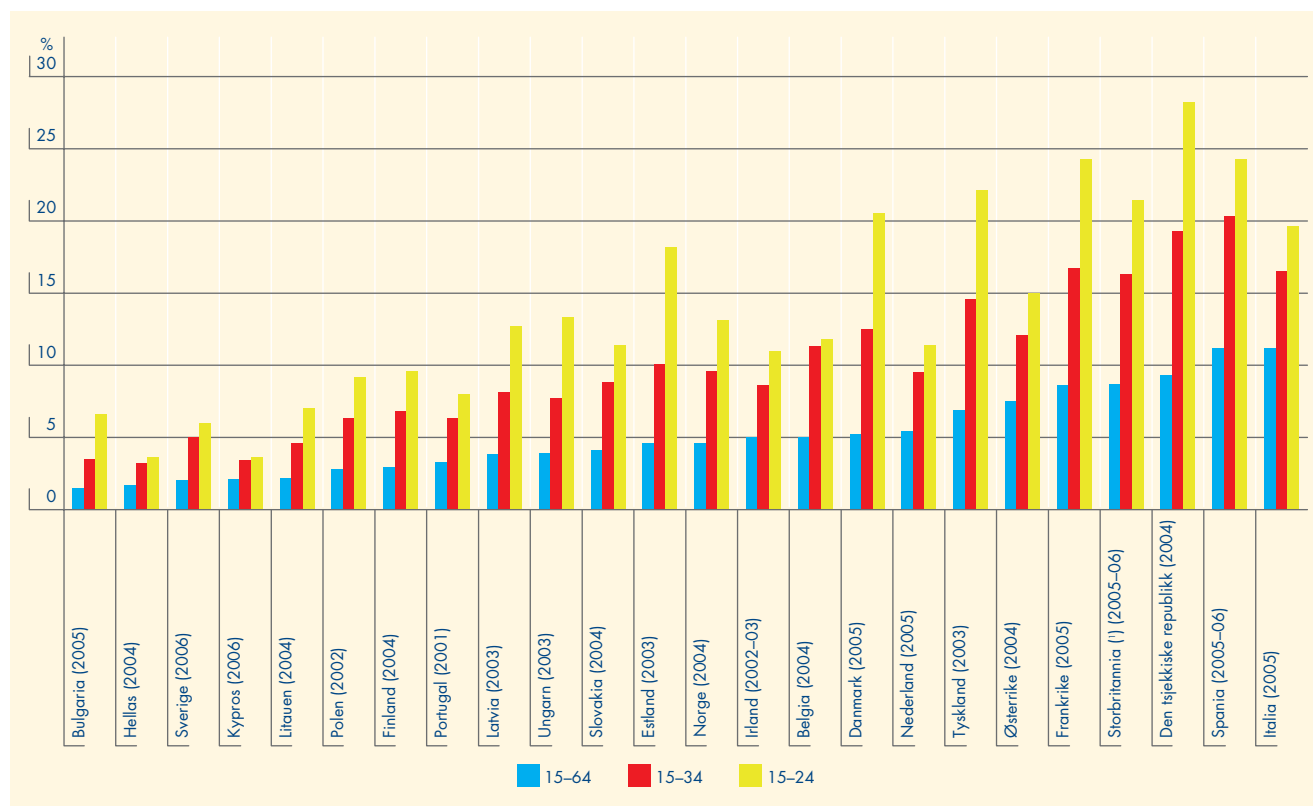
⁽³²⁾ Se tabell GPS-8 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽³³⁾ Se tabell GPS-12 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽³⁴⁾ Se tabell GPS-9, GPS-11 og GPS-13 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽³⁵⁾ Se tabell GPS-17, GPS-18 og GPS-19 og figur GPS-1, GPS-3, GPS-7 og GPS-12 i Statistiske opplysninger 2007.

Fig. 3: Siste års prevalens av cannabisbruk blant alle voksne (15–64 år) og unge voksne (15–34 og 15–24 år)



(*) England og Wales.

NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som var tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Landene er rangert etter generell prevalens (alle voksne). Se tabell GPS-10, GPS-11 og GPS-18 i Statistiske opplysninger 2007 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2006), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

av cannabisbruk i det enkelte land og antallet nye tilfeller. For å forstå hvordan bruken av dette stoffet kan ha betydning for folkehelsen er det viktig å få en forståelse av hvor stor andel av cannabisbrukerne som utvikler et regelmessig og langvarig bruk. På tross av bekymringer for at det er en økning i antallet som bruker stoffet regelmessig eller intensivt ⁽³⁶⁾, har vi ennå svært lite informasjon tilgjengelig som bidrar til å belyse dette området. EONN samarbeider for tiden nært med en rekke medlemsstater for å utvikle en bedre metodologisk tilnærming til spørsmålet. Ut fra et grovt anslag EONN foretok i 2004, basert på begrensede data, vil rundt 1 % av europeiske voksne, eller om lag 3 millioner mennesker, bruke cannabis "daglig eller nesten daglig". Dette estimatet planlegges oppdatert i nær framtid. Flere land har rapportert økninger i regelmessig eller

intensiv cannabisbruk, men bare Spania har rapportert sammenlignbare data for "daglig bruk" ⁽³⁷⁾, som økte fra 0,7 % i 1997 til 2 % i 2006.

Et annet viktig informasjonsbehov på dette området er å bedre forstå faktorene som er forbundet med at folk slutter å bruke cannabis. Som nevnt tidligere, vil de fleste som begynner å bruke cannabis, slutte etter en viss tid. Å forstå faktorene som er forbundet med å slutte, er viktig for utformingen av intervensjoner på dette området. Vi har en del informasjon tilgjengelig. I en fransk spørreundersøkelse fra 2005 kom det bl.a. fram at blant de som noen gang har brukt cannabis, men ikke det siste året, oppga mesteparten (80 %) at mangel på interesse var hovedgrunnen til at de ikke brukte stoffet – til tross for at de fleste voksne (60 %) mente det ville være enkelt for dem å skaffe cannabis hvis de ville.

⁽³⁶⁾ Det finnes ingen universelt akseptert definisjon av "intensiv cannabisbruk". Det er imidlertid et bredt begrep som viser til cannabisbruk som forekommer med en viss hyppighet. Det impliserer ikke nødvendigvis "avhengighet/misbruk" eller andre problemer, men anses å øke risikoen for negative konsekvenser, herunder avhengighet. I dette kapitlet viser tallene til "daglig eller nesten daglig bruk" (definert som bruk 20 eller flere dager av siste 30 dager). Dette målet er ofte brukt i studier og kan utledes av den europeiske spørreskjemamodellen. Pågående metodologiske studier (nasjonalt og i EONN) vil bidra til en bedre forståelse av forholdet mellom intensiv/hyppig bruk og problemer (se boks om utvikling av psykometriske skalaer, s. 42).

⁽³⁷⁾ 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/06 (2 %). Denne målingen (bruk 30 dager i løpet av siste 30 dager) skiller seg fra den tidligere brukte "daglig eller nesten daglig" (20 dager eller mer i løpet av siste 30 dager), som vil gi et høyere estimat. I Frankrike defineres en "regelmessig bruker" som en som har brukt stoffet "10 ganger eller mer i løpet av siste 30 dager" (4,3 % av voksne menn, 1,3 % av voksne kvinner). I Storbritannia anses "hyppig bruk" som "bruk mer enn én gang i måneden siste år", en størrelse som ikke lar seg sammenligne med målingene i denne delen.

Utvikling av psykometriske skalaer i undersøkellesdata for å identifisere intensiv bruk, avhengighet og problematisk cannabisbruk

Beskrivelser av narkotikabruk fra spørreundersøkelser er basert på selvrapportering av atferd over ulike tidsintervaller. Historisk sett har daglig bruk ikke blitt systematisk kartlagt, blant annet fordi prevalensen av cannabisbruk har vært lav i de fleste land. Tilnærmingen som innebærer å fokusere oppmerksomheten på bruk siste måned, tillater ikke presise anslag for antallet intensive brukere. Etter hvert som bruken av cannabis og bekymringer for cannabisproblemer har økt i Europa, må denne tilnærmingen imidlertid vurderes på nytt. Faktisk samler nesten alle EU-landene nå inn informasjon om hvor mange dager stoffet har blitt brukt i løpet av den siste måneden forut for spørreundersøkelsen. Basert på denne informasjonen anslås det at rundt 3 millioner mennesker bruker cannabis daglig eller nesten daglig.

EONN samarbeider med nasjonale eksperter for på grunnlag av befolkningsundersøkelser å forbedre rapporteringen av data over denne typen intensiv bruk. Dette er imidlertid fortsatt ikke et godt nok verktøy for å identifisere de som har problemer eller har utviklet avhengighet på grunn av cannabisbruk. Denne informasjonen er helt avgjørende for å forstå hva cannabisbruk betyr for folkehelsen, og EONNs ekspertgruppe jobber for tiden med dette nøkkelspørsmålet.

Det arbeides nå for å utvikle metoder og et begrepsapparat for å kunne kartlegge "intensive former for narkotikabruk" gjennom befolkningsundersøkelser for lettere å identifisere de som opplever problemer. Enkelte land har nå begynt å måle "avhengighet" eller "problematisk bruk" av cannabis i befolkningen generelt, og pionérprosjekter er igangsatt i Frankrike, Tyskland, Nederland, Polen, Portugal, Storbritannia og nylig i Spania.

Den franske spørreundersøkelsen fra 2005 er et eksempel på hvorfor dette arbeidet er viktig. Den eksperimentelle CAST-skalaen ("cannabis abuse screening test") ble lagt til grunn, og en foreløpig analyse tyder på at inntil 16 % av alle som hadde brukt cannabis siste år og 58 % av daglige brukere, stod i fare for å utvikle problematisk bruk.

Trender i cannabisbruk blant voksne

Mangelen på pålitelige tidsserier i mange land gjør det vanskelig å kartlegge langtidstrender for narkotikabruk i Europa. Siden 1990-tallet har imidlertid stadig flere land igangsatt undersøkelser, og disse begynner nå å gi verdifull innsikt i trender over tid.

Tidsserier på grunnlag av spørreundersøkelser kan belyse utviklingen i cannabisbruk i Europa. Det er funnet store

forskjeller mellom landene når det gjelder utviklingen over tid og popularitetsbølger for stoffet siden det ble populært i 1960-årene⁽³⁸⁾. Et eksempel på dette er data fra Sverige (den nasjonale Reitox-rapporten for 2005), hvor det ble rapportert en relativt høy grad av eksperimentering på 1970-tallet blant vernepliktige og skoleungdom, etterfulgt av en betydelig nedgang på 1980-tallet. Så fulgte en ny oppgang på 1990-tallet til omtrent samme nivå som på 1970-tallet, etterfulgt av en nedgang i de senere år. Finske data avslører en lignende utvikling, med store narkotikabølger på 1960-tallet og så igjen på 1990-tallet.

Av funnene i undersøkelsene kan vi konkludere at cannabisbruken økte markant på 1990-tallet i nesten alle land i EU. Denne økningen fortsatte inntil nylig i mange land. Enkelte land viser imidlertid nå tegn til stabilisering, spesielt innenfor det som kan anses som høyprevalens-gruppen. Et eksempel er Storbritannia, som generelt ofte framstår som et "foregangsland" når det gjelder trender i narkotikabruk. I begynnelsen av 1990-årene skilte Storbritannia seg ut som "høyprevalensland" idet de fleste målinger her avdekket de høyeste prevalenstallene i Europa. Prevalenstallene for siste års bruk blant unge voksne (16–34) stabiliserte seg imidlertid etter 1998 og falt mellom 2003 og 2006 (20,0 % til 16,3 %). I den yngste aldersgruppen (16–24) har vi interessant nok sett en jevn nedgang siden 1998, noe som tyder på at cannabisbruk er blitt mindre populært blant ungdom⁽³⁹⁾.

Etter en periode med jevn økning har nivåene for cannabisbruk i Frankrike, Spania og Italia de siste årene (henholdsvis 2002, 2003 og 2005) begynt å nærme seg Storbritannias prevalensnivåer. Det er igjen ting som tyder på at situasjonen er i ferd med å stabilisere seg: Frankrike rapporterte en nedgang i bruk i 2005, og selv om Spania rapporterer en liten økning fram til 2006, viser de nyeste dataene generelt sett tegn til at trenden kan være i ferd med å flate ut. I Den tsjekkiske republikk, som også har hatt høye prevalenstall, er trendene vanskeligere å vurdere på grunnlag av tilgjengelige data, men informasjonen for unge voksne tyder på at prevalensnivåene kan ha sunket noe.

Blant landene som er rangert i det midtre eller lavere sjiktet når det gjelder siste års prevalens blant unge voksne (15–34 år), viser de nyeste dataene fra Danmark og Nederland en svak nedgang, mens nivåene fremdeles synes å stige i Estland, Tyskland, Ungarn, Slovakia og Norge⁽⁴⁰⁾. De fleste økningene er imidlertid små og generelt mindre framtreddende i de nyeste anslagene.

⁽³⁸⁾ Se også figur 4 i årsrapporten for 2004.

⁽³⁹⁾ Se figur GPS-10 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁴⁰⁾ Se figur GPS-4 i Statistiske opplysninger 2007.

Finland og Sverige er fremdeles blant de landene som rapporterer de laveste nivåene av cannabisbruk, og selv om prevalensestimaterne har gått opp, er det ingen antydning til en tilnærming til landene med høyere prevalens. Økningen som ble observert i Sverige mellom 2000 og 2004 for siste års prevalens blant unge voksne (1,3 % til 5,3 %), var stor, men er vanskelig å tolke grunnet metodologiske endringer i måten undersøkelsen ble utført på, og prevalens tall fra undersøkelser i 2004, 2005 og 2006 tyder på at situasjonen er stabil.

Blant skoleelever

Skoleundersøkelser gir nyttig innsikt i cannabismønstre og trender og viser at nivåene for cannabisbruk gikk opp i mange EU-land på slutten av 1990-tallet og begynnelsen av 2000-tallet.

Det generelle bildet som avtegner seg fra data fra skoleundersøkelser, ligner det som framkommer av undersøkelser blant voksne. Den høyeste livstidsprevalensen for cannabisbruk blant skoleelever i alderen 15–16 år i Europa kommer fra Belgia, Den tsjekkiske republikk, Irland, Spania, Frankrike og Storbritannia, som alle rapporterer om prevalens tall mellom 30 % og 44 %. Tyskland, Italia, Nederland, Slovenia og Slovakia over 25 %. Til forskjell rapporterer Hellas, Kypros, Romania, Sverige, Tyrkia og Norge alle om anslag under 10 % for livstidsprevalens.

Analyser av data fra de tre første ESPAD-undersøkelsene (Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner) (1996–2003) viste tydelige geografiske forskjeller i trendene for livstidsprevalens av cannabisbruk blant skoleelever i alderen 15–16 år. Landene kan klassifiseres i tre geografiske grupper: Irland og Storbritannia, hvor cannabisbruk har pågått i lange tider, har høy livstidsprevalens, men tallene har vært stabile det siste tiåret. Øst- og sentraleuropeiske medlemsstater samt Danmark, Spania, Frankrike, Italia og Portugal fikk en kraftig oppgang i livstidsprevalens for bruk av cannabis i perioden 1995–2003. I den tredje gruppen medlemsstater (Finland og Sverige i nord, Hellas, Kypros og Malta i sør) samt Norge har estimatene for livstidsprevalens blant skoleungdom holdt seg på et relativt lavt nivå (rundt 10 % og mindre). Data fra den neste ESPAD-studien forventes å foreligge neste år.

Bare fire land (Italia, Polen, Sverige og Storbritannia) rapporterte nye data fra nasjonale skoleundersøkelser i 2005, og Belgia rapporterte en undersøkelse fra

Flandern-regionen. I Sverige synes situasjonen å holde seg stabil, og en svak nedgang viste seg i de andre fire undersøkelsene.

Cannabis: behandlingsetterspørsel i tall ⁽⁴¹⁾

Generelle mønstre i etterspørselen etter behandling

Av totalt 326 000 behandlingssøknader rapportert i 2005 (data tilgjengelig fra 21 land), var cannabisbruk oppgitt som den primære årsaken til behandling i ca. 20 % av tilfellene. Dette gjør cannabis til det hyppigst rapporterte stoffet etter heroin. Blant de som har cannabis som primærrusmiddel, er poliklinisk behandling den mest etterspurte ⁽⁴²⁾.

Klienter i behandlingsapparatet har ofte en problematisk bruk av andre stoffer i tillegg til det primærrusmiddelet de søker behandling for. For cannabisbrukere forekommer dette imidlertid sjeldnere, og cannabis klienter er de klientene som oftest rapporteres å bruke bare ett stoff, cannabis. Noen bruker imidlertid cannabis i kombinasjon med andre rusmidler, oftest alkohol (37 %) og amfetamin eller ecstasy (28 %). Etter alkohol (38 %) rapporteres cannabis som det nest oftest nevnte sekundærrusmiddelet blant personer som mottar behandling ⁽⁴³⁾.

Økt etterspørsel etter behandling

Av om lag 130 000 nye søknader om narkotikabehandling representerer cannabis klienter 29 % av alle nye narkotikaklienter, tett etter nye behandlingssøknader for heroin (35 %) (data tilgjengelig fra 22 land) ⁽⁴⁴⁾. Problemer knyttet til tilgjengeligheten av data gjør det vanskelig å kommentere trender med særlig nøyaktighet, men vi kan identifisere hovedtrender i etterspørselen etter behandling for cannabisbruk. Fra 1999 til 2005 er det totale antallet nye og alle rapporterte søknader om behandling omtrent tredoblet. Den stigende trenden synes imidlertid å stabilisere seg i de nyeste dataene. I alle land (unntatt Litauen) er andelen av nye klienter som søker behandling for cannabis som primærrusmiddel, høyere enn den tilsvarende andelen for alle klienter ⁽⁴⁵⁾.

I perioden 1999–2005 økte andelen klienter som søkte behandling for cannabis som primærrusmiddel i alle land som la fram tall (figur 4). Det er imidlertid interessante variasjoner landene imellom. Cannabis nevnes av under 5 %

⁽⁴¹⁾ Analysen av den generelle fordelingen og trendene er basert på data for klienter som søker behandling i alle behandlingssentre. Analysen av klientprofiler og bruksmønstre er hovedsakelig basert på data fra polikliniske behandlingssentre.

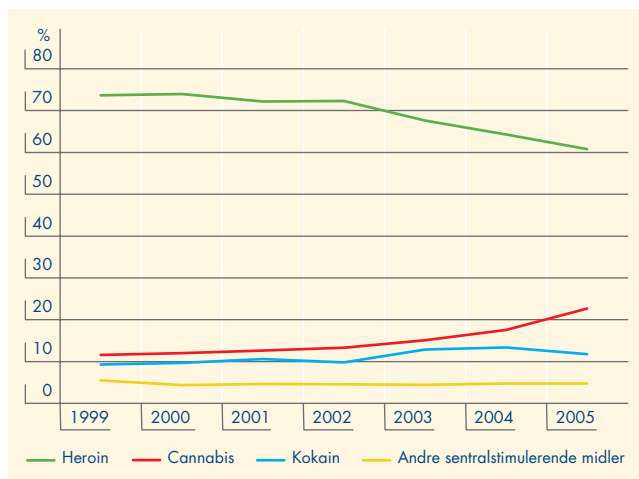
⁽⁴²⁾ Se figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁴³⁾ Se tabell TDI-22 og TDI-23 (del i) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁴⁴⁾ Se figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁴⁵⁾ Se tabell TDI-3 (del iii) og TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

Fig. 4: Trender i mønstre for bruk av behandlingstjenestene (1999–2005) – primærrusmiddel for hvilket klienten ønsker behandling, i prosent av alle søknader



NB: Basert på data fra 21 av EUs medlemsstater: Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Irland, Hellas, Spania, Frankrike, Italia, Kypros, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Malta, Nederland, Romania, Slovenia, Slovakia, Finland, Sverige og Storbritannia. Manglende data er interpolert for hvert land ved å bruke gjennomsnittlig EU-trend i tilgjengelige data for hvert år. For ytterligere informasjon og detaljerte merknader, se figur TDI-3 i Statistiske opplysninger 2007.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

av alle klienter som rapporteres å ha påbegynt behandling i Bulgaria, Litauen, Polen og Romania, og av over 30 % i Ungarn og Frankrike. For de resterende landene var andelen cannabis klienter mellom 5 % og 20 % i tolv land, og i syv land mellom 21 % og 29 %. Når det gjelder nye behandlingssøknader er det også store variasjoner fra et land til et annet. Cannabis var oppgitt av under 10 % av nye klienter i Bulgaria, Litauen, Luxembourg, Polen og Romania og av over 50 % i Danmark, Tyskland, Frankrike og Ungarn ⁽⁴⁶⁾.

Det synes ikke å være noen enkel forklaring på økningen i antallet behandlingssøknader for cannabisbruk. Det er uklart hvorvidt økningen i antallet behandlingssøknader er et resultat av økninger i prevalens av intensiv cannabisbruk og relaterte problemer i befolkningen, så vel som økt bevissthet om risikoene. Andre faktorer kan også spille inn, inkludert bedre datadekning for polikliniske behandlingssentre som tar i mot cannabis klienter, som typisk får inn søknadene om behandling for cannabisbruk, og muligens mer omfattende diagnostisering og rapportering av problematisk cannabisbruk. To andre mulige forklaringer bør også vurderes: diversifiseringen av behandlingstilbudene, f.eks. åpningen av egne sentre for behandling for cannabisbruk i Frankrike i 2004, og økningen i antallet henvisninger fra

strafferettssystemet. Som svar på den økende etterspørselen etter behandling for cannabisbruk har flere land opprettet egne programmer for ungdom der behandlingen ofte er mer tilpasset cannabisbrukerne. I dette tilfellet har økt etterspørsel ført til en utbygging av tilbudet, noe som igjen kan ha ført til økt etterspørsel. Når det gjelder det andre spørsmålet, er henvisninger fra strafferettssystemet ofte relatert til lovbrudd forbundet med cannabisbruk. Forskningsresultat viser at de fleste som henvises til behandling fra strafferettssystemet, har cannabis som sitt primærrusmiddel. Her har økningen i antall henvisninger fra strafferettssystemet bidratt til økt etterspørsel etter behandling for cannabisbruk.

Klientprofiler

Uansett hva som ligger til grunn for den økte etterspørselen etter behandling for cannabisbruk, er det interessant å se på hva som kjennetegner de som søker behandling, selv om de er så få at gruppen på ingen måte kan sies å være representativ. Hvis vi ser på profilen til personer som påbegynner poliklinisk behandling for bruk av cannabis som primærrusmiddel, er det vanligste kjennetegnet at de er unge menn, under utdanning og ikke i arbeid eller arbeidsledige, og at de bor sammen med sine foreldre og ikke har egen bolig ⁽⁴⁷⁾. Sammenlignet med andre narkotikaklienter inneholder gruppen som påbegynner behandling for cannabisbruk, den høyeste andelen menn og de yngste klientene (gjennomsnittsalder 24,5 år). De som påbegynner behandling for første gang, er enda yngre (gjennomsnittsalder 23,8 år). Henholdsvis 67 % og 80 % av klientene i aldersgruppen 15–19 og under 15 år er nye cannabis klienter. De siste tre år er det imidlertid blitt rapportert om en mulig økning i alderen på nye cannabis klienter ⁽⁴⁸⁾. Generelt kan cannabis klientene deles inn i tre grupper: sporadiske brukere (34 %), personer som bruker stoffet én eller flere ganger i uken (27 %), og daglige brukere (39 %).

Det er sannsynlig at forskjellene i den rapporterte bruken av cannabis blant disse klientene kan tilskrives ulike henvisningskanaler til behandlingssystemet, og det spekuleres i om økningen i antallet henvisninger fra domstolene kan knyttes til personer som rapporterer et lavt forbruksnivå idet de påbegynner behandling. Det er forskjeller landene imellom når det gjelder hyppigheten av cannabisbruk, idet halvparten av landene rapporterer at over 30 % av klientene er daglige cannabis brukere, og den andre halvparten rapporterer under 30 %. Nederland, Danmark og Spania har den største andelen regelmessige brukere i behandling, mens Ungarn, Tyskland og Italia rapporterer den høyeste

⁽⁴⁶⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) og TDI-4 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁴⁷⁾ Se tabell TDI-13, TDI-14 og TDI-21 (del i) og (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁴⁸⁾ Se tabell TDI-10 (del i), (del ii) og (del ix) i Statistiske opplysninger 2007, 2006 og 2005.

andelen av sporadiske brukere ⁽⁴⁹⁾. I tillegg – noe vi skal se nedenfor – kan tiltak mot intensiv cannabisbruk ha mer fokus på forebygging enn på behandling, og slike forskjeller i nasjonal praksis kan påvirke det generelle rapporteringsnivået. Dette kan være noe av forklaringen på hvorfor enkelte høyprevalensland rapporterer relativt lave tall for behandling for cannabisbruk.

Tiltak mot cannabisproblemer

Dataene for behandling mot cannabisbruk må sees i sammenheng med hva denne behandlingen består av i Europa. For tiden omfatter den hele spekteret: fra kortvarige intervensjoner til behandling i døgninstitusjon. Noen av programmene er like orientert mot forebygging og skadereduksjon som mot behandling av selve narkotikaproblemet.

Å identifisere risikoutsatte personer og iverksette tiltak tidlig er en viktig komponent i alle narkotikaprogrammer, og skolelærerne kan være blant de første som identifiserer cannabisbruk blant elevene. Tyskland, Italia og Polen har alle utviklet egne programmer for lærere som setter dem i stand til å reagere på cannabisbruk og søke hjelp hos spesialister ved behov.

Det finnes ikke noe godt evidensgrunnlag når det gjelder praksis innen behandling for cannabisbruk, og forskningsstudier på området er begrenset og i hovedsak basert på erfaringer fra USA og Australia. I Europa er kortvarig poliklinisk behandling, rådgivning, skolebaserte programmer samt oppsøkende og forebyggende virksomhet de vanligste tilnærmingene til cannabisproblemer. Generelt synes tiltakene å være basert på korte intervensjoner som benytter en kombinasjon av motiverende intervjuetikk og elementer fra kognitiv atferdsterapi. Det er ingen bred enighet om hva som er effektiv praksis, men enkelte studier har antydning at denne tilnærmingen kan være nyttig. Et europeisk tiltak av denne typen er INCANT-prosjektet, hvor Belgia, Frankrike, Tyskland, Nederland og Sveits har samarbeidet om å undersøke effekten av multidimensjonal familierapi (MDFT) på cannabisbrukere. Etter en positiv vurdering av prosjektets pilotfase (Rigter, 2005) har prosjektet ekspandert til et flerstedes, randomisert kontrollert forsøk hvor MDFT sammenlignes med standard behandlingsmetoder for cannabisbruk.

Bare 13 medlemsstater rapporterer at de har et særskilt behandlingstilbud for problematiske cannabisbrukere, noe som tilsier at de fleste cannabisbrukere deltar

i generelle narkotikaprogrammer eller almenne helse- eller ungdomstiltak. Det har framkommet bekymring for at det kan være lite hensiktsmessig å behandle unge cannabisbrukere i et generelt narkotikatilbud dersom dette medfører at klientene omgås eldre, problematiske brukere av andre rusmidler. I hvilken grad dette er et problem, er fortsatt uklart, men det er viktig å ta hensyn til dette aspektet når man planlegger nye tiltak.

Frankrike har et spesialisert tilbud for cannabisbrukere, og 250 konsultasjonssentre ble opprettet i 2005. Disse sentrene behandler nå anslagsvis 2 900 klienter i måneden. Ca. en tredel av klientene (31 %) har selv meldt seg til behandling, en tredel er henvist av en tredjeperson (31 %) og litt over en tredjedel er henvist fra rettsapparatet (38 %). Av andre eksempler på egne behandlingsprogrammer for cannabisbrukere kan nevnes Maria Ungdom i Sverige, som tilbyr unge problematiske cannabisbrukere et rådgivningsprogram etterfulgt av støttetimer. I Tyskland har siden januar 2006 en modulbasert behandling av cannabisrelaterte lidelser hos ungdom (Candis) blitt utviklet ved forskningspoliklinikken i Dresden (Dresdner Forschungsambulanz).

Halvtvungne intervensjoner

Til tross for en generell utvikling der cannabisbrukere som kommer i kontakt med strafferettssystemet henvises til behandling og rådgivningstjenester heller enn straff, er disse ordningene svært ulikt utbygd og organisert i Europa, og bare noen få land (Tyskland, Frankrike, Luxembourg, Østerrike og Sverige) rapporterer at de tilbyr strukturerte programmer eller tjenester.

For cannabisbrukere som henvises fra domstolene, er behandlingsintervensjoner ikke den eneste typen tiltak som rapporteres. I noen land tilbys sporadiske brukere intensiv kursing. For eksempel rapporterer Tyskland, Østerrike og Luxembourg alle om kurs for å hjelpe cannabisbrukerne til å endre oppfatninger og bruksmønstre ⁽⁵⁰⁾.

Nye kommunikasjonsstrategier for arbeid med cannabisbrukere

En rekke nyskapende programmer i Europa forsøker å ta i bruk nye kommunikasjonsverktøy i arbeidet med cannabisbrukere. I noen land (Tyskland og Storbritannia) har man utviklet internettbaserte, kortvarige intervensjoner som lar cannabisbrukerne foreta en gjennomgang av cannabisbruken og selv identifisere problemer. Et eksempel på denne tilnærmingen er det tyske "Quit the shit" ⁽⁵¹⁾,

⁽⁴⁹⁾ Se tabell TDI-18 (del iii) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁵⁰⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/

⁽⁵¹⁾ <http://www.drugcom.de>

som tilbyr støtte til cannabisbrukere som ønsker å slutte. En evalueringsstudie fant at de som benyttet denne tjenesten, rapporterte om redusert cannabisforbruk, både når det gjaldt mengden de brukte og antallet dager bruken forekom.

Danmark har SMASH, et anonymt støtte- og rådgivningsprosjekt for unge cannabisbrukere, som tar sikte på å redusere skadevirkninger og tilby informasjon og hjelp

til å slutte med cannabisrøyking ⁽⁵²⁾. Prosjektet er basert på at man abonnerer på to SMS-pakker. Den første ("hashfacts") gir faktainformasjon om cannabisbruk, og den andre tilbyr støtte og motivasjon for de som prøver å slutte med å bruke narkotika. Ungdom kan også få personlig coaching via tekstmeldinger som en hjelp til å slutte med eller redusere bruken av cannabis. En lignende tjeneste tilbys i Irland, men her er fokuset på informasjonsspredning.

Narkotikabruk blant mindreårige, i EONNs utvalgte aspekt for 2007

Det utvalgte aspektet om bruk av narkotika blant svært unge europeere (under 15 år) viser at prevalensen av narkotikabruk i denne aldersgruppen er lav, og at det hovedsakelig dreier seg om eksperimentering. Regelmessig narkotikabruk hos svært unge personer er sjelden og forekommer oftest i den mest problembelastede delen av befolkningen.

De vanligste tiltakene mot narkotikabruk hos personer under 15 år er strategier som baserer seg på forebygging og tidlig

intervensjon. I det utvalgte aspektet anslås det likevel at rundt 4 000 svært unge mennesker mottar narkotikabehandling i Europa. Narkotikabehandling skreddersydd etter behovene til unge personer forekommer bare unntaksvis, men de fleste landene i Europa erkjenner behovet for slike programmer.

Det utvalgte aspektet ser også på hvordan europeisk folkehelsepolitikk har tatt inn over seg forbindelsen mellom inntak i ung alder av lovlige og ulovlige psykoaktive stoffer og stoffavhengighet senere i livet.

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave og på internett (bare på engelsk) (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

⁽⁵²⁾ <http://www.smash.name>



Kapittel 4

Amfetamin, ecstasy og LSD

I mange europeiske land er en eller annen form for syntetisk produsert stoff det nest vanligste illegale stoffet som brukes. På europeisk plan er det imidlertid nå flere brukere av kokain. Bruken av disse stoffene i befolkningen generelt er typisk lav, men prevalensen i yngre aldersgrupper er signifikant høyere, og i noen sosiale miljøer eller kulturelle grupper kan bruken av slike stoffer være særlig utbredt. Generelt er amfetamin (amfetamin og metamfetamin) og ecstasy de mest brukte illegale syntetiske stoffene.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet. Av de to stoffene er amfetamin lettest tilgjengelig i Europa, mens omfattende bruk av metamfetamin synes å være begrenset til Den tsjekkiske republikk og Slovakia.

Amfetamin og metamfetamin: likheter og ulikheter

Hovedrepresentantene for amfetamingruppen på det illegale narkotikamarkedet er amfetamin og metamfetamin (samt salter av disse), to nært beslektede syntetiske stoffer som tilhører fenetylaminfamilien. Begge stoffene stimulerer sentralnervesystemet og er identiske når det gjelder virkemåte, oppførselsmessige effekter, toleranse, avvenning og virkningen av langvarig (kronisk) bruk. Amfetamin er ikke like sterkt som metamfetamin, men i ukontrollerte situasjoner er virkningen omtrent lik.

Amfetamin- og metamfetaminprodukter forekommer hovedsakelig i pulverform, men "ice", det rene, krystallinske hydrokloridsaltet av metamfetamin, forekommer også. Tabletter som inneholder enten amfetamin eller metamfetamin, kan ha logoer som ligner MDMA og andre ecstasytabletter.

Amfetamin og metamfetamin er tilgjengelig i en fysisk form som gjør at de kan svelges, sniffes, inhaleres eller (sjeldnere) injiseres. I motsetning til amfetamin, som er et sulfatsalt, er metamfetamin et hydroklorid og derfor flyktig nok til å kunne røykes, særlig i krystallformen ("ice").

Kilde: EONNs narkotikaprofiler (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=25328>).

Ecstasy er et syntetisk stoff som er kjemisk beslektet med amfetamin, men med til dels andre virkninger. Det mest kjente stoffet i ecstasygruppen er 3,4-metylendioksyametamin (MDMA), men det er også påvist andre analoger i ecstasytabletter (MDA, MDEA). Prevalensen av ecstasybruk i EU har vært på vei opp siden 1990-tallet.

Historisk sett har lysergsyredietylamid (LSD) vært det mest kjente hallusinogene stoffet, men bruken av LSD har generelt vært lav og ganske stabil over lengre tid. I det siste har det framkommet bevis for at tilgjengeligheten og bruken av naturlig forekommende hallusinogener, spesielt hallusinogene sopper, har økt.

Tilbud og tilgjengelighet ⁽⁵³⁾

Amfetamin

Det ble produsert anslagsvis 88 tonn amfetamin i verden i 2005 (UNODC, 2007). Selv om ulovlig framstilling nå også forekommer andre deler av verden, skjer det meste av produksjonen i Vest- og Sentral-Europa. Både Belgia, Bulgaria, Tyskland, Estland, Litauen, Nederland og Polen destruerte ulovlige amfetaminlaboratorier i 2005. Amfetaminet som beslaglegges i Europa, kommer hovedsakelig fra Belgia, Nederland og Polen, og i noen grad fra Estland og Litauen.

Det ble beslaglagt 12,9 tonn amfetamin i verden i 2005, mesteparten i to regioner: Vest- og Sentral-Europa samt Øst- og Sørøst-Asia.

Samme år ble det gjort anslagsvis 40 300 beslag av amfetamin i Europa, tilsvarende 6,6 tonn. Fram til 2004 har Storbritannia konsekvent stått for det største antallet beslag og de største beslaglagte mengdene amfetamin i Europa. Det har svingt litt opp og ned, men tendensen er likevel at både antallet amfetaminbeslag og beslaglagte kvanta har gått opp i Europa siden 2000 ⁽⁵⁴⁾. I 2005 registrerte de fleste rapporterende landene imidlertid en fallende trend i antallet amfetaminbeslag. Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia for 2005 når disse blir lagt fram.

⁽⁵³⁾ For informasjon om tolking av beslags- og markedsdata, se s. 37. Data om beslag og beslaglagte mengder av amfetamin, ecstasy og LSD er ikke tilgjengelig for alle land for 2005. For ytterligere informasjon, se (beslag)tabeller i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁵⁴⁾ Se tabell SZR-11 og SZR-12 i Statistiske opplysninger 2007.

Internasjonale tiltak mot produksjon av og handel med narkotikaprekursorer

Flere internasjonale tiltak er etablert for å forebygge handel med prekursorer til bruk i den illegale produksjonen av narkotika. Project Cohesion fokuserer på kaliumpermanganat (som inngår i produksjonen av kokain) og eddiksyre (brukes i produksjonen av heroin), mens Project Prism retter seg mot prekursorer til bruk i framstillingen av syntetiske stoffer⁽¹⁾. Alle dataene nedenfor kommer fra INCB-rapporten om prekursorer (INCB, 2007b).

De globale beslagene av kaliumpermanganat i 2005 er de største som noen gang er rapportert til INCB. 16 land beslagla 183 tonn, nesten alt utenfor Europa.

Europa stod bare for en liten andel av de 22 400 literne med eddiksyre som ble beslaglagt i verden i 2005.

I 2005 mottok INCB rapporter om beslag av 41 tonn efedrin og pseudoefedrin, de viktigste prekursorer for metamfetamin. De fleste beslagene ble gjort i Kina, mens EUs medlemsstater (hovedsakelig Hellas, Bulgaria, Romania og Den tsjekkiske republikk) samt Den russiske føderasjon stod for 1,7 tonn.

På verdensbasis ble det i 2005 beslaglagt 2 900 liter 1-fenyl-2-propanon (P-2-P), som brukes i den illegale produksjonen av metamfetamin og amfetamin. Europeiske land stod for om lag 1 700 liter (hovedsakelig Tyskland og Nederland).

Europas andel av de globale beslagene av 3,4-metylendioksi-fenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), som brukes til framstilling av MDMA, sank i 2005 til 38 %, eller 5 100 liter (det meste i Frankrike og Nederland). De økte beslagene av 3,4-MDP-2-P i andre regioner tyder på at den illegale produksjonen av MDMA sprer seg ut over Europas grenser.

(1) Alle klassifisert i tabell 1 i FN-konvensjonen av 1988.

I 2005 varierte gjennomsnittlig eller typisk pris på amfetamin fra EUR 7 pr. gram til EUR 37,5 pr. gram. De fleste europeiske land rapporterte om en pris på EUR 10–20 pr. gram⁽⁵⁵⁾. Korrigeret for inflasjon sank gjennomsnittsprisen på amfetamin i perioden 2000–05 i de fleste av de 17 landene som la fram et tilstrekkelig tallmateriale.

Det var store variasjoner i gjennomsnittlig eller typisk renhet på amfetamin i 2005, men de fleste europeiske landene rapporterte om en renhet på mellom 15 % og 50 %⁽⁵⁶⁾.

Metamfetamin

På verdensbasis ble det produsert anslagsvis 278 tonn metamfetamin i 2005. Produksjonen foregår hovedsakelig i Øst- og Sørøst-Asia samt i Nord-Amerika. Mesteparten av den illegale produksjonen av metamfetamin i Europa foregår i Den tsjekkiske republikk (under det lokale navnet "pervitin"), men det har også blitt rapportert om produksjon i Litauen, Moldova og Slovakia (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

I 2005 økte beslagene av metamfetamin på verdensbasis til anslagsvis 17,1 tonn. Over halvparten av beslagene ble gjort i Øst- og Sørøst-Asia (Kina, Thailand) og en tredel i Nord-Amerika (USA). Samme år ble det gjort anslagsvis 2 200 beslag, tilsvarende ca. 104 kg metamfetamin, i 15 europeiske land⁽⁵⁷⁾. Norge og Sverige sto for det største antallet beslag og de største beslaglagte mengdene av metamfetamin.

Gjennomsnittlig eller typisk pris på metamfetamin (rapportert av bare et fåtall land) varierte i 2005 mellom EUR 5 og EUR 35 pr. gram. De fleste landene rapporterte en gjennomsnittlig eller typisk renhet på metamfetamin i området 30–65 %⁽⁵⁸⁾.

Ecstasy

På verdensbasis ble det produsert anslagsvis 113 tonn amfetamin i 2005 (UNODC, 2007). Selv om Europa fortsatt er sentrum for verdens produksjon av ecstasy, synes Europas relative betydning å avta i takt med at ecstasyproduksjonen i andre deler av verden har tatt seg opp, særlig i Nord-Amerika, Øst- og Sørøst-Asia og Oseania (CND, 2006; UNODC, 2006). I Europa finner ecstasyproduksjon hovedsakelig sted i Nederland (selv om det rapporteres om tegn på en nedgang i produksjonen her), etterfulgt av Belgia. Ecstasyen som ble beslaglagt i Europa i 2005, rapporteres å komme fra disse to landene og i noen mindre grad fra Polen og Storbritannia.

Det ble beslaglagt anslagsvis 5,3 tonn ecstasy i verden i 2005, og mesteparten beslaglegges fremdeles i Vest- og Sentral-Europa (38 %), etterfulgt av Oseania (27 %) og Nord-Amerika (20 %).

(55) Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2007.

(56) Se tabell PPP-8 i Statistiske opplysninger 2007. Merk at rapportert gjennomsnittlig renhet kan skjule store variasjoner i renheten på de analyserte prøvene av amfetamin.

(57) Data var ikke tilgjengelig for Storbritannia for 2005, og anslag er derfor beregnet med utgangspunkt i data for 2004. Se tabell SZR-17 og SZR-18 i Statistiske opplysninger 2007.

(58) Se tabell PPP-4 og PPP-8 i Statistiske opplysninger 2007.

Ca. 16,3 millioner ecstasytabletter ble tatt i anslagsvis 26 500 beslag i Europa i 2005 ⁽⁵⁹⁾. De største beslagene av ecstasy skjer fortsatt i Storbritannia, Belgia, Nederland og Tyskland. Etter en topp i 2001 har beslagene av ecstasy i Europa igjen økt siden 2003. Den totale beslaglagte mengden ecstasy har ligget rundt 20 millioner tabletter i året i perioden 2000 til 2004. Tilgjengelige data viser imidlertid en nedgang i 2005 i beslaglagte mengder ecstasy i de fleste landene. Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia for 2005 når disse blir lagt fram.

Gjennomsnittlig eller typisk pris for en ecstasytablett varierte fra under EUR 3 pr. tablett til EUR 15 i 2005 ⁽⁶⁰⁾. I de fleste av de 21 landene som har lagt fram tilstrekkelige data, sank gjennomsnittsprisen på ecstasy i perioden 2000–05 korrigert for inflasjon.

De fleste ecstasytablettene i Europa i 2005 inneholdt MDMD eller et annet ecstasylignende stoff (MDEA, MDA), og vanligvis ingen andre psykoaktive stoffer. I ti av medlemsstatene utgjorde slike tabletter mer enn 80 % av det totale antallet analyserte tabletter. Det finnes noen unntak: I Slovenia forekommer MDMA/MDEA/MDA oftest i kombinasjon med amfetamin og/eller metamfetamin, mens i Polen er amfetamin og/eller metamfetamin oftere det eneste psykoaktive stoffet i de analyserte tablettene. MDMA-innholdet i ecstasytabletter varierer meget fra parti til parti (sågar i partier med samme logo) både innenfor det enkelte land og landene imellom. I de rapporterende landene inneholdt i 2005 en ecstasytablett gjennomsnittlig, eller typisk, mellom 2 og 130 mg MDMA. I de fleste landene var gjennomsnittet mellom 30 og 80 mg MDMA.

LSD

Etter flere år med kontinuerlig nedgang har både antallet beslag og de beslaglagte mengdene LSD økt siden 2003 ⁽⁶¹⁾. LSD produseres og selges i mye mindre omfang enn andre syntetiske stoffer. Likevel ble det i Europa i 2005 gjort anslagsvis 800 beslag, tilsvarende 850 000 LSD-enheter, og Nederland sto for ca. 75 % av den totale beslaglagte mengden. Gjennomsnittlig eller typisk pris for en enhet LSD varierte fra EUR 4 til EUR 30 ⁽⁶²⁾.

Prevalens og mønstre i befolkningen generelt og blant ungdom

Målinger av nyere bruk viser at ecstasy nå er det mest brukte syntetiske stoffet i 17 europeiske land, amfetamin i ni land ⁽⁶³⁾. Livstidsprevalensen for bruk av amfetamin noen gang er vanligvis høyere, noe som viser hvordan ecstasy i den senere tid har spredt seg på det illegale narkotikamarkedet i Europa. Data fra skoleundersøkelser tilsier at skoleelevers bruk av ecstasy, amfetamin og andre psykotrope stoffer enn cannabis begrenser seg til et par enkeltindivider. Skoleelever som har prøvd ecstasy rapporterer f.eks. prevalensrater for bruk av kokain og hallusinogene stoffer som er mer enn 20 ganger høyere enn i den generelle elevbefolkningen ⁽⁶⁴⁾ og om lag fem ganger høyere enn blant de som bare har prøvd cannabis.

Blant EUs medlemsstater synes bruken av amfetamin og ecstasy å være relativt høy bare i noen få land: Den tsjekkiske republikk, Estland og Storbritannia, og i mindre grad Latvia og Nederland.

Amfetamin

Nyere undersøkelser blant den voksne befolkningen rapporterer at i Europa varierer livstidsprevalensen for bruk av amfetamin fra 0,1 % til 3,6 % av alle voksne (15–64 år), unntatt i Danmark (6,9 %) og Storbritannia (England og Wales), hvor tallet er 11,5 % (dette gjenspeiler høyere utbredelse av tidligere bruk – aktuell bruk er mer i tråd med andre land). Landene med de nest høyeste tallene er Norge (3,6 %), Tyskland og Spania (3,4 %). I gjennomsnitt har nærmere 3,5 % av Europas voksne befolkning brukt amfetamin minst én gang ⁽⁶⁵⁾. Tallene for bruk siste år er mye lavere: i snitt 0,7 % (mellom 0 og 1,3 %). Data fra generelle befolkningsundersøkelser tyder på at grovt regnet 11 millioner mennesker har prøvd amfetamin, og at om lag 2 millioner europeere har brukt stoffet det siste året.

Blant unge voksne (15–34 år) rapporterer 0,2–16,8 % å noen gang ha brukt amfetamin. Hvis tallene fra Storbritannia (England og Wales) (16,8 %) og Danmark (12,7 %) holdes utenfor, kommer vi ned i bare

⁽⁵⁹⁾ Se tabell SZR-13 og SZR-14 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁶⁰⁾ Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁶¹⁾ Se tabell SZR-15 og SZR-16 i Statistiske opplysninger 2007.

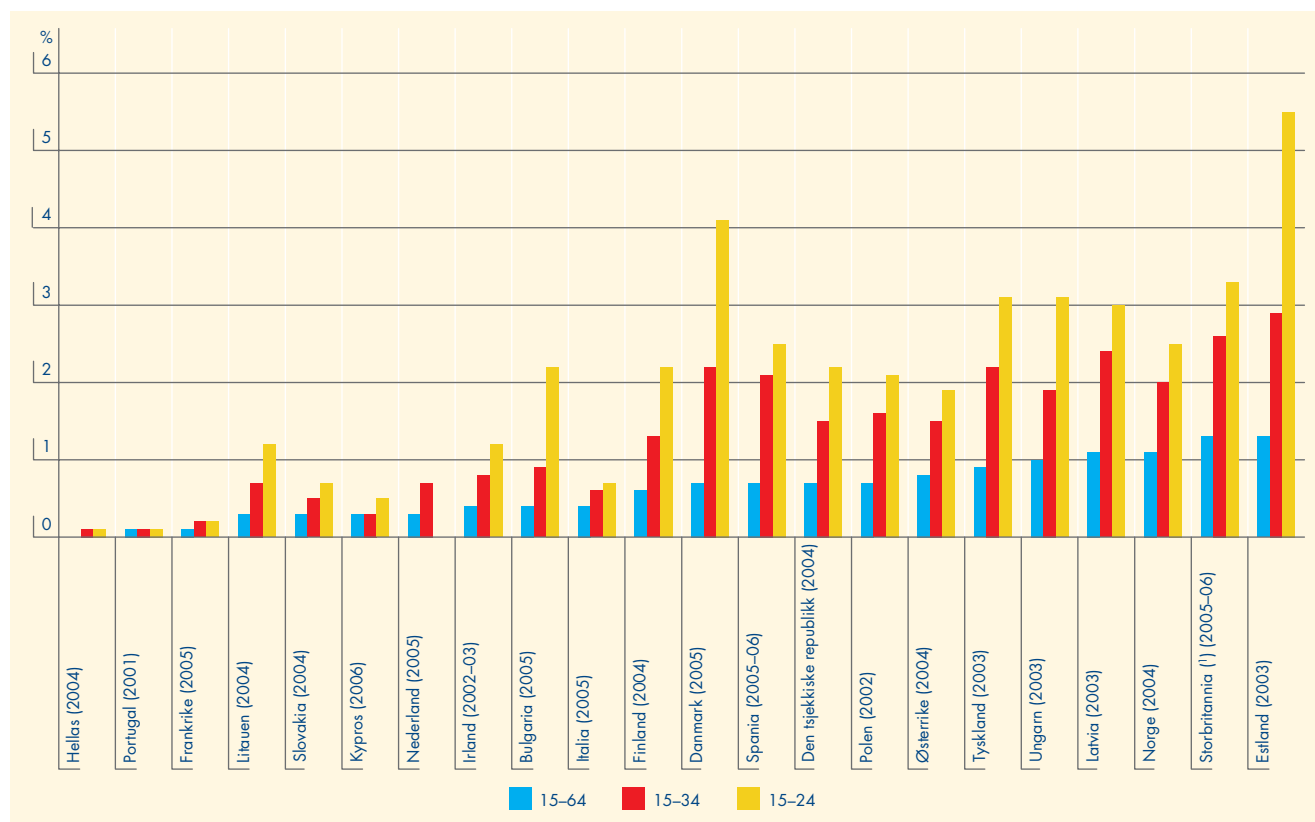
⁽⁶²⁾ Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁶³⁾ Undersøkellesdata om "amfetaminbruk" skiller ofte ikke mellom amfetamin og metamfetamin, men dataene vil oftest gjelde amfetamin (sulfat eller deksamfetamin), da bruk av metamfetamin bare forekommer sjelden.

⁽⁶⁴⁾ Se figur EYE-1 (del iv) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁶⁵⁾ For beregningsmetode, se fotnote ⁽³⁰⁾.

Fig. 5: Siste års prevalens av amfetaminbruk blant alle voksne (15–64 år) og unge voksne (15–34 og 15–24 år)



(1) England og Wales.

NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som var tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Landene er rangert etter generell (alle voksne) prevalens. Se tabell GPS-10, GPS-11 og GPS-18 i Statistiske opplysninger 2007 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2006), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

0,2–5,9 %⁽⁶⁶⁾. Halvparten av landene som har lagt frem opplysninger om dette, rapporterer om en prevalens på under 4 %. De høyeste tallene etter Storbritannia og Danmark rapporteres fra Norge (5,9 %), Tyskland (5,4 %) og Latvia (5,3 %). I gjennomsnitt har 5,1 % av Europas voksne befolkning prøvd amfetamin⁽⁶⁷⁾. Bruk siste år i denne aldersgruppen varierer fra 0,1 % til 2,9 %. De høyeste prevalenstallene kommer fra Estland (2,9 %), Storbritannia (2,6 %) og Latvia (2,4 %) (figur 5). Det er verdt å merke seg at når man betrakter siste års bruk, er tallene fra Storbritannia og Danmark mer i tråd med tallene fra de andre landene. Det er anslått at gjennomsnittlig 1,5 % av alle voksne europeere har brukt amfetamin i løpet av det siste året.

Bare Finland kan legge fram et noenlunde ferskt estimat over problematisk bruk av amfetamin (definert som injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk), som i 2002 ble anslått til mellom 10 900 og 18 500 problematiske amfetaminbrukere (3,1–5,3 tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64 år), eller nærmere tre ganger så mange som problematiske opioidbrukere.

Metamfetamin

Europa synes å ha begrenset bruk av metamfetamin sammenlignet med situasjonen internasjonalt, hvor det har vært en økning i bruken av dette stoffet i de senere år. Europeiske land er imidlertid bekymret for at bruken av dette stoffet kan øke i medlemsstatene og har igangsatt forebyggende tiltak. Storbritannia har f.eks. vedtatt å reklassifisere metamfetamin til A-preparat i det nasjonale klassifiseringssystemet, dvs. de skadeligste stoffene.

Historisk sett har bruken av metamfetamin i Europa vært konsentrert til Den tsjekkiske republikk og i noen grad Slovakia. Disse to landene er de eneste som har lagt fram estimater over problematisk metamfetaminbruk. I 2005 hadde Den tsjekkiske republikk anslagsvis 18 400–24 000 metamfetaminbrukere i (2,5–3,2 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år), dvs. dobbelt så mange som problematiske opioidbrukere. Slovakia hadde 6 000–14 000 metamfetaminbrukere (1,5–3,7 tilfeller pr. 1 000 innb. i alderen 16–64 år), som er noe lavere enn anslaget over opioidbrukere. I Slovakia har Metamfetamin

⁽⁶⁶⁾ Se tabell GPS-9 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁶⁷⁾ Se figur GPS-18 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

blitt det hyppigst brukte primærrusmiddelet blant klienter som søker behandling for første gang, og utbredt metamfetaminbruk er også rapportert i enkelte undergrupper av befolkningen i Ungarn.

I andre deler av Europa blir det ikke rapportert om metamfetaminbruk av noe omfang. To viktige forhold spiller inn her: De fleste undersøkelser skiller ikke mellom bruk av metamfetamin og bruk av amfetamin. I tillegg har metamfetamin i noen tilfeller forekommet i tablettform solgt som ecstasy, slik at det kan ha blitt inntatt uforvarende ⁽⁶⁸⁾.

Ecstasy

0,3–7,2 % av Europas voksne har prøvd ecstasy. Halvparten av landene rapporterer om en livstidsprevalens på 2,5 % eller lavere. Høyest prevalens rapporteres fra Storbritannia (7,2 %), Den tsjekkiske republikk (7,1 %), Spania (4,4 %) og Nederland (4,3 %). Siste års bruk av ecstasy varierer fra 0,2 % til 3,5 % av voksne. De høyeste tallene rapporteres av Den tsjekkiske republikk (3,5 %), Estland (1,7 %) og Storbritannia (1,6 %), men halvparten av landene rapporterer om en prevalens på 0,5 % eller lavere. Det anslås at nærmere 9,5 millioner europeere (gjennomsnitt 3 %) har prøvd ecstasy, og at nesten 3 millioner har brukt ecstasy i løpet av det siste året.

Blant unge voksne (15–34 år) varierer livstidsprevalensen for ecstasybruk fra 0,5 % til 14,6 %. De høyeste tallene rapporteres fra Den tsjekkiske republikk (14,6 %), Storbritannia (13,3 %) og Nederland (8,1 %) ⁽⁶⁹⁾. I snitt har over 5 % av Europas voksne befolkning prøvd ecstasy.

I aldersgruppen 15–24 år varierer livstidsprevalensen for ecstasy fra 0,4 % til 18,7 %. De høyeste tallene rapporteres fra Den tsjekkiske republikk (18,7 %), Storbritannia (10,4 %) og Ungarn (7,9 %) ⁽⁷⁰⁾. Bruk siste år i denne gruppen ligger mellom 0,3 % og 12 %. De høyeste tallene kommer fra Den tsjekkiske republikk (12,0 %) og Estland (6,1 %) (figur 6).

I aldersgruppen 15–24 år er livstidsprevalensen for ecstasy høyere blant menn (0,3–23,2 %) enn kvinner (0,3–13,9 %). I nyere skoleundersøkelser inntraff økningene i livstidsprevalens for ecstasy omtrent parallelt hos mannlige og kvinnelige skoleelever, men kjønnsforskjellene øker

gradvis med alderen. Blant ungdom kan en liten aldersøkning medføre store økninger i prevalensnivå. Tilgjengelige data fra 16 land viser at 17–18-årige skoleelever i de fleste tilfeller har betydelig høyere livstidsprevalens for ecstasybruk enn sine yngre medelever ⁽⁷¹⁾.

LSD

Tallene for livstids erfaring med LSD blant voksne varierte mellom 0,2 % og 5,5 %. For to tredeler av landene lå livstidsprevalensen mellom 0,4 % og 1,7 %. Unge voksne (15–34 år) hadde en livstidsprevalens for bruk av LSD på mellom 0,3 % og 7,6 %, og i aldersgruppen 15–24 varierte den mellom 0 % og 4,2 %. Tallene for siste års bruk av stoffet er lave: I aldersgruppen 15–24 er livstidsprevalensen over 1 % i bare 7 land (Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Estland, Italia, Latvia, Ungarn og Polen).

Trender

I Europa generelt er det vedvarende bevis på at trenden for amfetamin- og ecstasybruk er stabil eller synkende. Amfetaminbruk blant unge voksne (15–34) har gått betraktelig ned i Storbritannia (England og Wales) siden 1996, og i noen mindre grad i Danmark og Den tsjekkiske republikk. I andre land er prevalensen relativt stabil, selv om det rapporteres om små økninger ⁽⁷²⁾.

Situasjonen for ecstasybruk blant unge voksne (15–34) er mer variert ⁽⁷³⁾. Etter en generell økning i bruken av ecstasy på 1990-tallet har flere land, herunder høyprevalenslandene Spania og Storbritannia, rapportert om en viss utflating eller til og med nedgang. I noen land er det tegn på fallende prevalens i aldersgruppen 15–24 år, men ikke i aldersgruppen 15–34 år ⁽⁷⁴⁾, noe som tyder på at stoffet kan ha blitt mindre populært i de yngre aldersgruppene. Ut fra dataene fra noen av landene (Spania, Danmark og Storbritannia) blir det naturlig å spørre hvorvidt kokain har erstattet amfetamin og ecstasy som det foretrukne sentralstimulerende stoffet ⁽⁷⁵⁾.

I nasjonale og regionale skoleundersøkelser som nylig er blitt tilgjengelige, rapportert i 2006, (Italia, Polen, Sverige og Flandern i Belgia), er det ingen endring, eller en viss nedgang, i livstidsbruk av amfetamin og ecstasy ⁽⁷⁶⁾.

⁽⁶⁸⁾ Se "Amfetamin og metamfetamin: likheter og ulikheter", s. 48.

⁽⁶⁹⁾ Se tabell GPS-9 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷⁰⁾ Se tabell GPS-17 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷¹⁾ Se figur EYE-1 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

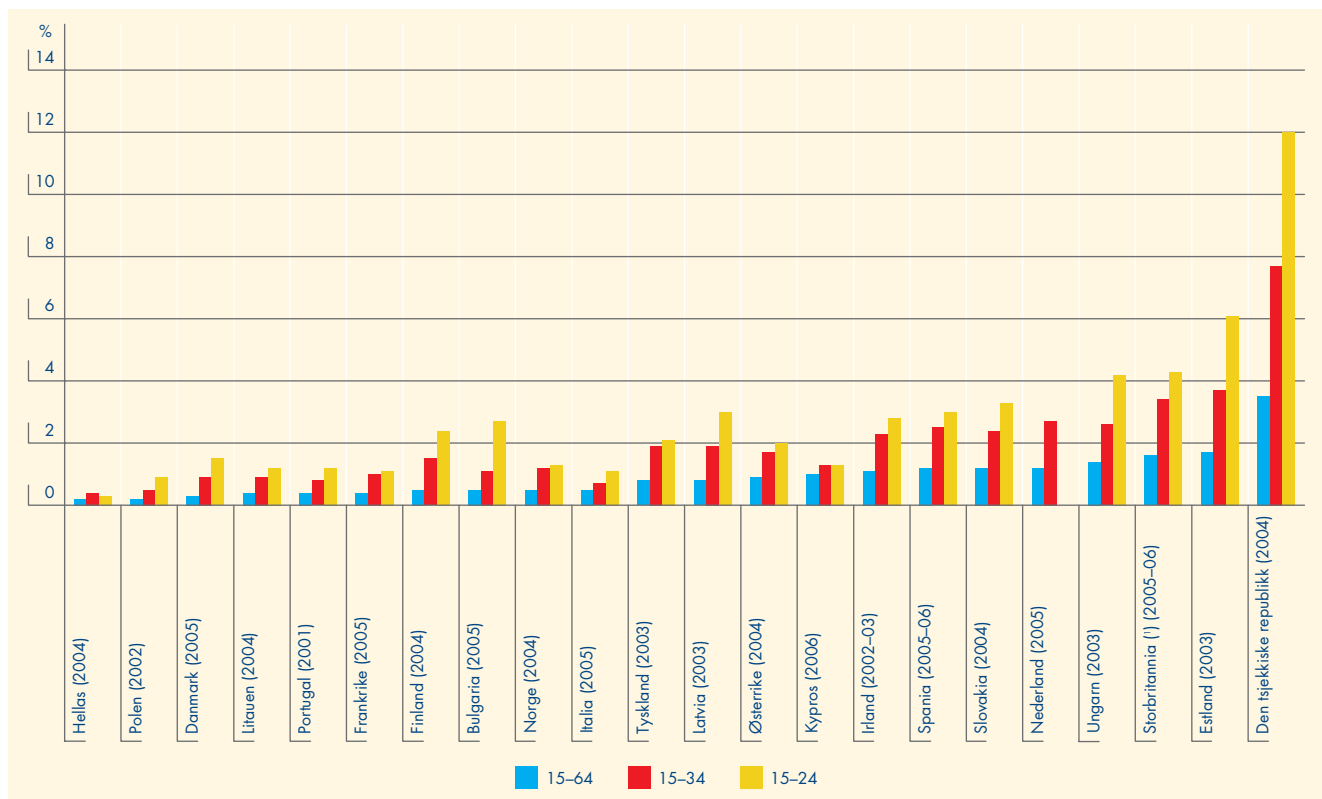
⁽⁷²⁾ Se figur GPS-8 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷³⁾ Se figur GPS-21 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷⁴⁾ Se tabell GPS-4 og GPS 15 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷⁵⁾ Se tabell GPS-20 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷⁶⁾ Se figur EYE-4 i Statistiske opplysninger 2007.

Fig. 6: Siste års prevalens av ecstasybruk blant alle voksne (15–64 år) og unge voksne (15–34 og 15–24 år)

(*) England og Wales.

NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som var tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Landene er rangert etter generell (alle voksne) prevalens. Se tabell GPS-10, GPS-11 og GPS-18 i Statistiske opplysninger 2007 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2006), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

Fritidsmiljøer

Studier av narkotikabruk i fritidsmiljøer, f.eks. dansetilstelninger (dance events), kan gi et nyttig innblikk i atferden hos personer som regelmessig og intensivt bruker sentralstimulerende stoffer. Ratene for narkotikabruk i slike miljøer er typisk høye, men kan ikke generaliseres til befolkningen for øvrig. For eksempel rapporterer studier av personer i utvalgte musikkmiljøer høye nivåer av ecstasybruk og lavere, men fremdeles høye, nivåer av amfetaminbruk (⁷⁷).

En årlig leserundersøkelse utført av det britiske musikkmagasinet *Mixmag*, hvis lesere består av personer som regelmessig frekventerer danseklubber (dance clubs), rapporterer at andelen som defineres som tunge ecstasybrukere (inntak av mer enn fire piller pr. gang), mer enn doblet seg mellom 1999 og 2003, fra 16 % til 36 % (McCambrige et al., 2005). Selv om det kan stilles spørsmål ved utvalgets representativitet, støtter undersøkelsen den generelle bekymringen over at det har vært en økning i mengden ecstasytabletter som inntas i enkelte brukergrupper. En britisk internetstudie rapporterer også om økt utbredelse av intensiv bruk av ecstasy så vel som

blandingsbruk blant erfarne ecstasybrukere (Scholey et al., 2004). Det er imidlertid verdt å merke seg at rapporter fra Amsterdam tyder på at siste års og siste måneds bruk av ecstasy gikk ned med 20 % mellom 1998 og 2003, og at gjennomsnittsmengden ecstasy som brukes pr. gang, også gikk ned i denne perioden (nasjonale Reitox-rapporter for 2005). Ifølge en undersøkelse fra 2005 blant pubgjester i Amsterdam brukte bare 3 % ecstasy i løpet av kvelden.

Tilgjengelige data om kombinert bruk av narkotika og alkohol er fremdeles begrenset. Forbruket av alkohol i fritidsmiljøer som involverer dance-musikk, ofte i mengder som betraktes som helseskadelige og i kombinasjon med sentralstimulerende midler, gir imidlertid økende grunn til bekymring.

Behandlingsetterspørsel i tall

Antallet søknader om behandling som gjelder bruk av amfetamin og ecstasy, er relativt lavt. Generelt er denne typen narkotikabruk sjelden den primære årsaken til narkotikabehandling i de fleste av de 21 landene som har

(⁷⁷) Se utvalgt aspekt om narkotikabruk i fritidsmiljøer for 2006.

lagt fram informasjon ⁽⁷⁸⁾. Disse behandlingssøknadene gjelder vanligvis amfetamin som primærrusmiddel, og kun en svært liten andel gjelder ecstasy ⁽⁷⁹⁾.

Et begrenset antall land har en ikke ubetydelig andel amfetamin- og ecstasybrukere blant sine narkotikaklienter, og disse kan deles inn i tre grupper. Den tsjekkiske republikk og Slovakia rapporterer om en betydelig andel behandlingssøknader relatert til amfetamin som primærrusmiddel (henholdsvis 58 % og 24 % av alle klienter), og de fleste tilfellene gjelder metamfetamin. Sverige, Finland og Latvia rapporterer at om lag en tredel av alle narkotikaklienter påbegynner behandling for amfetamin som primærrusmiddel, og Irland, Nederland, Storbritannia og Frankrike rapporterer at mellom 1 % og 5 % av pasientene som påbegynner behandling har ecstasy som primærrusmiddel ⁽⁸⁰⁾.

I alle land unntatt Hellas og Sverige er andelen av nye klienter som påbegynner behandling for amfetamin og ecstasy som primærrusmiddel, større enn andelen av alle klienter som mottar behandling for disse stoffene ⁽⁸¹⁾. Selv om dette kan ha flere forklaringer, er det i tråd med trenddataene: Fra 1999 til 2005 økte antallet førstegangssøknader om behandling for amfetamin og ecstasy som primærrusmiddel med over 3 000, fra 6 500 til 10 000 ⁽⁸²⁾.

Klienter som påbegynner behandling for bruk av andre stimulerende stoffer enn kokain, er i snitt ca. 27 år (25 år hvis de kommer til behandling for første gang), og de var i gjennomsnitt 19 år da de først brukte stoffet ⁽⁸³⁾. Sammen med cannabisbrukere er ecstasyklientene den yngste gruppen som påbegynner narkotikabehandling. I Nederland har ecstasyklientene den høyeste andelen kvinner. Andelen kvinner blant amfetaminklientene er høyere enn for andre stoffer, og den høyeste andelen kvinnelige klienter i poliklinisk behandling rapporteres i den yngste aldersgruppen ⁽⁸⁴⁾.

Amfetaminklienter bruker vanligvis stoffet i kombinasjon med andre rusmidler, særlig cannabis og alkohol, og i noen land er injeksjon vanlig ⁽⁸⁵⁾. Den tsjekkiske republikk rapporterer om en interessant geografisk variasjon, idet man der har flest brukere utenfor hovedstaden. Det ligner situasjonen i USA, hvor ikke-storbyområder har høyere behandlingstall for metamfetamin- og amfetaminbruk (Dasis, 2006).

Tiltak mot narkotikabruk i fritidsmiljøer

Narkotikaforebyggende tiltak

Generelt har det vært en dreining mot forebyggende tilnærminger og økt forståelse av livsstilsfaktorer som nøkkelfaktorer for holdningene til narkotikabruk, og betydningen av å endre synet på narkotikabruk som normal og akseptabel atferd. Denne typen tilnærming er spesielt relevant for forebyggende arbeid i miljøer som kulturelt forbindes med narkotikabruk. Den høye utbredelsen av narkotikabruk i enkelte fritidsmiljøer, som klubber, barer og dance-arrangementer, betyr at disse stedene er viktige mål for tiltak som tar sikte på å redusere etterspørselen etter narkotika. Behovet for å videreutvikle forebyggende tiltak i fritidsmiljøer er også nevnt i EUs handlingsplan mot narkotika (2005–08).

En tilnærming har vært å gjøre informasjonsmaterieil med forebyggende, og noen ganger skadereduserende budskap, tilgjengelig i fritidsmiljøer. Materieilet har vanligvis en brukervennlig utforming som gjenspeiler ungdomskulturen i målgruppen, og det blir gjerne distribuert av oppsøkende team. For å komme i kontakt med ungdom satser de oppsøkende teamene ofte på en ikke-fordømmende tilnærming. Selv om de fokuserer på at det sikreste er å ikke bruke narkotika, kan teamet også gi råd om skadereduksjon (Belgia, Den tsjekkiske republikk, Portugal og Østerrike).

I tillegg til tiltak som har som mål å informere og overtale enkeltpersoner til ikke å bruke narkotika, utvikler flere medlemsstater også en rekke tilnærminger for å regulere fritidsmiljøene. Noen av disse tiltakene, som å lage rusfrie arrangementer, forsøker å endre oppfatningen om at narkotikabruk henger sammen med visse fritidsaktiviteter. I stadig flere land (Belgia, Danmark, Irland, Italia, Litauen, Nederland, Sverige, Storbritannia og Norge) synes det å være interesse i kommunene for å etablere tettere kontakt med utelivsbransjen og utvikle tiltak som begrenser tilgjengeligheten av narkotika samt reduserer helserisikoen assosiert med "dance"-miljøet og andre omgivelser. For eksempel utarbeider en rekke land nå retningslinjer for sikker "clubbing", på lik linje med Storbritannia ⁽⁸⁶⁾.

Blant de vanligste tiltakene mot bruk av ecstasy, amfetamin og psykotrope stoffer er offentlige informasjonskampanjer og

⁽⁷⁸⁾ Se figur TDI-2 (del ii) og tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁷⁹⁾ Se tabell TDI-113 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸⁰⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸¹⁾ Se tabell TDI-4 (del ii) og TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸²⁾ Se figur TDI-1 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸³⁾ Se tabell TDI-10, TDI-11 og TDI-102 til TDI-109 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸⁴⁾ Se tabell TDI-21 og TDI-25 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸⁵⁾ Se tabell TDI-4, TDI-5 (del ii), TDI-24, TDI-116 og TDI-117 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁸⁶⁾ Se utvalgt aspekt om fritidsmiljøer for 2006.

i økende grad, nettstedene. Forebyggende strategier har brukt internett til å etablere lavterskelkontakt med ungdom som bruker ecstasy, amfetamin og andre psykotrope stoffer, eller som vurderer å prøve det. Mange medlemsstater satser på internett for informasjon og forebygging samt for å fremme kritisk tenkning blant ungdom vedrørende deres egen brukeratferd. Disse sidene gir for eksempel råd om "smart" atferd i utelivet, sikker sex, trafikkfare, sunn slanking, partyturisme og juridiske problemstillinger (Belgia) ⁽⁸⁷⁾.

Behandling for narkotikabruk

Behandlingstilbudene for brukere av ecstasy, amfetamin og andre psykotrope stoffer er som oftest tilbud om narkotikabehandling rettet mot problematiske narkotikabrukere, eller mer spesialiserte tilbud for brukere av kokain og andre sentralstimulerende stoffer. For mer informasjon om narkotikabehandlingstilbudet i EU, se kapittel 2 og kapittel 5.

⁽⁸⁷⁾ Lenker til noen av disse nettstedene finnes på <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



Kapittel 5

Kokain og crack

Etter hvert som forbruket av kokain har økt, har bruken av stoffet blitt et viktig tema i europeisk narkotikapolitikk. Dette er et problem som stadig blir større, og bruksmønstrene for kokain gjennomgås i større detalj i utvalgt aspekt om kokain for 2007.

Tilbud og tilgjengelighet ⁽⁸⁸⁾

Produksjon og handel

Kokain er det nest mest solgte illegale rusmiddelet i verden etter cannabis. Beslagene av kokain på verdensbasis har fortsatt å øke i 2005, til totalt 756 tonn. De største mengdene beslaglegges i Sør-Amerika, etterfulgt av Nord-Amerika.

Colombia er fremdeles den langt største kilden til illegal koka i verden, etterfulgt av Peru og Bolivia (UNODC, 2007). Mesteparten av alt kokain som beslaglegges i Europa, kommer fra Sør-Amerika, enten direkte eller via Sentral-Amerika, Karibia og Vest-Afrika.

Det viktigste innførselsstedet til Europa er fremdeles Den iberiske halvøy, der Portugal synes å øke i betydning. Kokain importeres også direkte til andre land, og her er Nederland fortsatt et viktig innførselssted. Spania og Nederland anses som de viktigste distribusjonssentrene for dette stoffet. En rekke land, herunder Belgia, Tyskland, Frankrike og Storbritannia, rapporterer om import fra land utenfor Europa. Distribusjonen kan være i ferd med å spre seg, for det kommer rapporter om økt aktivitet gjennom Øst- og Sentral-Europa, og både EU og nabolandene rapporteres nå som sekundære transittsteder.

Beslag

I 2005 ble det gjort anslagsvis 70 000 beslag av kokain i Europa, tilsvarende 107 tonn. De fleste beslagene av

kokain gjøres fortsatt i vesteuropeiske land, særlig Spania, som står for om lag halvparten av beslagene og beslaglagte mengder kokain i Europa ⁽⁸⁹⁾. I perioden 2000–05 steg både antallet beslag og de beslaglagte mengdene kokain over hele Europa ⁽⁹⁰⁾. Dette skyldes hovedsakelig store økninger i Spania og Portugal. Portugal har i 2005 overtatt etter Nederland som det landet som etter Spania gjør de største beslagene av kokain.

Priser og renhet

Det var store variasjoner i gjennomsnittlig eller typisk pris på kokain i Europa i 2005, fra EUR 45 til EUR 120 pr. gram. De fleste landene rapporterte priser på mellom EUR 50 og EUR 80 pr. gram ⁽⁹¹⁾. Gjennomsnittlig eller typisk pris på kokain, korrigert for inflasjon, viste i de fleste av de 19 landene som la fram et tilstrekkelig datamateriale, en generell synkende trend i perioden 2000–05.

På brukernivå varierte den gjennomsnittlige eller typiske renheten på kokain i 2005 fra 20 % til 78 %. De fleste landene rapporterte renhet i området 30–60 % ⁽⁹²⁾. Tilgjengelige data for perioden 2000–05 tyder på en generell nedgang i den gjennomsnittlige renheten på kokain i de fleste av de 21 rapporterende landene.

Prevalens og bruksmønstre for kokain

Kokain er nå etter cannabis, det nest mest brukte illegale stoffet i mange av EUs medlemsstater og i EU som helhet. Basert på nye nasjonale befolkningsundersøkelser i EU og Norge er kokain anslagsvis blitt brukt minst én gang (livstidsprevalens) av mer enn 12 millioner europeere, eller nesten 4 % av alle voksne ⁽⁹³⁾. Nasjonale tall for rapportert livstids erfaring varierer fra 0,2 % til 7,3 %, og tre land rapporterer tall over 5 % (Spania, Italia og Storbritannia) ⁽⁹⁴⁾.

⁽⁸⁸⁾ Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 37.

⁽⁸⁹⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2005 så snart disse foreligger. Der data for 2005 manglet, er anslagene beregnet med utgangspunkt i dataene for 2004.

⁽⁹⁰⁾ Se tabell SZR-9 og SZR-10 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹¹⁾ Se tabell PPP-3 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹²⁾ Se tabell PPP-7 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹³⁾ For beregningsmetode, se fotnote ⁽⁹⁰⁾.

⁽⁹⁴⁾ Se tabell GPS-8 i Statistiske opplysninger 2007.

Minst 4,5 millioner europeere rapporterer å ha brukt kokain siste år (1,3 % i gjennomsnitt). Siste års bruk av kokain varierer fra 0,1 % i Hellas til 3,0 % i Spania, og Italia. Storbritannia rapporterer også prevalensnivåer over 2 % ⁽⁹⁵⁾. Anslag basert på undersøkelsene tilsier at 2 millioner europeere (0,6 % i gjennomsnitt) har brukt kokain siste måned ⁽⁹⁶⁾.

Prevalensen av kokainbruk, som for andre illegale rusmidler, er konsentrert blant unge voksne (15–34 år). Om lag 7,5 millioner unge voksne i Europa (5,3 % i gjennomsnitt) har brukt kokain minst én gang i livet. Fem land rapporterer om en prevalens på 5 % eller mer (Tyskland, Italia, Danmark, Spania og Storbritannia) ⁽⁹⁷⁾. Anslag over bruken av kokain for kortere referanseperioder ⁽⁹⁸⁾ tyder på at 1,5 millioner (1 %) av de 3,5 millionene (2,4 %) unge voksne som har brukt stoffet i løpet av det siste året, har brukt det siste måned.

Blant skoleelever er prevalenstillene for kokainbruk mye lavere enn for cannabisbruk. I de fleste land har 15–16-årige skoleelever en livstidsprevalens for kokainbruk på 2 % eller lavere. Bare i Spania og Storbritannia er tallet så høyt som 6 % ⁽⁹⁹⁾. Tilgjengelige data om 17–18-årige skoleelever fra 16 land viser betydelig høyere livstidsprevalens for kokainbruk i den eldste aldersgruppen i Spania, selv om foreløpige data for dette landet antyder en nedgang den siste tiden ⁽¹⁰⁰⁾. I de fleste av de andre 15 landene er prevalensen høyest blant de eldste elevene, men forskjellene er mindre markert. Det er imidlertid verdt å merke seg at prevalensnivåene for siste års og siste måneds bruk av kokain er mye lavere.

Kokainbruk er ikke begrenset til visse sosiale grupper, men bruken av stoffet blant sosialt integrerte unge voksne i fritidsmiljøer kan være mer utbredt enn det som rapporteres i generelle befolkningsundersøkelser. Studier som tar for seg "dance"-miljøer i flere europeiske land, viste livstidsprevalenstill for kokainbruk på mellom 10 % og 75 % ⁽¹⁰¹⁾.

Det er store variasjoner i bruksmønstrene for kokain fra en brukergruppe til en annen. Sosialt integrerte brukere sniffer vanligvis stoffet, og mange bruker også andre rusmidler som alkohol, tobakk, cannabis og andre sentralstimulerende

midler enn kokain ⁽¹⁰²⁾. Denne typen blandingsbruk kan medføre økt helseisiko.

Bruk av crack forekommer generelt relativt sjelden i Europa og er konsentrert til marginaliserte og utstøtte subpopulasjoner i enkelte byer. Kokainrøykere står imidlertid for en betydelig del av behandlingssøknadene, selv om de er i mindretall. Injeksjon av kokain synes ikke å være vanlig hos brukere som ikke injiserer andre stoffer, heller ikke for klienter i behandling (se under). Det har imidlertid kommet flere rapporter om at personer som injiserer heroin, også injiserer kokain eller blandinger av kokain og heroin.

Bare tre land (Spania, Italia og Storbritannia) har utarbeidet anslag over prevalensen av problematisk kokainbruk ⁽¹⁰³⁾. Anslagene fra disse landene tilsier at det finnes mellom 3 og 6 problematiske kokainbrukere pr. 1 000 voksne (i aldersgruppen 15–64 år) ⁽¹⁰⁴⁾.

Trender for kokainbruk

Nyere data støtter ikke opplysningene i årsrapporten for 2006 som tilsa at kokainbruken blant unge voksne var i ferd med å stabilisere seg. Alle landene som har rapportert nye undersøkelsesdata, har registrert en økning i siste års prevalens av kokainbruk i aldersgruppen 15–34. I Spania og Storbritannia (England og Wales), som har de høyeste prevalensnivåene, er det tegn til en viss uflating. Italia og Danmark rapporterte betydelige økninger (figur 7).

Analyser av data for land med lengre tidsserier og betydelige prevalensrater kan bidra til å avsløre trender innen undergrupper av befolkningen. Både i Spania og Storbritannia var økningen i prevalens generelt høyere blant menn enn kvinner. I Spania kan den rapporterte økningen i siste års bruk av kokain siden 2001 tilskrives økt bruk i aldersgruppen 15–24, og ikke aldersgruppen 15–34 som helhet.

Det antydes at kokain kan ha "erstattet" andre sentralstimulerende stoffer i noen europeiske land ⁽¹⁰⁵⁾. Dataene fra undersøkelser gjennomført blant unge mennesker i "dance club"-miljøer, er beheftet med en viss usikkerhet i og med at utvalget er meget selektivt. Dataene kan uansett kaste lys over atferden til regelmessige narkotikabrukere.

⁽⁹⁵⁾ Se tabell GPS-10 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹⁶⁾ Se tabell GPS-12 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹⁷⁾ Se tabell GPS-9 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹⁸⁾ Se tabell GPS-11 og GPS-13 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽⁹⁹⁾ Se tabell EYE-3 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabell EYE-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁰¹⁾ Se utvalgt aspekt om narkotikabruk i fritidsmiljøer for 2006.

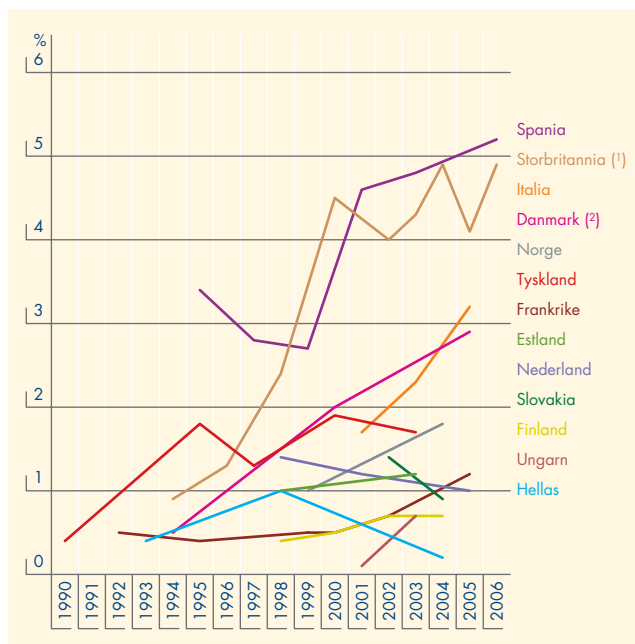
⁽¹⁰²⁾ Se figur 15 i årsrapporten for 2006.

⁽¹⁰³⁾ Definert som langvarig og/eller regelmessig bruk og/eller injeksjon av kokain.

⁽¹⁰⁴⁾ Se tabell PDU-2 i Statistiske opplysninger 2007 og utvalgt aspekt om kokain for 2007.

⁽¹⁰⁵⁾ Se kapittel 4 i denne rapporten.

Fig. 7: Trender i siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (15–34 år)



(1) England og Wales.

(2) I Danmark representerer verdien for 1994 "tunge stoffer".

NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som var tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2007 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2006), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

Studier fra Nederland indikerer også at kokain i noen kommuner har overtatt for ecstasy som det vanligste sentralstimulerende stoffet, og at kokain blir mer og mer akseptert i enkelte grupper.

Kokain: behandlingsetterspørsel i tall

Etter opioider og cannabis er kokain den hyppigst rapporterte årsaken til narkotikabehandling i Europa. I 2005 ble det rapportert ca. 48 000 behandlingssøknader for kokain som primærrusmiddel, tilsvarende ca. 13 % av alle rapporterte behandlingssøknader i EU ⁽¹⁰⁶⁾. Kokain rapporteres også som sekundærrusmiddel av om lag 15 % av alle klienter i poliklinisk behandling ⁽¹⁰⁷⁾. Tallene skjuler store variasjoner landene imellom. De fleste land rapporterer lave prosentandeler av kokainbrukere blant klientene i behandlingsapparatet, mens Nederland og Spania har den høyeste andelen kokainbrukere blant sine narkotikaklienter (henholdsvis 35 % og 42 % i 2004).

Blant nye klienter i behandlingsapparatet er andelen kokainbrukere høyere. Generelt rapporteres ca. 22 % av alle nye behandlingssøknader (33 000 personer, basert på 22 land) å være kokainrelatert.

Trenden fra tidligere år med et økende antall klienter som søker behandling for kokainbruk, ser ut til å fortsette. Fra 1999 til 2005 økte andelen nye klienter som søkte behandling for kokainbruk, fra 11 % til 24 % av alle nye narkotikaklienter, og antallet rapporterte tilfeller økte fra 13 000 til 33 000 ⁽¹⁰⁸⁾. En mer detaljert analyse av trendene for behandlingssøknader for dette stoffet presenteres i utvalgt aspekt om kokain for 2007.

Europeiske data om narkotikabrukere som påbegynner behandling for kokain som primærrusmiddel, er i hovedsak relatert til kokainpulver (85 %) – bare 15 % gjelder crack. Nesten all rapportert behandling for kokainavhengighet skjer i det polikliniske behandlingsapparatet (94 %) ⁽¹⁰⁹⁾. Det bør imidlertid nevnes at dataene om kokainbehandling i døgningstusjoner og hos allmennleger er ufullstendige.

Etter opioidbrukerne rapporteres kokainklientene å være de eldste narkotikaklientene i det polikliniske behandlingsapparatet, med en gjennomsnittsalder på 31 år ⁽¹¹⁰⁾. De er hovedsakelig menn, og av alle narkotikaklienter har kokainklientene en av de høyeste andelen menn i forhold til kvinner (nesten fem menn pr. kvinne for alle klienter, og seks menn pr. kvinne for nye klienter) ⁽¹¹¹⁾. De fleste kokainbrukere i poliklinisk behandling begynte å bruke stoffet i alderen 15–24 år ⁽¹¹²⁾.

Kokainbehandling

Tilbudet om spesialiserte tiltak for problematiske brukere av kokain og crack i Europa er som nevnt begrenset. Spania og Nederland står for tiden for flesteparten av rapportene om kokainbehandling. I land med en betydelig populasjon av kokainbrukere synes det imidlertid å være en økende interesse for å tilby spesialiserte tjenester. Det er ingen overraskelse at lavprevalensland ikke vurderer tilbud om spesialisert kokainbehandling som noen politisk prioritet. I motsetning til behandling for opioidbruk, hvor målgruppen er relativt homogen, må behandlingstilbudet til kokainavhengige i Europa takle utfordringen med å tilby intervensjoner til en bredere brukergruppe. Polikliniske klienter som har kokain som primærrusmiddel, rapporterer

⁽¹⁰⁶⁾ Se figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Se tabell TDI-22 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

⁽¹⁰⁸⁾ Se figur TDI-1 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabell TDI-24 og TDI-115 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-10 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹¹⁾ Se tabell TDI-21 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-11 (del i) til (del iv) i Statistiske opplysninger 2007.

at sniffing den vanligste inntaksmetoden, etterfulgt av røyking eller inhalering. Relativt få (under 10 %) av klientene rapporterer injeksjon av stoffet. Blant nye klienter er injeksjonstallene enda lavere (5 %) ⁽¹¹³⁾. Om lag 16 % av kokainklientene bruker stoffet sammen med opioider, og i noen land vil klienter som behandles for opioidproblemer, også bruke kokain, i alle fall sporadisk.

Behandlingstjenestene kan derfor måtte tilby behandling til tre populasjoner som grovt sett kan inndeles i: først én gruppe av sosialt integrerte kokainbrukere som også kan ha en historie med regelmessig "rekreasjonsbasert" blandingsbruk, herunder alkohol; dernest gruppen kokainbrukere som også har opioidproblemer, og endelig den tredje gruppen, som består av marginaliserte og problematiske crackbrukere.

Disse tre gruppene har trolig ulike behov og krever ulike tilnærminger fra tjenesteleverandørene. Etter hva som rapporteres, foregår mesteparten av kokainbehandlingen i Europa poliklinisk i tiltak som primært er beregnet på opioidbrukere. Det er tilsomt hvorvidt slike tilbud er attraktive for relativt velintegrerte kokainbrukere som har utviklet problemer gjennom rekreasjonsbruk av stoffet. Og det er sannsynlig at en del av denne gruppen vil søke hjelp enten gjennom generelle helsetjenester, som allmennleger og rådgivningstjenester, eller hvis de har muligheten, gjennom private, spesialiserte klinikker.

I motsetning til opioidavhengighet er det begrensede muligheter for farmakologisk behandling av kokainavhengighet, selv om forskrivning av medikamenter kan bidra til å lindre relaterte symptomer. Det finnes så langt ikke noe medikament som kan hjelpe brukerne til å oppnå rusfrihet eller behandle kokainabstinens, men det kan komme slike tilbud i framtiden. I Europa fokuseres det på tilbudet om psykososiale intervensjoner som i all hovedsak er basert på kognitive atferdstiltak. En detaljert gjennomgang av de ulike behandlingsalternativene for kokainavhengighet finnes i utvalgt aspekt om kokain for 2007 og i en teknisk gjennomgang fra EONN (EONN, 2007b).

På grunn av lave prevalenstall og den geografisk begrensningen som gjelder for bruk av crack i Europa, har man mye mindre erfaring med å møte behovene til denne gruppen av narkotikabrukere. Det finnes mye litteratur basert på amerikanske erfaringer med crackproblemer, men hvorvidt dette er direkte overførbart til Europa, er fortsatt uklart. Storbritannia, som sammenlignet med andre europeiske land rapporterer en relativt høy forekomst av problematisk crackbruk, sier i sine retningslinjer for fagpersonell at crackbehandling bør tilbys innenfor rammene

av et strukturert narkotika-behandlingsprogram som omfatter tiltak med sikte på rusfrihet og skadereduksjon (NTA, 2002). En evaluering som nylig ble gjort av tjenestetilbudet i Storbritannia, rapporterte også en del positive utfall blant crackklienter i døgntilbud (Weaver, 2007).

Risiko- og skadereduksjon

Rekreasjonsbrukere av kokain står i fare for å utvikle avhengighet til rusmiddelet. I tillegg er det risiko for at de kan bruke kokain sammen med andre rusmidler, og for hjerte- og karsykdommer. De fleste landene i Europa rapporterer at kokainbrukere kan få informasjon om kokain og risikoene ved kokainbruk fra ulike kilder, f.eks. nettsted, hjelp-telefoner og andre medier. Det er interessant å merke seg at Den europeiske stiftelsen for rusrelaterte hjelp-telefoner (European Foundation of Drug Helplines) rapporterer om en økning i antallet samtaler relatert til kokain i løpet av 2005 og 2006 ⁽¹¹⁴⁾.

Kokainbruk er også forbundet med seksuell høyrisikoatferd og tilknytning til sexindustrien. Studier har rapportert at kvinner som bruker crack, kan være spesielt sårbare og ta del i seksuell høyrisikoatferd i bytte mot penger eller narkotika. I noen land rettes skadereduserende og oppsøkende programmer derfor spesielt mot sexarbeidere, og fokuserer på både seksuell og narkotikarelatert risikoatferd.

Selv om antallet crackbrukere er lavt, kan disse brukerne være utsatt for spesielt høy risiko og være vanskelige å innlemme i behandlingsapparatet og andre tjenester. I byer med betydelige crackproblemer har skadereduserende programmer prøvd å bidra med oppsøkende tiltak, kriseintervensjon, assistanse i medisinske nødsituasjoner samt henvisning til strukturerte tjenester. For eksempel har Wien, gjennom det polikliniske apparatet, tilgjengelige lokaler som kan fungere som sikre steder for kokain- og crackbrukere som ofte lider av angst, og det gis også et grunnleggende helsetilbud og henvisning til andre tjenester. I land som tilbyr sprøyterom for sprøytebrukere, har tilbudet også noen ganger blitt utvidet til å gjelde crackbrukere. For eksempel tilbyr Tyskland særskilte fasiliteter for crackrøyking både i Frankfurt og Hamburg.

Skadereduserende tiltak for personer som injiserer kokain, skiller seg generelt ikke fra tiltakene for andre sprøytebrukere (se kapittel 8), selv om noen studier har antydnet at brukere av sentralstimulerende midler injiserer mer, og derfor vil være utsatt for større risiko. I tillegg er det særlig risiko forbundet med injeksjon av crack dersom stoffet ikke er riktig tilberedt.

⁽¹¹³⁾ Se tabell TDI-17 (del ii) og (del vi) og tabell TDI-110 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹⁴⁾ <http://www.fesat.org/>

Kokain og crack: et økende folkehelseproblem, i EONNs utvalgte aspekter for 2007

De senere år har det kommet signaler om at kokainbruk er et økende problem i Europa. Dette utvalgte aspektet viser at enkelte europeiske land har opplevd en kraftig økning i kokainbruken, i antallet søknader om behandling for kokainbruk og i beslagene av kokain. Aspektet undersøker hvilken betydning kokainbruk kan ha for folkehelsen. Det fokuseres særlig på helsekonsekvensene

av kokainbruk, som ofte ikke får nok oppmerksomhet i dagens rapporteringssystemer. Det utvalgte aspektet går nærmere inn på hvilke utfordringer som knyttes til det å tilby effektiv behandling for kokain- og crackavhengighet, noe som har vist seg særlig vanskelig, ikke minst fordi kokainbrukere er en svært lite homogen gruppe med tilsvarende ulike behov.

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave og på internett (bare på engelsk) (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



Kapittel 6

Opioider og injeksjonsbruk

Tilbud og tilgjengelighet – heroin ⁽¹¹⁵⁾

I Europa har importert heroin historisk sett forekommet i to former: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform), hovedsakelig fra Afghanistan, og den mindre vanlige og dyrere hvite heroinen (i saltform), som typisk er produsert i Sørøst-Asia – selv om stoffet i denne formen blir stadig sjeldnere. I tillegg har Europa en liten produksjon av opioider, men i 2005 var det for det meste snakk om en begrenset hjemmeproduksjon av valmueprodukter (f.eks. konsentrat av knuste stengler eller frøkapsler) i en del østeuropeiske land (Latvia, Litauen og Polen).

Produksjon og handel

Heroinen som brukes i Europa, blir for det meste produsert i Afghanistan, som fortsatt er verdens største leverandør av illegal opium, etterfulgt av Myanmar. Det anslås at om lag 6 610 tonn opium ble produsert i 2006, 92 % i Afghanistan. Dette utgjør en økning på 43 % sammenlignet med anslaget for 2005 og skyldes en betydelig økning i dyrkingsarealet. Det globale potensialet for produksjon av heroin ble anslått til 606 tonn i 2006, mot 472 tonn i 2005 (UNODC, 2007). Opioidbeslag og destruerte laboratorier tyder på at opium produsert i Afghanistan i økende grad omdannes til morfin eller heroin før den eksporteres (CND, 2007).

Heroin føres inn i Europa langs to hovedruter. Den historisk viktigste – og korteste – Balkan-ruten spiller fortsatt en avgjørende rolle i heroinsmuglingen. Etter sin vei gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia deler ruten seg i en særlig vei gjennom Hellas, Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia (FYROM), Albania, Italia, Serbia, Montenegro og Bosnia-Hercegovina, og en nordlig vei gjennom Bulgaria, Romania, Ungarn, Østerrike, Tyskland og Nederland. Nederland fungerer for øvrig som et viktig distribusjonssenter til andre vesteuropeiske land. Siden midten av 1990-tallet har smuglingen av heroin til Europa i økende grad (men i mindre grad enn langs Balkan-ruten) gått over Silkeveien via sentralasiatiske republikker, Kaspiahavet og Den russiske føderasjon, Hviterussland eller Ukraina til Estland,

Latvia, deler av Norden, Tyskland og Bulgaria. Selv om dette er de viktigste smuglerrutene, har også land på Den arabiske halvøy (Oman og De forente arabiske emirater) blitt transittsteder for heroinforsendelser fra Sørvest- og Sørøst-Asia (INCB, 2006). Noe av dette smugles deretter gjennom Øst-Afrika (Etiopia, Kenya og Mauritius) og noen ganger også gjennom Vest-Afrika (Nigeria) for å sendes til illegale markeder i Europa og i noen grad Nord-Amerika (INCB, 2007a). Det rapporteres også om smugling av heroin fra Sørvest-Asia til Europa via land i Sør- og Øst-Asia (India, Bangladesh, Sri Lanka og Kina).

Beslag

I 2005 ble det på verdensbasis beslaglagt 342 tonn opium, 32 tonn morfin og 58 tonn heroin. Asia (Kina, Afghanistan, Iran og Pakistan) står fortsatt for de største beslaglagte mengdene heroin i verden (54 %), etterfulgt av Europa (38 %) (UNODC, 2007).

Det ble i 2005 gjort anslagsvis 52 000 beslag og tatt ca. 16,8 tonn heroin i EUs medlemsstater, søkerland og Norge. Storbritannia (basert på data for 2004) står fortsatt for det største antallet beslag i Europa, etterfulgt av Spania, Tyskland og Hellas. Tyrkia beslagla de største mengdene (etterfulgt av Storbritannia, Italia og Nederland) som utgjorde nesten halvparten av totale beslaglagte kvanta i 2005 ⁽¹¹⁶⁾. Mellom 2000 og 2003 var det generelt en reduksjon i beslagene av heroin, men ut fra tilgjengelige data har det siden vært en økning. I perioden 2000–05 varierte den totale mengden heroin beslaglagt i EU, dog med en svakt nedadgående trend, mens det i samme periode ble rapportert om en markant økning i Tyrkia ⁽¹¹⁷⁾.

Priser og renhet

På grunn av mangelen på sammenhengende data er det vanskelig å avdekke trender for pris og renhet, og anslagene er derfor bare basert på et begrenset utvalg land ⁽¹¹⁸⁾. De fleste landene rapporterte om en gjennomsnittlig eller typisk gatepris på brun heroin på

⁽¹¹⁵⁾ Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 37.

⁽¹¹⁶⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2005 så snart disse foreligger. Der data for 2005 manglet, er anslagene beregnet med utgangspunkt i dataene for 2004.

⁽¹¹⁷⁾ Se tabell SZR-7 og SZR-8 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabell PPP-2 og PPP-6 i Statistiske opplysninger 2007.

mellom EUR 35 og EUR 80 pr. gram. Mellom 2000 og 2005 synes gjennomsnittsprisen på heroin, korrigert for inflasjon, å ha sunket i mesteparten av de 18 landene som leverte sammenlignbare data. Ifølge rapportene var det på gatenivå store variasjoner i gjennomsnittlig eller typisk renhet på brun heroin. De fleste landene rapporterte om en renhet på mellom 15 % og 30 %, mens de tilgjengelige tallene for hvit heroin generelt var høyere (30–70 %). Gjennomsnittsprisen på heroinprodukter har variert i de fleste av de 18 rapporterende landene siden 2000.

Prevalensestimater for problembruk av opioider

Dataene i denne delen er utledet fra EONNs indikator for problembruk av narkotika (PDU), som hovedsakelig dekker injeksjonsbruk og bruk av opioider. I noen land er amfetaminbruk også en viktig komponent⁽¹¹⁹⁾. Det er vanskelig å anslå hvor mange som er problembrukere av opioider, og sofistikerte analyser er nødvendig for å utarbeide prevalenstall på grunnlag av tilgjengelige data. Siden de fleste studier er basert på bestemte geografiske områder, som en by eller et distrikt, er det i tillegg vanskelig å ekstrapolere resultatene til nasjonale anslag.

Anslag blir også vanskeligere i takt med at mønstrene for problematisk narkotikabruk i Europa blir mer diversifisert. For eksempel har de fleste land fått større problemer med blandingsbruk av rusmidler, og en del land hvor opioidproblemer (nesten utelukkende heroinproblemer) historisk har vært dominerende, rapporterer nå om en dreining mot andre narkotiske stoffer, som kokain.

Nyere estimater for prevalensen av problematisk opioidbruk på nasjonalt nivå varierer mellom ett og seks tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64 år. Til sammenligning er PDU-prevalensen mellom ett og åtte tilfeller pr. 1000 innbyggere. Noen av de laveste, veldokumenterte anslagene vi har tilgjengelig, kommer fra de nye EU-landene. Dette er imidlertid ikke tilfelle for Malta, som rapporterer om en relativt høyere prevalens (5,8–6,7 tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64 år) (figur 8).

Fra den begrensede mengden data som er tilgjengelig, kan vi utlede en gjennomsnittsprevalens for problematisk opioidbruk på mellom fire og fem tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64 år. Dette betyr at vi har om lag 1,5 millioner (1,3–1,7 millioner) problematiske opioidbrukere i EU og Norge. Disse anslagene er imidlertid langt fra sikre, og det er behov for flere data.

Tidstrender for problembruk av opioider

Mangel på pålitelige historiske data gjør det vanskelig å vurdere trender for problembruk av opioider over tid, og trendene må derfor tolkes med forsiktighet. Rapporter fra noen land tyder på at problembruken av opioider sett under ett kan ha stabilisert seg noe i de senere år. Data fra repeterte estimater for problembruk av opioider for perioden 2001–2005 er bare tilgjengelig fra åtte land og gir et relativt stabilt bilde. Bare ett land (Østerrike) viser en klar økning⁽¹²⁰⁾.

Til tross for generelle indikasjoner på at trenden for prevalens av opioidbruk er relativt stabil, finnes det indikasjoner på at det har vært en økning i heroinbeslagene (se over), som muligens er relatert til økt tilgjengelighet av heroin på det europeiske markedet og et økt antall rapporter om illegal bruk av opioider som opprinnelig befant seg på det legale markedet. Ut fra antallet behandlingssøknader synes forekomsten av heroinbruk i Italia å ha gått opp siden 1998, etter en periode med nedgang, og i 2005 ble det registrert om lag 30 000 nye heroinbrukere. I Østerrike har andelen under 25 år økt blant nye klienter i substitusjonsbehandling. Det tyder på at et stigende antall unge mennesker opplever problemer, noe som er forbundet med omsetning og ukontrollert bruk av reseptbelagte opioider. Også Den tsjekkiske republikk rapporterer om en økning i injeksjonsbruk av et stoff avledet fra det legale markedet (i dette tilfellet buprenorfin) etter en periode med nedgang, og tilgjengelig informasjon fra Belgia tyder på en økning i den illegale bruken av metadon. En kartlegging av lavterskeltilbud i Frankrike gir grunn til bekymring for den illegale bruken av buprenorfin, herunder sprøytebruk, og bruk blant ungdom hvis problembruk har startet med buprenorfin snarere enn med heroin. Det kommer også bekymringsrapporter om nye undergrupper av unge og marginaliserte sprøytebrukere. Også i Finland synes buprenorfin å ha erstattet heroin i nye søknader om opioidbehandling, og buprenorfin nevnes i økende grad i rapporter om overdosedødsfall.

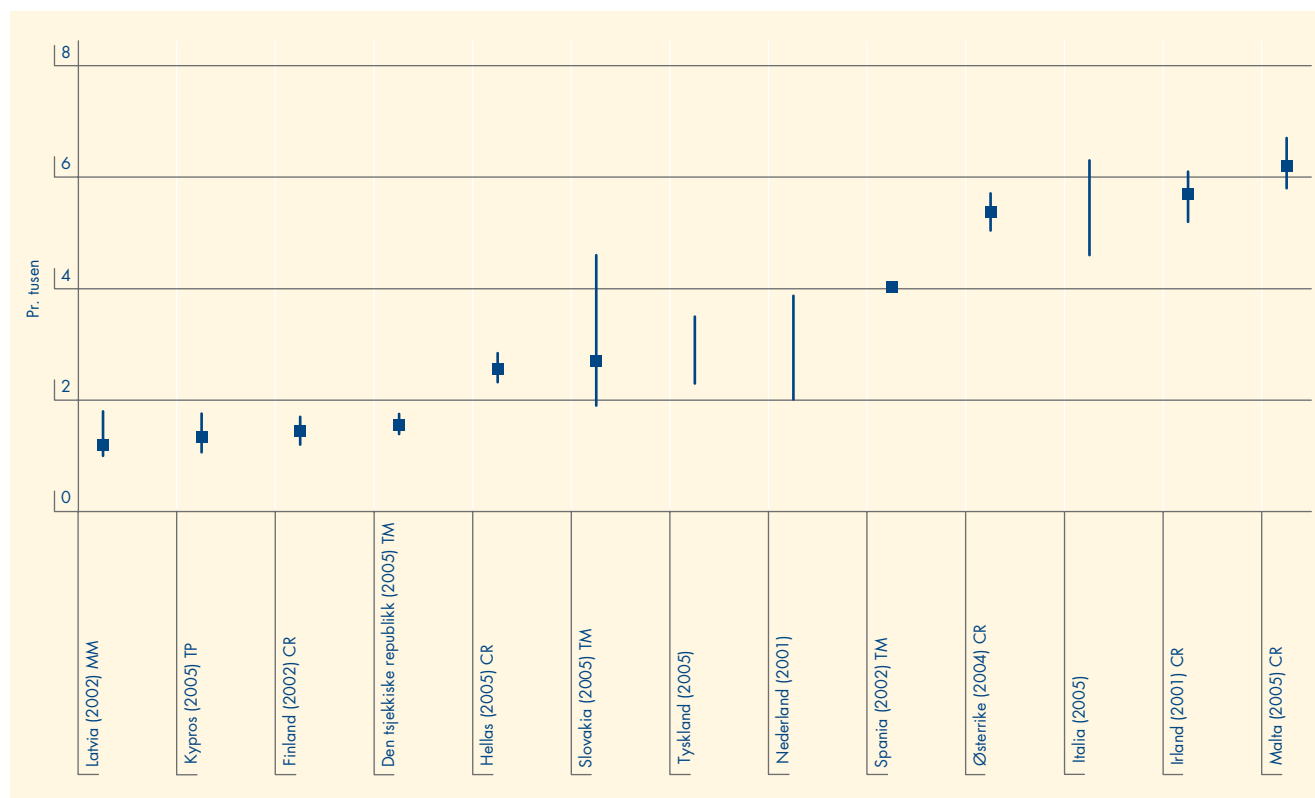
Injeksjonsbruk

Sprøytebrukere har høy risiko for å oppleve helseproblemer fra narkotikabruk, som blodbårne sykdommer (f.eks. HIV/AIDS og hepatitt) så vel som overdoser. På tross av denne gruppens betydning for folkehelsen er få land for tiden i stand til å anslå omfanget av injeksjonsbruk (figur 9). Derfor er kartlegging av denne populasjonen en viktig utfordring for utviklingen av systemer for helsekartlegging i Europa.

⁽¹¹⁹⁾ Selv om den tekniske definisjonen EONN bruker for PDU ("problem drug use") er "injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk av opioider, kokain og/eller amfetamin", har anslag for problematisk narkotikabruk generelt vist til heroinbruk. De få landene som rapporterer om problematisk bruk av amfetamin, har også veldokumenterte anslag tilgjengelig. Estimater for problematisk kokainbruk er sjeldne, og PDU-indikatoren er ikke like pålitelig for dette stoffet, unntatt i noen få høyprevalensland.

⁽¹²⁰⁾ Se figur PDU-4 (del ii) i Statistiske opplysninger 2007.

Fig. 8: Prevalensestimater for problembruk av opioider (pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64), 2001–05



NB: Punkt viser til et punktestimater og en strek viser til et estimert toleranseområde, som kan være et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en sensitivitetsanalyse (se tabell PDU-3 for ytterligere informasjon). Målgruppene kan variere noe avhengig av beregningsmetode og datakilder. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Hvis ingen metode er indikert, representerer linjen et intervall mellom ytterendene av nedre og øvre skranke for alle estimater. Beregningsmetoder: CR = capture-recapture; TM = treatment multiplier; TP = truncated Poisson; MM = mortality multiplier. For ytterligere informasjon, se tabell PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistiske opplysninger 2007.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter.

Indirekte estimater for prevalens av injeksjonsbruk

De fleste tilgjengelige anslag over injeksjonsbruk er utledet av data om overdosedødsfall eller infeksjonssykdommer (som HIV). Landene rapporterer betydelige forskjeller, med nasjonale anslag typisk mellom 0,5 og seks tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64 år i perioden 2001–05. Unntaket er Estland, som har et anslag på hele 15 tilfeller pr. 1000 innbyggere. Blant de andre landene som la fram data, rapporteres de høyeste anslagene fra Den tsjekkiske republikk, Slovakia, Finland og Storbritannia – mellom fire og fem tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64 år – og de laveste anslagene fra Kypros, Ungarn og Nederland, med under ett tilfelle pr. 1000.

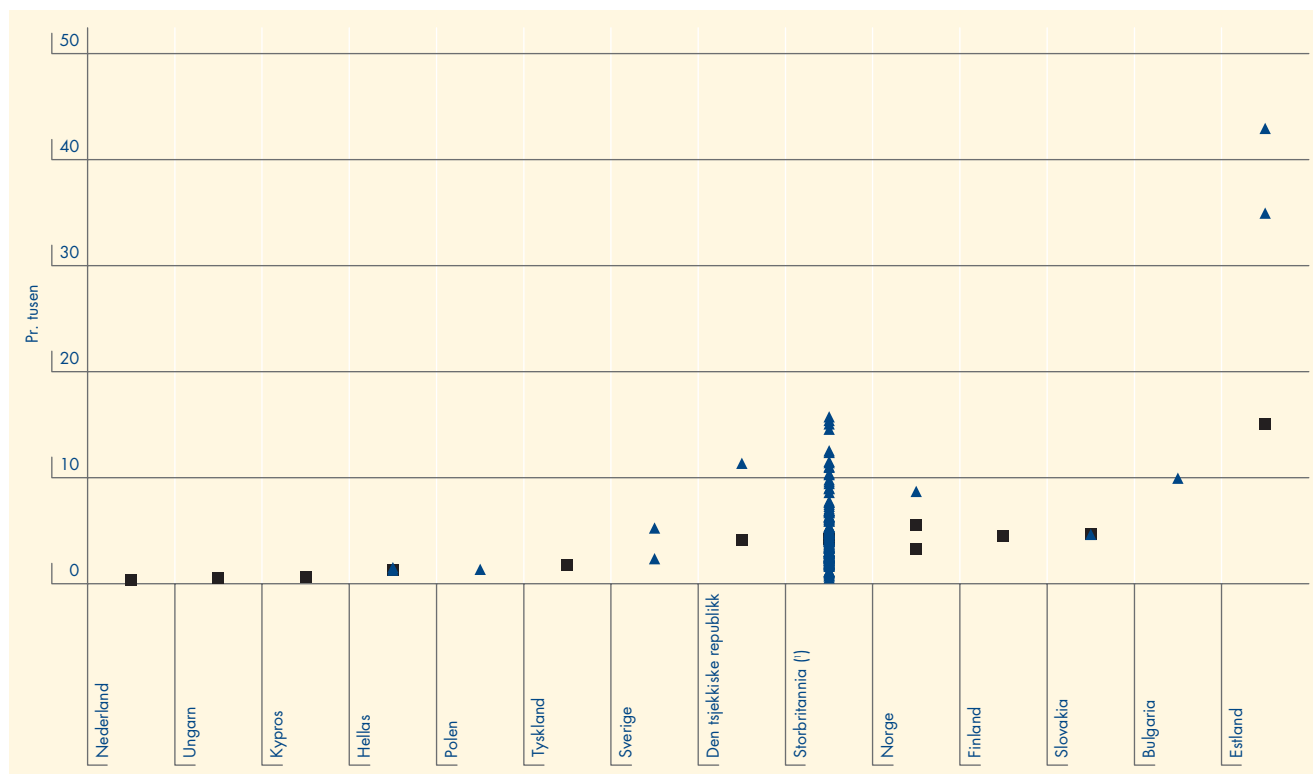
Det begrensede datatilfanget betyr at ekstrapolering må skje med varsomhet, men dataene tilsier en gjennomsnittlig prevalens av (aktive) sprøytebrukere på mellom tre og fire tilfeller pr. 1000 innbyggere i den voksne befolkningen. Det betyr at det kan være rundt 1,1 millioner (0,9–1,3 millioner) sprøytebrukere i EU og Norge i dag. Disse bruker hovedsakelig opioider, selv om de også kan injisere andre stoffer, og enkelte land rapporterer om et betydelig problem

med injeksjonsbruk av amfetamin eller metamfetamin (Den tsjekkiske republikk, Slovakia, Finland og Sverige).

Trender i injeksjonsbruk på grunnlag av behandlingsetterspørsel

Mangelen på data gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om trender innen injeksjonsbruk, men data om narkotikabrukere som påbegynner behandling, bidrar til å kaste lys over denne atferden. Etterspørselen etter behandling blant opioidbrukere kan f.eks. gi en indikasjon på bruksmønstre i befolkningen generelt. Andelen sprøytebrukere blant alle som påbegynner narkotikabehandling for heroin som primærrusmiddel (2001–05), viser store nasjonale forskjeller. Dataene tyder generelt på at injeksjonsbruk er i ferd med å bli mindre populært, og Danmark, Irland, Hellas, Ungarn, Storbritannia samt Tyrkia opplever nedgang. I en del land (Spania, Nederland og Portugal) er det en relativt liten andel av heroinbrukerne som injiserer. Dette er imidlertid ikke situasjonen overalt. I flere av de nye medlemsstatene synes injeksjonsbruk fortsatt å være den dominerende inntaksmåten for heroin. Trendene for injeksjonsbruk blant brukere av andre stoffer enn heroin kan skille seg ut.

Fig. 9: Estimater fra nasjonale og subnasjonale prevalensstudier av injeksjon av narkotika (pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64), 2001–05



(*) Engelske regionale anslag for 2004–05.

NB: Svart kvadrat = nasjonale utvalg; blå trekant = subnasjonale utvalg.

Mønsteret for subnasjonale prevalensestimater avhenger mye av hvilke studier som er tilgjengelige og hvor i landet de er gjennomført. Målgruppene kan variere noe som følge av ulike studiemetoder og datakilder. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet.

For flere opplysninger, se tabell PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistiske opplysninger 2007.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter.

Behandling av opioidavhengighet

Vedlikeholdsbehandling

Effekten av substitusjonsbehandling som behandlingsform for avhengighet av heroin og andre opioider dokumenteres av et relativt solid evidensgrunnlag understøttet av data fra utfallsstudier og kontrollerte forsøk (se Gossop, 2006 for en gjennomgang). Behandlingen har vist seg å ha en positiv effekt med hensyn til bruken av illegale rusmidler, helseskadelig atferd og kriminalitet så vel som sosial funksjonsevne. I tillegg til forskrivning omfatter substitusjonsbehandlings-programmene også andre intervensjoner som støtter atferdsendring. Det er generell enighet på området om at det er god praksis å integrere programmene i en bredere anlagt strategi som også omfatter medisinsk og sosial hjelp.

Forskrivningspraksis for substitusjonsbehandling i Europa

Behandlingstilbudet for heroinavhengighet er betraktelig bygget ut i EU i løpet av de siste femten årene. Ifølge tilgjengelige data har det vært en syvdobling av tilbudet av substitusjonsbehandling i EU-15 siden 1993.

Med unntak av fem land (Den tsjekkiske republikk, Frankrike, Latvia, Finland og Sverige) er metadon det vanligst brukte substitusjonsstoffet – det blir brukt i om lag 72 % av all substitusjonsbehandling⁽¹²¹⁾. Metadonbehandling foregår i hovedsak ved spesialiserte polikliniske sentre, men i noen land kan behandlingen også foregå hos allmennleger eller, når pasienten er stabilisert, i lokalmiljøet. Praksisen varierer når det gjelder utlevering av metadon. Noen ganger administreres metadonet utelukkende under tilsyn i spesialiserte sentre, mens andre land, som Storbritannia, har basert seg på at apotekene også kan spille en viktig rolle slik at klientene kan få med seg resepten hjem.

I de senere år har det vært økt interesse i EU for tilleggsmedikamenter i behandlingen av narkotika-avhengighet, og særlig har bruken av buprenorfin blitt vanligere. Slovenia og Malta sluttet seg henholdsvis i 2005 og i mai 2006 til den gruppen land i Europa som tillater vedlikeholdsbehandling med buprenorfin i spesialiserte enheter⁽¹²²⁾, og pr. i dag er Bulgaria, Ungarn, Polen og Romania de eneste landene som ikke har dette behandlingstilbudet.

(121) Se tabell HSR-7, HSR-9 og HSR-11 i Statistiske opplysninger 2007.

(122) Se figur HSR-1 og tabell HSR-8 i Statistiske opplysninger 2007.

Kvalitetssikring og substitusjonsbehandling

Kvaliteten på behandlingen som tilbys, vil alltid være avgjørende for hvor effektiv en tjeneste er. Det har blitt uttrykt bekymringer for at enkelte substitusjonsbehandlings-programmer er av dårlig kvalitet, idet de har for stort fokus på forskrivning og ikke stort nok fokus på å tilby et helhetlig opplegg bestående av sosial og medisinsk støtte. Kritikken går også på mangelfull klinisk overvåking, dårlig forskrivningspraksis som fører til at stoffene havner på det illegale markedet, og at det for lavdosebehandlings-programmer ikke finnes kliniske bevis for effektivitet (Loth et al., 2007; Schifano et al., 2006; Strang et al., 2005).

Mange land har tatt bekymringene på alvor. Danmark, Tyskland og Storbritannia rapporterer at de er i ferd med å foreta gjennomgang med sikte på å heve kvaliteten på den behandlingen som tilbys. Danmark har også nylig fullført et treårlig prosjekt som dokumenterer virkningen av bredere psykososial støtte i substitusjonsbehandlingen, og tester kvalitetssikringsprosessene.

To nyere tyske studier undersøkte praksisen i substitusjonsbehandling. Den ene så på muligheten for å bedre tilbudet (COBRA), mens den andre undersøkte kvalitetssikrings spørsmål (ASTO), noe som resulterte i nye retningslinjer for praktiserende leger. England foretok nylig en revisjon for å analysere forskrivnings- og klinisk behandlingspraksis samt vurdere i hvilken grad de er i overensstemmelse med dagens kliniske retningslinjer.

Nasjonale kliniske retningslinjer, standarder og behandlingsprotokoller er viktige for å sikre kvaliteten på substitusjonsbehandling. Nasjonale kliniske retningslinjer og behandlingsprotokoller er under utarbeidelse eller gjennomgang i Danmark, Irland, Ungarn, Polen, Storbritannia og Norge. Og i 2004 vedtok Slovakia retningslinjer for metadonbehandling. I Nederland foregår vedlikeholdsbehandling nå i økende grad i henhold til standarder for medisinsk behandling, og administrasjonen av metadon skjer under tilsyn i den første behandlingsfasen. Østerrike utarbeidet i 2005 to dekreter som fastsatte rammene for legemiddelassistert behandling. Målet var å bedre substitusjonsbehandlingen og iverksette tiltak for tilsynsbasert inntak samt få et regulativ for legene som opererer på dette feltet.

Et nasjonalt overvåkingssystem for rapportering om klienter i substitusjonsbehandlings-programmer gir også nyttig informasjon når det gjelder å vurdere kvaliteten på og tilgjengeligheten av tjenestene. Slike opplegg er for tiden registrert i 17 medlemsstater, og nasjonale substitusjonsregistre er under utarbeidelse i Belgia og Luxembourg, mens Den tsjekkiske republikk utvider sitt eksisterende register til å gjelde alle helsesentre.

En av årsakene til at bruken av buprenorfin er blitt mer utbredt, er at dette preparatet egner seg bedre enn metadon for bruk i lokalmiljøet. Problemstillingen er sammensatt og drøftes nærmere i utvalgt aspekt om buprenorfin for 2005. I de fleste land er buprenorfin et kontrollert stoff i henhold til gjeldende internasjonale konvensjoner (tillegg III til FN-konvensjonen om psykotrope stoffer av 1988) og kan bare forskrives av kvalifiserte, godkjente leger.

Buprenorfin finnes på markedet i form av sublingvale tabletter, og selv om stoffet ikke anses som spesielt attraktivt for injeksjonsbruk, har det kommet rapporter om at tabletter har blitt oppløst og injisert. Misbrukspotensialet for buprenorfin støttes av rapporter fra enkelte land om spredning av stoffet på det illegale markedet. For å hindre illegal bruk av buprenorfin er det utviklet en ny variant av dette legemidlet, en kombinasjon med nalokson. Dette preparatet, Suboxone, fikk europeiske markedsførings-tillatelse i 2006.

I januar 2007 introduserte Nederland heroinassistert behandling som en alternativ behandling for opioidavhengighet og utvidet samtidig antallet behandlingssplasser til rundt 1 000. Med dette ble Nederland sammen med Storbritannia et av to europeiske land som tilbyr slik behandling. Antallet klienter som mottar heroin i Europa er svært lavt, og behandlingen er vanligvis forbeholdt spesielt kroniske tilfeller hvor andre behandlingalternativer har mislyktes. Effekten av heroin som substitusjonsmedikament har også blitt undersøkt i eksperimentell forskning i både Spania (March et al., 2006) og Tyskland (Naber og Haasen, 2006). Begge studiene rapporterte positive funn, noe som tyder på at denne tilnærmingen kan egne seg for sosialt ekskluderte opioidbrukere med alvorlige problemer som har respondert dårlig på annen behandling. Sammen med tidligere arbeider har disse studiene av heroinforskrivelse stimulert til debatt om hvorvidt denne behandlingsformen burde bli mer tilgjengelig.

Behandlingsdata

EONN samler inn to typer informasjon om narkotikabehandling i Europa. Indikatoren for etterspørsel etter behandling er basert på en kartlegging i hele Europa av kjennetegn ved klienter som påbegynner behandling. Medlemsstatene bes samtidig legge fram data som beskriver den generelle strukturen på og tilgjengeligheten av tjenester.

Data fra TDI – indikatoren for behandlingsetterspørsel

Data fra kartleggingen av klienter som påbegynner narkotikabehandling i Europa, gir innblikk ikke bare i den bredere epidemiologiske situasjonen når det gjelder bruksmønstre og trender, men også i den relative etterspørselen etter og tilgjengeligheten av ulike

Prosedyre for europeisk markedsføringstillatelse for legemidler

Det europeiske legemiddelkontoret (EMA) har ansvar for å gjennomføre vitenskapelige evalueringer av søknader om europeiske markedsføringstillatelser for legemidler. Legemidler som godkjennes gjennom den sentrale prosedyren, tildeles en felles markedsføringstillatelse som gjelder i alle medlemsstatene i Den europeiske union.

Alle godkjente legemidler er også gjenstand for sikkerhetsovervåking. Dette foregår gjennom EUs nettverk av nasjonale legemiddelverk, som samarbeider tett med både helsepersonell og legemiddelselskaper.

EMA utgir en offentlig vurderingsrapport (European public assessment report – EPAR) for hvert sentralt godkjente produkt som er tildelt markedsføringstillatelse. EPAR-ene publiseres på EMAs nettside (<http://www.emea.europa.eu/>), og et sammendrag er offentlig tilgjengelig på alle EUs offisielle språk. EMA samarbeider også med EONN og Europol i arbeidet med å oppdage nye trusler på narkotikafeltet i Europa i henhold til rådsbeslutningen (se kapittel 7).

behandlingsformer. Dette kan skape vanskeligheter i fortolkningen av den tilgjengelige informasjonen, da en økning i antallet som behandles for et bestemt narkotikaproblem, både kan tyde på at etterspørselen etter tjenesten har gått opp, og at tilgjengeligheten av en bestemt type tjeneste har økt. For å hjelpe på analysen av denne typen data gjøres det et skille mellom nye behandlingssøknader og det totale antallet behandlingssøknader. Skillet er basert på antakelsen om at nye behandlingssøknader bedre gjenspeiler endringer i generelle bruksmønstre, og at det totale antallet gjenspeiler den generelle etterspørselen i sektoren som helhet.

Informasjonen fra indikatoren for etterspørsel etter behandling (TDI) dekker ikke alle mennesker som får narkotikabehandling, som er et betydelig større antall; den registrerer bare klienter som etterspør behandling i løpet av rapportåret. Et pilotprosjekt som er i ferd med å bli gjennomført i 2007, tar sikte på å utvide det europeiske datagrunnlaget til å omfatte klienter i kontinuerlig behandling⁽¹²³⁾ samt evaluere dekningen av nasjonale rapporteringssystemer.

I mange land er opioider, hovedsakelig heroin, fremdeles det rusmiddelstet flest klienter søker behandling for. Av de

326 000 søknadene om behandling innrapportert for 2005 under indikatoren for behandlingsetterspørsel, ble opioider registrert som primærrusmiddel i om lag 40 % av tilfellene, og ca. 46 % av disse klientene rapporterte at de injiserte stoffet⁽¹²⁴⁾.

Andre land rapporterer en betydelig andel behandlingssøknader relatert til andre opioider enn heroin. I Finland er andre opioider, særlig buprenorfin, primærrusmiddel for 41 % av narkotikaklientene, og i Frankrike rapporteres 7,5 % av klientene å bruke buprenorfin. I Storbritannia og Nederland rapporteres rundt 4 % av klientene å ha metadon som primærrusmiddel. I Spania, Latvia og Sverige påbegynner mellom 5 % og 7 % av narkotikaklientene behandling for bruk av andre (uspesifiserte opioider) enn heroin og metadon⁽¹²⁵⁾. I Ungarn, hvor bruken av hjemmelagde opiumsvalmue-produkter lenge har vært utbredt, er rundt 4 % av behandlingssøknadene relatert til opium.

De fleste opioidbrukere rapporteres av polikliniske behandlingssenheter. I Sverige rapporteres imidlertid 71 % av klientene av døgninstitusjoner, noe som tyder på at tjenestene her er strukturert på en annen måte. Storbritannia rapporterer også om en liten prosentandel (3 %) opioidklienter som søker behandling i døgninstitusjon⁽¹²⁶⁾. De få landene som rapporterer data for behandlingssøknader i lavterskeltilbud, rapporterer at en betydelig andel av narkotikaklientene søker behandling for opioidbruk⁽¹²⁷⁾.

Ikke-opioidklientenes andel øker i TDI-dataene, og det faktiske antallet nye klienter som søker behandling for bruk av opioider, synker i mange land. Det absolutte antallet rapporterte nye søknader om behandling for heroin som primærrusmiddel gikk ned fra 80 000 i 1999 til 51 000 i 2005⁽¹²⁸⁾.

Substitusjonsbehandling i tall

Det anslås at minst 585 000 personer fikk substitusjonsbehandling i EUs medlemsstater og Norge i 2005. Estimater er basert på kartleggingsaktiviteter som de fleste landene har gjennomført, og gir et generelt bilde av tilgjengeligheten av tjenester. Tallet er sannsynligvis et minsteanslag, da enkelte behandlingssopplegg trolig er underrapportert, f.eks. behandling som administreres av allmennleger eller i fengselsmiljøer.

⁽¹²³⁾ Se <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1420> (møterapport for 2006).

⁽¹²⁴⁾ Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹²⁵⁾ Se tabell TDI-114 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹²⁶⁾ Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹²⁷⁾ Se tabell TDI-119 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹²⁸⁾ Se figur TDI-1 i Statistiske opplysninger 2007.

De langt fleste klientene i behandling (97 %) rapporteres av EU-15, som også står for mesteparten (80 %) av alle behandlingssøknader rapportert i TDI-dataene. Dette er mer enn syv ganger fler enn i 1993, da antallet klienter i substitusjonsbehandling ble anslått til rundt 73 000 (Farrell, 1995). Dataene viser en økning på ca. 15 % i antallet klienter i EU og Norge fra 2003 til 2005. Dette skyldes hovedsakelig økninger i Tyskland (som har en økning på anslagsvis 8 300 klienter), Frankrike (5 706), Italia (6 234), Portugal (4 168) og Storbritannia (41 500) ⁽¹²⁹⁾. I 2005 ble det rapportert om en stabilisering i antallet klienter i substitusjonsbehandling i Nederland (122 tilfeller pr. 100 000 innbyggere) og Luxembourg (355 tilfeller pr. 100 000).

Den største relative veksten fra 2003 til 2005 ble observert i (men var ikke begrenset til) noen av de nye medlemsstatene. Landene som rapporterte en betydelig økning (over 40 %), var bl.a. Bulgaria, Estland, Hellas, Litauen, Romania og Norge. Økningen falt sammen med en geografisk utvidelse av tilgjengeligheten av substitusjonsbehandling i mange av disse landene. Tilbudet om substitusjonsbehandling økte imidlertid ikke i alle medlemsstatene. Ungarn, Polen og Slovakia rapporterte om en relativt stabil situasjon, mens antallet klienter i Latvias høyterskel metadonprogram faktisk gikk ned fra 67 til 50. I Spania og Malta, begge land med historisk høye tilbuds nivåer, har tilbudet nylig gått ned, noe som kanskje gjenspeiler en generell nedgang i etterspørselen i disse landene.

Det innbyrdes forholdet mellom gjentatte behandlingssøknader, vedlikeholds nivåer og prevalensen av problembruk av opioider, er sammensatt. Omfanget av gjentatte behandlingssøknader og antallet klienter i vedlikeholdsprogrammer er avhengig av hvordan forekomsten og prevalensen av opioidbruk har utviklet seg historisk, i tillegg til hvordan behandlingsapparatet er organisert og hvilke typer tjenester som tilbys. For enkelte land kan estimert prevalensnivå for opioidbruk legges til grunn for å beregne forholdet mellom antallet klienter i vedlikeholdsbehandling og antallet problembrukere av opioider.

For EU-land som for 2005 hadde estimer over problembrukere av opioider tilgjengelig, er det gjort beregninger av utbredelsen av substitusjonsbehandling blant problembrukere av opioider (figur 10). Resultatene viser store forskjeller fra et land til et annet; fra under 10 % (Slovakia) til om lag 50 % (Italia) av opiatbrukerne. Dataene

tyder imidlertid på at det er nødvendig å se nærmere på tilgjengeligheten av behandlingsoptionene i alle land for å sikre at tilbudet i tilstrekkelig grad møter etterspørselen.

På tross av nylige økninger i substitusjonsbehandlingen i de baltiske statene og enkelte sentraleuropeiske land, er antallet plasser lavt sammenlignet med det anslåtte antallet opioidbrukere i disse medlemsstatene, med unntak av Slovenia. Et anslag fra Estland tyder på at bare 5 % av heroinbrukerne i de fire storbyområdene dekkes av substitusjonsprogrammer, og at dette tallet er så lavt som 1 % på nasjonalt plan.

Etterspørsel etter behandling for opioidbruk

Andelen behandlingssøknader som gjelder opioider som primærusmiddel, gjenspeiler til en viss grad den relative prevalensen av illegale opioider som et problemusmiddel som trenger (videre) behandling, selv om den påvirkes av organiseringen av behandlingstjenestene og rapporteringssystemet.

Andelen klienter som søker behandling for opioidbruk varierer landene imellom. Ifølge de nyeste tilgjengelige dataene står opioidbrukere for 40–70 % av alle behandlingssøknader i 12 land, under 40 % i syv land og over 70 % i seks land ⁽¹³⁰⁾.

Prosentandelen som alle søknader om behandling for heroinbruk utgjør av det totale antallet søknader om narkotikabehandling, har gått ned fra 74 % i 1999 til 61 % i 2005. Bulgaria og Storbritannia var de eneste landene som ikke rapporterte om noen nedgang ⁽¹³¹⁾.

Den absolutte nedgangen i nye søknader om behandling for bruk av opioider, dvs. hovedsakelig heroin, bekreftes av trenden for nye heroinklienter: Alle landene, unntatt Bulgaria og Hellas, rapporterte om en nedgang i andelen nye søknader som gjaldt heroin som primærusmiddel blant nye narkotikaklienter de siste syv årene. Fra 1999 til 2005 sank andelen nye heroinklienter blant alle nye narkotikaklienter fra 70 % til 37 %.

Klienter som søker behandling

De som søker behandling for opioidproblemer, er relativt gamle sammenlignet med de som søker hjelp for problemer med andre rusmidler ⁽¹³²⁾, og rapporterer som oftest verre sosiale forhold. Arbeidsledighetsnivået blant opioidklientene er relativt høyt, utdanningsnivået lavt, og mellom 10 % og 18 % rapporteres å være bostedsløse.

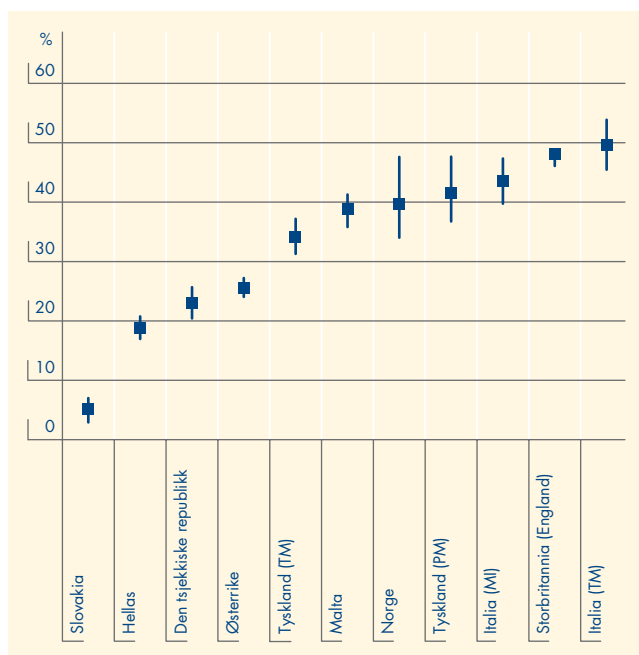
⁽¹²⁹⁾ Se tabell HSR-7 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹³⁰⁾ Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹³¹⁾ Se figur TDI-3 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹³²⁾ Se tabell TDI-10 i Statistiske opplysninger 2007.

Fig. 10: Antall klienter i vedlikeholdsbehandling med opioider, i prosent av anslått antall problematiske opioidbrukere, 2005



NB: Denne informasjonen er bare tilgjengelig for ni land. Punkt viser til et punktestimat og en strek viser til et toleranseområde som har sitt utspring i beregningsprosedyrene. Antall opioidbrukere er anslått ved hjelp av ulike metoder: TM = treatment multiplier; PM = police multiplier; MI = multivariate indicator. Hvis ingen metode er indikert, representerer linjen et intervall mellom ytterendene av nedre og øvre skranke for alle estimater. For ytterligere informasjon, se figur HSR-3 i Statistiske opplysninger 2007.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter.

De fleste klientene (60 %) rapporterer å ha begynt å bruke opioider før fylte 20 år, og første gangs bruk etter fylte 25 år var svært uvanlig ⁽¹³³⁾. Det gikk i snitt 7–8 år fra

første gangs bruk av opioider til den første kontakten med behandlingsapparatet: gjennomsnittsalderen for første gangs opioidbruk var 22 år, og gjennomsnittsalderen for første behandlingssøknad var 29–30 år. Personer som søkte behandling i døgninstitusjon var typisk litt eldre enn de som fikk behandling poliklinisk, og dataene tilsier at det gikk kort tid fra første behandling til påfølgende behandlingsepisoder.

Det er tre menn for hver kvinne blant polikliniske opioidklienter og fire menn for hver kvinne blant institusjonsklienter. Det er imidlertid forskjeller landene imellom, og andelen menn er typisk høyere i den behandlede befolkningen i søreuropeiske land.

Blant opioidklienter i Europa som søkte behandling, og der inntaksmetoden var kjent, injiserte gjennomsnittlig 58 % stoffet (53 % blant nye klienter). Andelen sprøytebrukere er høyest i Romania, Den tsjekkiske republikk og Finland og lavest i Nederland, Danmark og Spania ⁽¹³⁴⁾.

De fleste opioidklienter er blandingsbrukere som tar opioider i kombinasjon med andre sekundærmedisiner, hovedsakelig andre opioider (35 %), kokain (23 %) og cannabis (17 %) ⁽¹³⁵⁾.

Enkelte land rapporterer en høy grad av samtidig forekomst av opioidavhengighet og andre psykiatriske lidelser blant opioidbrukerne. Den samme observasjonen er også gjort i mange kliniske studier, noe som indikerer at tung depresjon, angstlidelser, antisosial og borderline personlighetsforstyrrelser er relativt vanlige lidelser blant opioidbrukere (Mateu et al., 2005).

⁽¹³³⁾ Se tabell TDI-11, TDI-107 og TDI-109 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹³⁴⁾ Se tabell TDI-4 og TDI-5 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹³⁵⁾ Se tabell TDI-23 i Statistiske opplysninger 2007.



Kapittel 7

Nye trender og tiltak mot nye stoffer

Nye narkotikatrender etterligner, forsterker eller erstatter tidligere populære narkotikatrender og reiser spørsmål om hvorfor folk bruker psykoaktive stoffer. De nye trendene innen narkotika- og alkoholbruk må derfor ikke bare forstås i forhold til politiske endringer gjennomført av regjeringene, men må også sees i forhold til hverandre og innenfor en bredere kontekst av moter og sosiokulturelle endringer i fritidsaktiviteter.

Utviklingen innen informasjonsteknologi og kommunikasjonsmedier, særlig internett, skaper kanaler som bidrar til spredning av nye trender og gir rom for meningsytringer om narkotikabruk og tilhørende risikoer.

Nye eller endrede mønstre for narkotikabruk begynner vanligvis lokalt, gjerne i en by, og svært få medlemsstater har f.eks. overvåkingssystemer som kan varsle om forekomsten av dødelige og ikke-dødelige forgiftninger av nye psykoaktive stoffer. I og med at en oversikt over situasjonen nødvendigvis vil være ufullstendig, vurderes den innsamlede informasjonen om kommende narkotikatrender i Europa ved hjelp av triangulering av informasjon fra en rekke ulike kilder.

Dette kapitlet rapporterer om utviklingen i den senere tid i den illegale bruken av psykoaktive stoffer som ikke rutinemessig omfattes av nøkkelindikatorerne for narkotika og som først nylig av beslutningstakerne er identifisert som et potensielt problem, eller som først nylig har fått oppmerksomhet i mediene.

Piperaziner: nye psykoaktive stoffer

Den viktigste utviklingen når det gjelder nye psykoaktive stoffer i de senere år, er utbredelsen av diverse nye piperazin-derivater, hvorav en rekke dukket opp i Europa mellom 2004 og 2006.

Denne gruppen syntetiske stoffer er avledet av den opprinnelige forbindelsen piperazin og omfatter BZP (1-benzylpiperazin) og mCPP (1-(3-klorofenyl)piperazin). Disse to stoffene er lett å få tak i hos kjemikalieleverandører og på internett, og den illegale produksjonen begrenser seg stort sett til framstilling av tablett eller kapsler.

BZP

Studier har sammenlignet den psykologiske og subjektive virkningen av BZP med amfetamin, og styrken på BZP er anslått til om lag en tidel av deksamfetamin.

I de senere år har produkter som inneholder BZP, av diverse forhandlere blitt aggressivt markedsført som lovlige alternativer til ecstasy, i trykte medier, på internett, i egne butikker samt boder på klubber og festivaler, og noen ganger kanskje omsatt som "ecstasy". BZP tilbys i ulike kombinasjoner med andre piperaziner, og noen, særlig BZP i kombinasjon med TFMPP⁽¹³⁶⁾, antas å være laget for å kopiere virkningen av ecstasy. Disse produktene er tydelig merket med piperazin-innhold, men framstilles ofte feilaktig som "naturlige" eller "urtebaserte".

Dokumentasjonen som er samlet inn i EU om kommende trender innen narkotikabruk, tyder på at de kan parallellføres med forbrukertrender i lovlig markeder – f.eks. kan syntetiske stoffer som BZP, ved at de markedsføres som "naturlige" eller "urtebaserte", appellere til forbrukere med interesse for naturprodukter. I tillegg oppfattes BZP som sikrere i og med at produktene ofte selges av egne forhandlere eller i spesialbutikker, og ikke på gaten.

BZP er funnet i 14 av EUs medlemsstater (Belgia, Danmark, Tyskland, Irland, Hellas, Frankrike, Malta, Nederland, Østerrike, Portugal, Spania, Sverige, Finland og Storbritannia) samt Norge.

Det foreligger beviser for at BZP er forbundet med helserisiko, og sikkerhetsmarginene ved rekreasjonsbruk av stoffet synes små. I Storbritannia er det registrert tilfeller hvor BZP-forgiftninger er klinisk observert, og BZP er toksikologisk påvist som det eneste inntatte psykoaktive stoffet hos brukere som har opplevd alvorlige bivirkninger, i noen tilfeller akutsituasjoner. Ingen dødsfall kan imidlertid direkte tilskrives BZP. I mars 2007 svarte EU på den økende bekymringen for bruken av BZP ved å formelt be om en risikovurdering av de helsemessige og sosiale risikoene stoffet medfører⁽¹³⁷⁾.

⁽¹³⁶⁾ 1-(3-trifluormetylphenyl)piperazin.

⁽¹³⁷⁾ Se <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

mCPP

Den stimulerende og hallusinogene virkningen av mCPP har blitt beskrevet som lik effekten av ecstasy (MDMA). Tabletter som inneholder mCPP, er ofte utformet slik at de ligner på og kan selges som ecstasy, og stoffene forekommer noen ganger i kombinasjon. Antakelig er tilsetningen av mCPP ment å forsterke eller forbedre virkningen av MDMA.

Siden 2004 har mCPP blitt funnet i 26 medlemsstater (alle unntatt Kypros) og Norge. Det gjør det til det mest utbredte av de nye psykotrope stoffene i EU noensinne siden det europeiske systemet for tidlig varsling startet i 1997.

Det er ikke rapportert om forgiftning eller dødsfall i forbindelse med mCPP i Den europeiske union. Lite tyder på at stoffet er spesielt farlig med hensyn til akutt toksisitet, men den kroniske toksisiteten (ved langvarig bruk) er ennå ikke klarlagt.

GHB

Åpent salg av GHB på internett⁽¹³⁸⁾ har blitt slått ned på etter at stoffet i mars 2001 ble oppført i tillegg IV til FN-konvensjonen om psykotrope stoffer. Samtlige EU-land er derfor pålagt å kontrollere stoffet i henhold til nasjonal lovgivning om psykotrope stoffer. GHB har blitt brukt terapeutisk som bedøvelse i Frankrike og Tyskland og

Narkotikarelaterte seksuelle overgrep

Mediene og medisinsk litteratur har siden 1980-tallet rapportert stadig flere tilfeller av seksuelle overgrep der en person har blitt offer for i det skjulte å ha fått tilsatt stoff i noe de drikker. Det er imidlertid svært vanskelig å legge fram rettsmedisinske beviser for denne typen lovbrudd. Rettsmedisinske studier avslører at høye konsentrasjoner av alkohol og reseptbelagte benzodiazepiner ofte identifiseres i tilfeller av påståtte seksuelle overgrep (over 80 % av tilfellene i Frankrike og 30 % i Storbritannia). Stoffet som GHB er imidlertid svært vanskelig å oppdage, og følgelig blir mulighetene for å framlegge bevis begrenset i tilfeller av påståtte overgrep som ikke umiddelbart blir rapportert. Rettsmedisinske beviser som er tilgjengelig fra studier utført siden 2000 (i Storbritannia, Frankrike, USA og Australia), tyder på at det er relativt uvanlig å få noen til innta stoff uten at de vet det med tanke på seksuelle overgrep. Forekomsten kan imidlertid være høyere enn det som er identifisert, grunnet manglende eller forsinket rapportering.

i behandlingen av alkoholabstinens i Østerrike og Italia. I juni 2005 anbefalte EMEAs vitenskapelige komité for legemidler til mennesker (CHMP) å tildele medikamentet Xyrem markedsføringstillatelse (hvor GHB er virkestoff) for behandling av katapleksi hos voksne som lider av narkolepsi (EMEA, 2005)⁽¹³⁹⁾.

GHB kan enkelt framstilles av prekursorer gamma-butyrolakton (GBL) og 1,4-butandiol (1,4-BD), som er vanlige løsningsmidler i industrien og lett tilgjengelig i handelen. Enkelte land har innsett potensialet for misbruk av disse prekursorer og valgt å sette ett eller begge opp på narkotikalistens eller reguleres stoffene i lovgivningen (Italia, Latvia og Sverige). Fordi de fleste medlemsstatene ikke kontrollerer GBL og nettbaserte kjemikalieleverandører gjør stoffet lett tilgjengelig, synes det som om noen GHB-brukere har begynt å bruke GBL i stedet. Kvalitative analyser av internettbaserte fora for GHB og andre stoffer i Storbritannia, Tyskland og Nederland tyder på at brukerne får tak i GBL fra kjemikalieleverandører som selger GBL for ulike lovlige formål.

Prevalens og bruksmønstre

Alle tilgjengelige informasjonskilder tilsier at den generelle prevalensen av GHB-bruk er lav, og at noe vesentlig bruksnivå er begrenset til enkelte subpopulasjoner. En internettundersøkelse i Storbritannia fant at GHB oftere ble brukt i hjemmet (67 %) enn i utelivsmiljøer (26 %) (Sumnall et al., 2007). En undersøkelse av 408 pubgjester i Amsterdam i 2005 rapporterte om betydelig høyere livstidsprevalens av GHB blant klientell på homofile barer og trendy kafeer (henholdsvis 17,5 % og 19 %) enn på puber og kafeer som kan karakteriseres som "mainstream", eller på spesielle studentsteder (henholdsvis 5,7 % og 2,7 %) (Nabben et al., 2006).

Trender

Manglende informasjon gjør det vanskelig å vurdere trender innen GHB-bruk, men tilgjengelig dokumentasjon tilsier at bruken av GHB fortsatt begrenser seg til små subpopulasjoner. Data fra undersøkelser i "dance"-miljøer i Belgia, Nederland og Storbritannia indikerer at bruken av GHB kan ha nådd en topp rundt 2000–03, for siden å ha sunket. Det er imidlertid uklart om dette også gjelder andre undergrupper. Det er verdt å merke seg at hjelp-telefonene for narkotika i Finland registrerte samtaler om GBL for første gang i 2005 (FESAT, 2005).

⁽¹³⁸⁾ Begrepet GHB omfatter eventuell bruk av GBL og 1,4-BD.

⁽¹³⁹⁾ Se "Prosedyre for europeisk markedsføringstillatelse for legemidler", s. 68.

Internett som kilde til informasjon om kommende narkotikatrender

I 2004 sa over en tredel av ungdom i EU at de ville søke på internett om de ønsket å vite mer om rusmidler (Eurobarometer, 2004). Dersom ungdom virkelig bruker internett til å skaffe seg informasjon, kan man spørre seg om informasjonen de kommer over vil være objektiv og nøyaktig. En rekke nettsteder tar opp spørsmål som gjelder narkotikabruk. Noen er statsstøttet, andre drives av lobbygrupper, av brukere eller av støttenettverk. I tillegg til å fungere som en kilde til informasjon om rusmidler har internett blitt en markeds plass for både lovlige og ulovlige stoffer, og flere nettsteder selger både illegale stoffer og lovlige alternativer. Ved å utnytte internets markedsføringspotensial gjennom nettbaserte markedsføringsstrategier som raskt endres i takt med brukernes behov så vel som endringer i lovverk og markeds situasjon, har nettbaserte narkotikaforhandlere et potensial til å spre nye bruksmetoder eller produkter.

Innenfor rammen av E-POD-prosjektet (European perspective on drugs) undersøker EONN hvordan internett kan brukes som en kilde til informasjon om kommende narkotikatrender. På EU-plan gjennomføres det også tiltak for å tilby pålitelig informasjon om folkehelse spørsmål. EUs nye folkehelseportal fungerer som en inngangsport til en rekke europeiske folkehelse ressurser, herunder narkotikarelatert informasjon (1).

(1) <http://ec.europa.eu/health-eu>

Helserisiko

Den viktigste helserisikoen forbundet med GHB synes å være risikoen for bevisstløshet, særlig når stoffet kombineres med alkohol eller andre beroligende midler. GHB kan også føre til koma, redusert kroppstemperatur, hypotoni, hallusinasjoner, kvalme, oppkast, bradykardi og respirasjonsdepresjon. Fysisk avhengighet av GHB har blitt observert etter langvarig bruk, og muligheten for at stoffet kan være iblandet løsningsmidler eller tungmetaller, medfører ytterligere helserisiko.

Siden 1993 har EONN fått rapporter om GHB-relaterte dødsfall fra fem medlemsstater og Norge: Danmark og Italia (ett tilfelle hver), Finland og Norge (tre tilfeller hver) samt Sverige og Storbritannia (ca. 40 GHB-relaterte dødsfall).

I 2005 hadde Amsterdam 76 ikke-fatale akutttilfeller som skyldtes bruken av GHB. Som i foregående år sto GHB for flere akutttilfeller enn hallusinogene sopper (70 tilfeller), ecstasy (63 tilfeller), amfetamin (tre tilfeller) og LSD (ett tilfelle). Sammenlignet med andre stoffer krevde mange av GHB-tilfellene (84 %) transport til sykehus. Antallet henvendelser til Nederlands nasjonale giftsentral om

informasjon om GHB økte med 27 % (241 av totalt 1 383 henvendelser) i 2005 sammenlignet med 2004.

Risikoreducerende tiltak

Tiltak mot bruken av GHB gjennomføres vanligvis av nasjonale eller lokalmiljøbaserte prosjekter som retter seg mot utelivsmiljøer, og består vanligvis av opplæring av ansatte og spredning av informasjon om risikoen ved bruk av GHB (Tyskland, Frankrike, Nederland, Østerrike og Storbritannia). Sentralt i informasjonen som distribueres om GHB, er råd om hvilke forholdsregler man kan ta i utelivsmiljøet for å unngå at noen tilsetter stoffet i andres drikke, og hvilke tiltak som må iverksettes ved mulige overdoser. Team som kan utføre førstehjelp ved narkotika- og alkoholproblemer, er i økende grad til stede på større tilstelninger for å hjelpe til ved tilfeller som involverer GHB eller andre stoffer.

Ketamin

EU har overvåket ketamin siden det i 2000 for første gang meldte seg bekymring for misbruk av dette stoffet (EONN, 2002). På nasjonalt plan er ketamin regulert av narkotikalovgivningen i nesten halvparten av EUs medlemsstater (og ikke av legemiddel-lovgivningen). Sverige og Storbritannia førte ketamin opp på narkotikalisten i henholdsvis 2005 og 2006. WHO utførte nylig en kritisk gjennomgang av ketamin og konkluderte med at internasjonal kontroll ville skape problemer med tilgjengeligheten av stoffet for bruk i legemidler for mennesker i fjerntliggende områder av verden samt i veterinærpreparater, i og med at det ikke finnes egnede alternativer (WHO, 2006). I kjølvannet av denne gjennomgangen utarbeidet FNs narkotikakommisjon i mars 2007 et utkast til resolusjon om tiltak mot misbruk og omsetning av ketamin. Der ble medlemsstatene oppfordret til å innføre forebyggende tiltak som deres offentlige organer kan ta i bruk for i tide å oppdage omsetning av ketamin.

Nye psykoaktive stoffer

Rådsbeslutning 2005/387/JIS av 10. mai 2005 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer oppretter en ordning for rask utveksling av informasjon om nye psykoaktive stoffer som kan utgjøre en folkehelse- og samfunnstrussel. EONN og Europol har i tett samarbeid med sine nettverk – henholdsvis de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettverket og Europols nasjonale enheter – fått en sentral rolle i arbeidet med å oppdage og rapportere om nye psykoaktive stoffer (1).

(1) <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

Det foreligger få epidemiologiske data om bruken av ketamin. En skoleundersøkelse som nylig ble gjennomført i Storbritannia, rapporterte imidlertid om en livstidsprevalens på under 0,5 %. Det finnes også en

del data fra undersøkelser i "dance"-miljøer, og de ulike studiene av denne høyrisikogruppen rapporterer om tall for livstidserfaring med ketamin fra 7 % i en tsjekkisk studie til 21 % i et ungarsk utvalg.



Kapittel 8

Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall

Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer

Data innsendt til EONN og Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS (EuroHIV, 2006), tyder på at HIV-smitten blant sprøytebrukere var lav i de fleste landene i Den europeiske union ved utgangen av 2005. Dette kan i alle fall delvis skyldes økt tilgjengelighet av forebyggende tiltak, behandling og skadereduserende tiltak, herunder substitusjonsbehandling og sprøytespiss- og sprøyte-bytteprogrammer, selv om andre faktorer, som nedgangen i sprøytebruk flere land har registrert, også kan ha hatt betydning. I flere av EUs land og regioner ser det imidlertid ut til at andelen sprøyterelatert HIV-smitte i 2005 fortsatt var relativt høy ⁽¹⁴⁰⁾, noe som understreker behovet for å sikre dekning og effekt av lokale forebyggingstiltak.

Kartleggingen av narkotikarelaterte infeksjonssykdommer blant europeiske sprøytebrukere har for tiden fokus på HIV/AIDS og viral hepatitt (B og C). Den består av to supplerende systemer: innrapportering av tilfeller (eller "meldinger", dvs. absolutte tall for nylig rapporterte/innmeldte tilfeller) og "kartlegging av seroprevalens" (eller "sentinel surveillance", dvs. prosentandelen som tester positivt i utvalg av sprøytebrukere) (figur 11) ⁽¹⁴¹⁾. Begge systemene vil være ufullstendige, og landene har ulike datatilfang. Selv om dataene som produseres av de to systemene må fortolkes med varsomhet, gir de samlet sett likevel et mer komplett bilde av nyere epidemiologiske trender.

Indikatorer for HIV-forekomst og -prevalens

Rapportering av HIV-tilfeller

En viktig indikator for antallet (forekomsten, insidensen) nye infeksjoner blant sprøytebrukere kommer fra rapporter om tilfeller av nydiagnostiserte HIV-smittede. Det er en rekke forhold man bør ta hensyn til i fortolkningen av disse dataene. For eksempel vil smittede sprøytebrukere kanskje ikke bli diagnostisert hvis de ikke er i kontakt med helsetjenestene, nye smittetilfeller skyldes ikke nødvendigvis injeksjon av narkotika, og antallet identifiserte tilfeller kan

være påvirket av forskjeller med hensyn til testing eller rapportering landene imellom eller over tid.

Tilgjengelige data tyder på at antallet nye smittetilfeller blant sprøytebrukere var lavt i de fleste landene i 2005. Analysen påvirkes imidlertid av at flere høyprevalensland ikke har nyere data tilgjengelig (Estland, Spania, Italia og Østerrike). I 19 medlemsstater, hvorav de fleste aldri har opplevd store HIV-epidemier blant sprøytebrukerne, var antallet rapporterte tilfeller relatert til sprøytebruk under fem pr. million innbyggere i 2005. Irland og Luxembourg rapporterte høyere tall, henholdsvis 16 og 15 nye tilfeller pr. million. I Portugal, som rapporterte det høyeste tallet av alle land som hadde data for sprøytebrukere tilgjengelig (85 nye tilfeller pr. million i befolkningen generelt i 2005), ser situasjonen nå ut til å ha stabilisert seg etter en nedgang mellom 2000 og 2003 ⁽¹⁴²⁾. I Latvia, Litauen og trolig også Estland har antallet sprøytebruksrelaterte nye tilfeller falt kraftig siden epidemitoppen i 2001–02, selv om tallene fremdeles er høye sammenlignet med de fleste andre land. I Latvia falt antallet nye tilfeller fra 283 pr. million innbyggere i 2001 til 49 pr. million i 2005. Litauen opplevde en topp i 2002 (109 pr. million) etter et utbrudd blant innsatte, men har siden hatt en nedgang til 25 nye tilfeller pr. million i 2005. Selv om Estland har hatt en markant nedgang i HIV-smitte, rapporterer landet fremdeles det høyeste antallet nye HIV-smittede i EU. Det foreligger ikke sprøytebruksrelaterte data for Estland, men injeksjon vil trolig fortsatt være den viktigste smitteveien for HIV i dette landet.

HIV-prevalens blant unge og nye sprøytebrukere

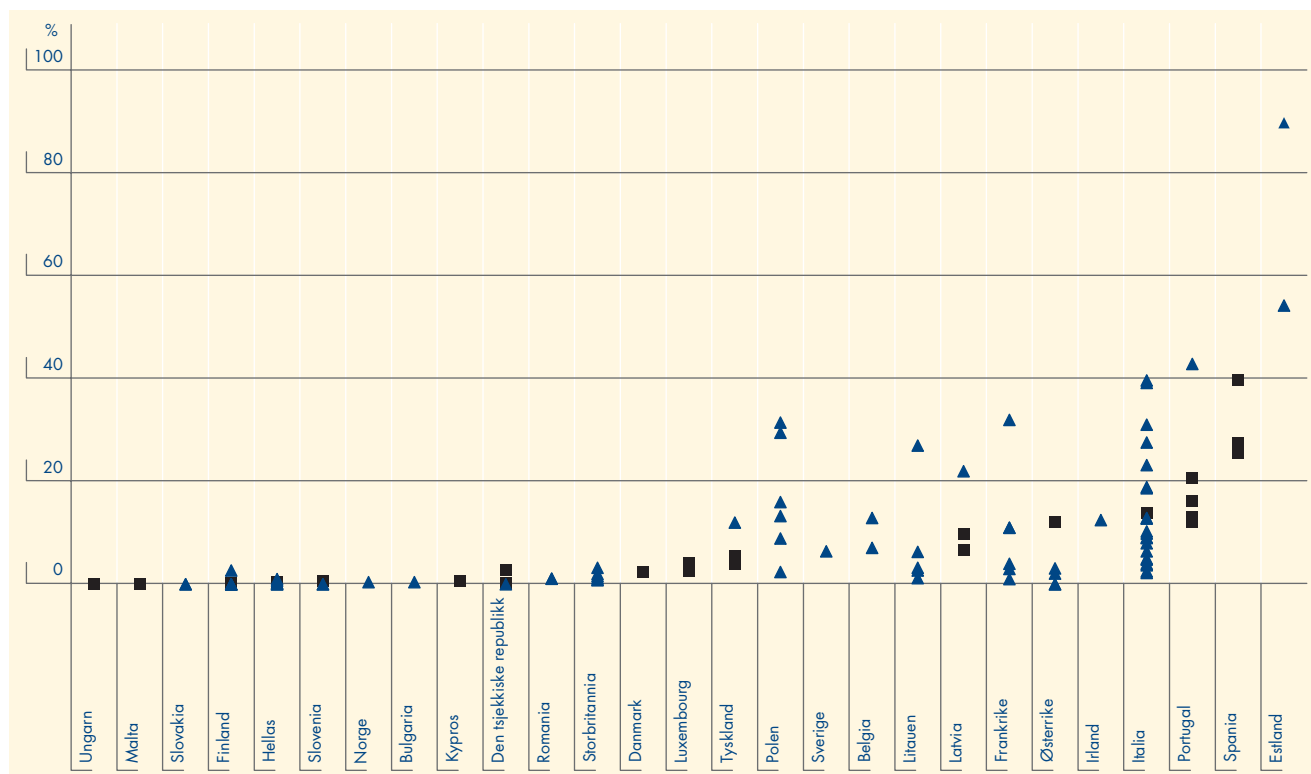
Konklusjonene som følger av de tilgjengelige dataene for innrapporterte tilfeller, understøttes av analysen av nivåene av HIV-smitte i utvalg av nye (sprøytebruk i mindre enn to år) og unge sprøytebrukere (under 25 år). Dataene fungerer som proxy-indikatorer for HIV-forekomst, da smitten i disse gruppene etter all sannsynlighet har oppstått nylig. Et høyt nivå av HIV-smitte (over 5 % i 2004–05) i disse undergruppene (fra prevalensstudiene som rapporteres herunder) understøtter indikasjonene på høy forekomst

⁽¹⁴⁰⁾ Se figur INF-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁴¹⁾ Enkelte av prevalensstudiene på området er i liten målestokk: bare utvalg på mer enn 50 personer og statistisk signifikante ($p < 0,05$) tidstrender rapporteres i denne delen.

⁽¹⁴²⁾ Økningen i 2004 (HIV-tilfeller) og 2005 (AIDS-tilfeller) i Portugal kan skyldes økt oppmerksomhet og rapportering fra fagpersonell etter diskusjoner om endringen til obligatorisk HIV-rapportering i 2005.

Fig. 11: Estimater fra nasjonale og subnasjonale studier av HIV-prevalens blant sprøytebrukere, 2004/05



NB: Svart kvadrat = nasjonale utvalg; blå trekant = subnasjonale utvalg (herunder lokale og regionale). Anslag for Spania og Sverige inneholder data fra 2006, data for Irland og Latvia er fra 2003, data fra Slovakia er fra 2003–04. Landene presenteres etter stigende prevalens basert på gjennomsnittet av nasjonale data, eller dersom det ikke er tilgjengelig, subnasjonale data. Sammenligninger mellom land må bare gjøres med varsomhet grunnet ulike typer miljøer og studiemetoder. Nasjonale utvalgsstrategier varierer – se figur INF-3 i Statistiske opplysninger 2007 for ytterligere opplysninger. Alle de rapporterte utvalgene er større enn 50.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, nærmere opplysninger om studiene og data før 2004, se tabell INF-8 del (i) og del (ii) og tabell INF-0 del (i) i Statistiske opplysninger 2007.

i den senere tid blant sprøytebrukere i Portugal (nasjonale data), Litauen og Estland (regionale eller kommunale data) og tyder på at dette også er tilfelle i en av de tre polske byene det rapporteres fra ⁽¹⁴³⁾. Merk at størrelsen på disse underutvalgene generelt er liten, og at enkelte land ikke har tilgjengelige seroprevalensdata for HIV blant unge og nye sprøytebrukere.

Trender i utbredelsen av HIV

Økende HIV-prevalens i gjentatte utvalg av sprøytebrukere kan også tyde på pågående smitte, selv om nedgangen i dødelighet blant smittede sprøytebrukere eller et synkende antall sprøytebrukere som ikke er smittet, kan påvirke resultatet. De fleste tilgjengelige tidsseriene for EU viser stabil prevalens. Dermed skulle antallet smittede sprøytebrukere som dør, veie opp for det antallet sprøytebrukere som pådrar seg HIV-smitte. Uansett viser flere tidsseriestudier geografisk spredte økninger i prevalens i ni land siden 2001, men da disse resultatene ofte opptrer sammen med stabile eller fallende trender i andre regioner, er det vanskelig å spore generelle trender. De aktuelle landene er Latvia (nasjonal

økning) og Litauen (økning i én by), men også Østerrike (nasjonal økning), Storbritannia (økning i England og Wales, men fremdeles lave nivåer) samt enkelte land hvor prevalensen fortsatt er svært lav (under 1 %). Disse lokale og nasjonale økningene i HIV-prevalens tilsier at det ikke er noen grunn til å være fornøyd med tilbudet av forebyggende tiltak rettet mot sprøytebrukere.

På den annen side rapporteres synkende prevalens fra Hellas (både nasjonalt og i én region), Spania (både nasjonalt og i én region) og Finland (nasjonalt). I tillegg rapporterer fire land – alle nye medlemsstater – gjennomgående lav prevalens siden 2001 (under 1 % i alle tilgjengelige data). Disse er Bulgaria (Sofia, men prevalensen øker), Ungarn (nasjonalt), Slovenia (to byer, men stigende) og Slovakia (to byer).

I over 90 tidsserier med gjentatte målinger av HIV-prevalens i utvalg av sprøytebrukere som er utført i 22 medlemsstater i EU samt Norge i perioden 2001–05, er det flere regioner med en nedadgående trend enn med en oppadgående.

⁽¹⁴³⁾ Se tabell INF-9 og INF-10 i Statistiske opplysninger 2007. Det rapporteres bare fra utvalg på 50 eller flere i årsrapporten.

Dataene tyder på at forekomsten av smitte blant sprøytebrukere ser ut til å være på vei ned, særlig i områder hvor prevalensen har vært høy, og at forebyggende og skadereduserende tiltak kan se ut til å virke ⁽¹⁴⁴⁾.

Anslag for EU

Ut fra tilgjengelige data over innrapporterte tilfeller og seroprevalensdata samt anslag over antallet sprøytebrukere og problematiske narkotikabrukere (se kapittel 6), kan vi anslå at det i EU finnes mellom 100 000 og 200 000 personer med HIV som noen gang i livet har injisert narkotika. Antallet nye diagnostiserte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere anslås å være om lag 3 500 pr. år i EU.

Forekomst av AIDS og tilgang til HAART

Høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) har vært tilgjengelig siden 1996. Ettersom behandlingen effektivt hindrer HIV i å utvikle seg til AIDS, har data om AIDS-forekomst blitt mindre nyttige som indikator for HIV-smitte. WHO anslår at dekningen av HAART er høy i EUs medlemsstater, søkerland og Norge, som alle rapporterer minst 75 % dekning ⁽¹⁴⁵⁾ selv om egne data for sprøytebrukere ikke er tilgjengelig. Data for AIDS-forekomst er fortsatt viktig da de gir indikasjoner på nivået av symptomatisk sykdom og innføringen og tilgjengeligheten av HAART.

Portugal har fortsatt den høyeste forekomsten av sprøytebruksrelatert AIDS og er det eneste landet som har registrert en nylig økning, med anslagsvis 36 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2005, opp fra 30 tilfeller pr. million i 2004. I tillegg har total dødelighet av AIDS (trolig relatert til injeksjon av narkotika) ikke gått ned mellom 1997 og 2002, noe om tyder på at tilgangen til HAART kan ha vært lav i perioden ⁽¹⁴⁶⁾. Når det gjelder de baltiske landene, registrerte Latvia en nedgang i AIDS-forekomst med 23 nye tilfeller pr. million i 2005, ned fra et toppnivå på 26 nye tilfeller pr. million i 2004. Estland har ikke lagt fram egne data for sprøytebrukere i 2005, men rapporterte om en økning mellom 2003 og 2004 (fra 4 til 13 tilfeller pr. million) ⁽¹⁴⁷⁾.

Hepatitt B og C

Mens HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU hovedsakelig er konsentrert til noen få høyprevalensland, er viral hepatitt

og særlig infeksjoner forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV) jevnere fordelt og langt mer utbredt.

Seksti studier fra 17 land rapporterer at over 60 % av utvalget av sprøytebrukere testet i perioden 2004–05 har antistoffer mot HCV (seks land av 28 rapporterer ingen data) ⁽¹⁴⁸⁾. Blant unge sprøytebrukere (under 25 år) i utvalgene hadde syv land høy prevalens (over 40 % i minst ett utvalg), og blant nye sprøytebrukere, hvor mange land ikke hadde data tilgjengelig, var prevalensen høy i Polen og Storbritannia ⁽¹⁴⁹⁾. Bare fem land rapporterte studier med en prevalens under 25 %.

Ut fra tilgjengelige data og anslag over antallet sprøytebrukere og problembrukere av narkotika (se kapittel 6) kan vi anslå at det i EU lever om lag én million mennesker med HCV-smitte, som noen gang i livet har injisert narkotika.

Utbredelsen av markører for hepatitt B-viruset (HBV) varierer mer enn markører for HCV, noe som sannsynligvis skyldes varierende vaksinasjonsnivå. Det mest komplette av de tilgjengelige datasettene gjelder antistoffer mot hepatitt kjerneantigen (anti-HBc), som indikerer tidligere smitte. I 2004–05 rapporterte seks land prevalenstill over 40 %.

Tidstrendene for meldte tilfeller av hepatitt B og C viser ulike bilder. Når det gjelder hepatitt B, synes andelen sprøytebrukere blant alle meldte tilfeller generelt å ha gått ned, noe som muligens gjenspeiler økt effekt av vaksinasjonsprogrammene. Det er ingen generell trend å spore når det gjelder andelen sprøytebrukere blant alle meldte tilfeller av hepatitt C ⁽¹⁵⁰⁾, men dette varierer svært mye fra land til land og tyder på forskjeller i hvordan hepatitt C overføres. For å kunne utforme bedre forebyggende og skadereduserende strategier på dette feltet, er det viktig å forstå hvilke faktorer som ligger til grunn for at infeksjonsratene kan variere så mye landene imellom.

Forebygging av infeksjonssykdommer

Det siste tiåret har det i EU vist seg økt konsensus om hvilke nøkkelementer som må inngå i tiltak mot infeksjonssykdommer blant sprøytebrukere for at de skal være effektive. I Europa er forebyggende multikomponent-tiltak solid etablert. Disse kan omfatte tilgang til egnet narkotikabehandling, særlig substitusjonsbehandling,

⁽¹⁴⁴⁾ Se tabell INF-8, INF-9 og INF-10 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁴⁵⁾ Se figur INF-14 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁴⁶⁾ Portugals nasjonale samordningsorgan for HIV/AIDS-smitte, Helseministeriet, 2006.

⁽¹⁴⁷⁾ Se figur INF-1 i Statistiske opplysninger 2007. Data for de to siste årene er anslag som er justert for rapporteringsforskjeller og kan derfor bli endret med tid (kilde: EuroHIV).

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabell INF-1, INF-12 og INF-13 i Statistiske opplysninger 2007. Det rapporteres bare fra utvalg på 50 eller flere i årsrapporten.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur INF-6 (del vii) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur INF-8 og INF-11 i Statistiske opplysninger 2007.

God fengselshelse er god folkehelse

De største utfordringene for folkehelsen de to siste tiårene har vært gjenoppblomstringen av smittsomme sykdommer som tuberkulose, økningen og spredningen av HIV/AIDS og den tilsynelatende ukontrollerte pandemien av problembruk av psykotrope stoffer. De mest sårbare gruppene av befolkningen er særlig utsatt. Særlig blant innsatte er narkotikaproblemer vanlig og smittsomme sykdommer relativt utbredt.

Narkotikabruken kan ofte fortsette i fengselet, eller i noen tilfeller starte der, og i dette miljøet kan høyrisikoatferd være utbredt. Fengslene har derfor potensial til å føre til høyere nivåer av potensielt livstruende smittsomme sykdommer, men de kan også bidra til å nå en særlig viktig målgruppe.

Med få unntak (Frankrike, Storbritannia (England og Wales) samt Norge) er spørsmålet om fengselshelse generelt en integrert del av retts- eller sikkerhetssystemet, ikke helse-systemet. Det kan føre til at fengselshelse betraktes atskilt fra generelle folkehelseiltak, noe som reiser spørsmål ved uavhengigheten, kvaliteten, tilgjengeligheten og nivået på helsetjenestene som tilbys.

Innsattes dårlige helsetilstand kan ha konsekvenser for den generelle folkehelsen når narkotikabrukere løslates og gjenopptar kontakten med familie og andre i lokalsamfunnet. Å påvise alvorlige smittsomme sykdommer som HIV og tuberkulose kan, sammen med relevant behandling og skadereduserende tiltak, bidra til å heve helsetilstanden i det samfunnet de innsatte kommer fra og skal returnere til. For narkotikaavhengige kan et fengselsbasert behandlingsprogram ikke bare bidra til den enkeltes helse, men også redusere sannsynligheten for framtidig lovbrudd.

For å øke kunnskapen om fengselshelse og om de enkelte tiltak er WHO's regionkontor for Europa i ferd med å opprette en database for innsamling av relevante fengsels-helseindikatorer og andre helsedeterminanter. Dette prosjektet, Health in Prison, støttes av Europakommisjonens folkehelseprogram. EONN er involvert i utviklingen av databasen sammen med WHO Europa og Det europeiske nettverket for narkotikaforebygging og smittevern i fengsler (European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison – ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

sprøytespiss-/sprøyte-bytteprogrammer, informasjon og distribusjon av forebyggende materiell, opplæring i risikoreduksjon, også opplæring blandt kolleger, frivillig rådgivning og testing for infeksjonssykdommer samt vaksiner og behandling av disse.

Uavhengig av balansen mellom disse elementene i de ulike landenes politikk er det bred enighet om at en koordinert, helhetlig folkehelsebasert tilnærming er nøkkelen til

å redusere spredningen av infeksjonssykdommer blant narkotikabrukere.

Nye retningslinjer har blitt publisert i år for å møte problemene med udiagnostisert HIV-smitte (WHO/UNAIDS, 2007). For å øke nivået av frivillig HIV-testing anbefales det at helsearbeidere inntar en mer proaktiv tilnærming til å anbefale testing og rådgivning, særlig ved behandlingstilbud som retter seg mot de mest risikoutsatte befolkningsgruppene, som sprøytebrukere. Et av budskapene som har framkommet av EONNs arbeid på området, er at regelmessige medisinske undersøkelser på frivillig basis, herunder testing for og rådgivning om HIV og andre infeksjonssykdommer, er et tilbud som er spesielt egnet for sprøytebrukere.

Vaksinasjon spiller en viktig rolle i forebyggingen av hepatitt A og B. Enkelte land tilbyr vaksine mot hepatitt B til hele befolkningen, mens andre retter seg mot antatte risikogrupper. Norge trappet opp vaksineringsen mot hepatitt A og B etter at epidemiske utbrudd av disse leversykdommene viste at injeksjonsbruken hadde spredt seg til mindre kommuner.

Den høye prevalensen av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere tyder på at det er behov for mer effektive tiltak mot denne sykdommen, som det ikke finnes noen vaksine mot. En rekke land har egne programmer for forebygging av hepatitt C, og det foregår en del interessant arbeid på området, f.eks. kampanjen "Stopp hepatitt C", som har pågått i Oslo siden 2003. Kampanjen har som mål å nå ut til narkotikabrukerne før de begynner å bruke sprøyter eller på et tidlig stadium i sprøytebruken.

Behandlingsapparatet og skadereduksjons-tiltakene må også utvikle tiltak mot risikoen klientene utsetter seg for gjennom seksuell atferd. I tillegg til risikoen sprøytebruken representerer, har narkotikabrukere også økt risiko for HIV-smitte gjennom seksuell atferd – enten på grunn av svekket dømmekraft, forbindelsen mellom enkelte rusmidler og seksuell høyrisikoatferd, eller gjennom sexarbeid og utveksling av seksuelle tjenester mot narkotika. Kvinnelige narkotikabrukere er spesielt utsatt, men det er også grunn til bekymring for forbindelsen mellom narkotikabruk og seksuell høyrisikoatferd blant enkelte grupper menn som har seksuell omgang med andre menn. I tillegg til HIV kan narkotikabrukere også ha høyere risiko for å pådra seg andre seksuelt overførbare sykdommer, og narkotika-behandlingstjenester kan spille en viktig rolle når det gjelder å diagnostisere uoppdagede seksuelt overførbare sykdommer. En fersk studie på Malta rapporterte f.eks. uoppdaget humant papillomvirus hos en gruppe kvinner som ble undersøkt på en poliklinisk behandlingssenheter.

Sprøytespiss- og sprøytebytte-programmer

I EU er det utbredt å innlemme sprøytespiss- og sprøytebytte eller distribusjonsprogrammer i rusmiddeltjenestene som tilbys, og å kombinere risikorådgivning og andre rådgivningstjenester ved henvisning av narkotikabrukere til behandling. I tre av fire EU-land samt Norge betraktes sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer som en prioritet for å forhindre spredningen av infeksjonssykdommer blant sprøytebrukere ⁽¹⁵¹⁾. Utdeling av rene sprøytespisser og sprøyter rapporteres av alle land unntatt Kypros, hvor tiltaket i 2006 ble anbefalt av en ekspertgruppe for å forhindre en mulig økning i sprøytebruksrelaterte infeksjoner. Utdeling av annet sterilt utstyr som rense- og tørrservietter, vann, filtre og "kokeutstyr" sammen med rene sprøyter, begynner å bli et vanlig tiltak. Selv om utdeling av sterilt injeksjonsutstyr gjennom sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer ikke lenger anses som kontroversielt, prioriterer ikke alle land slike programmer, og noen anser salg på apotek som tilstrekkelig.

Tilbudet om sterilt injeksjonsutstyr varierer fra land til land både i type og omfang. Utdeling av sprøyter foregår som oftest hos spesialiserte tjenester, og i alle land unntatt tre suppleres dette tilbudet av mobile tjenester som kan nå ut til sprøytebrukere i marginaliserte områder. Sprøyteautomater er også en del av sprøyteprogrammet i ti land ⁽¹⁵²⁾, men det finnes lite opplysninger om hvor mye de blir brukt, og det mangler forskning på hvor effektivt denne typen tilbud er. Luxembourg er nå, sammen med Spania og Tyskland, blant de få landene som tilbyr sprøytebytte i fengsler, selv om tilbudet i Tyskland riktignok begrenser seg til ett fengsel i Berlin.

Fordi apoteker er såpass tilgjengelige i lokalsamfunnet, kan sprøytebytte-programmer som drives gjennom apoteker utgjøre en betydelig forbedring av den geografiske tilgjengeligheten av sprøyter, og dermed fungere som et supplement til spesialtjenestene. I Skottland ble 1,7 millioner sprøyter delt ut gjennom et nettverk av 1 16 apoteker i 2004, og i Portugal deltok mer enn 1 300 apoteker i programmet, som delte ut 1,4 millioner sprøyter ⁽¹⁵³⁾. Formelt organiserte apotekbaserte sprøytebytte-programmer eller distribusjonsnett rapporteres av åtte europeiske land (Belgia, Danmark, Spania, Frankrike, Nederland, Portugal, Slovenia og Storbritannia).

I land hvor apotekene er narkotikabrukeres viktigste kilde til injeksjonsutstyr, kunne apotekenes rolle blitt utvidet til

å omfatte andre helsefremmende tiltak for narkotikabrukere, som spredning av informasjon om seksual- så vel som injeksjonsrelatert risiko for infeksjonssykdommer, testing og rådgivning samt henvisning til behandling. Arbeid med å motivere apotekene til å delta i sprøytebytteprogrammer og støtte de som allerede er med, foregår hittil bare i Frankrike, Portugal og Storbritannia.

Det er store variasjoner i den geografiske dekningen av bytteprogrammer og utdeling av injeksjonsutstyr fra land til land. Et økende antall land har imidlertid etablert nasjonale programmer for sprøytebytte. Av land som rapporterer om god nasjonal dekning av sprøytebytte-programmer, er Luxembourg og Malta (to små land), Italia, hvor nærmere 70 % av alle helsedistrikter har et sprøytebytte-program, Den tsjekkiske republikk, hvor tiltaket finnes i alle 77 distrikter og i hovedstaden Praha, samt Finland, hvor kommunene er pålagt ved lov å ha en hensiktsmessig smitteverntjeneste med et bytteprogram. Portugal anslår at sprøytebytte-programmer i regi av apoteker eller oppsøkende tjenester dekker om lag 50 % av landet, og i Danmark har 10 av 13 "amt" slike programmer. Alle byer i Østerrike som har et stort sprøytebrukermiljø, har minst én tjeneste som tilbyr sprøytespisser og sprøyter, og i Bulgaria er tjenesten etablert i ti byer med relativt høye nivåer av problematisk narkotikabruk. I Estland ble det i 2005 anslått at 37 % av sprøytebrukerne var i kontakt med sprøytebytte-programmer, mens dekningen av målgruppene i Slovakia og Romania ble anslått til å være betydelig lavere (henholdsvis 20 % og 10–15 %).

Fra 2003 til 2005 rapporterte flere land (Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Estland, Ungarn, Østerrike, Slovakia og Finland) om en økning i det totale antallet sprøyter som ble byttet eller distribuert gjennom spesialiserte programmer ⁽¹⁵⁴⁾.

Spesialiserte tjenester som tilbyr sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer kan være viktig for folkehelsen på andre måter, f.eks. ved å vurdere og øke bevisstheten om risikoatferd blant klientene, motivere dem til å la seg teste og å bli vaksinert, samt fungere som kanaler til primærhelsetjenesten og behandlingsapparatet. Det er uklart i hvilken grad disse tjenestene tilbys, men behovet for å utvikle slike tjenester understrekes av funnene i en nasjonal revisjon som nylig ble gjennomført i England. Revisjonsrapporten fant at klientene i liten grad var bevisst på infeksjonssykdommer, og at tjenestene kan bli mer proaktive når det gjelder å tilby rådgivning, testing og vaksiner.

⁽¹⁵¹⁾ Se figur 11 i årsrapporten for 2006.

⁽¹⁵²⁾ Se tabell HSR-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁵³⁾ Se tabell HSR-4 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁵⁴⁾ Se tabell HSR-3 i Statistiske opplysninger 2007.

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet

Narkotikarelaterte dødsfall

EONNs definisjon på narkotikarelaterte dødsfall viser til dødsfall som direkte skyldes inntak av et eller flere narkotiske stoffer. Narkotikarelaterte dødsfall inntreffer vanligvis innen kort tid etter at stoffet eller stoffene er inntatt. Andre begreper som brukes for slike dødsfall, er "overdoser", "forgiftninger", "stoffinduserte dødsfall" og "akutte narkotikadødsfall" ⁽¹⁵⁵⁾. Antallet narkotikarelaterte dødsfall i et samfunn vil avhenge av hvor mange personer som bruker narkotiske stoffer som assosieres med overdoser (særlig opioider). Andre faktorer som spiller inn, er andelen sprøytebrukere, prevalensen av blandingsbruk, tilgjengeligheten av behandlings- og akuttjenestene og hvilke retningslinjer de har.

Selv om sammenlignbarheten for europeiske data er blitt bedre i løpet av de siste årene, er det fremdeles forskjeller i rapporteringskvalitet fra land til land. Tallmaterialet er derfor ikke alltid direkte sammenlignbart. Omfanget av narkotikarelaterte dødsfall kan uttrykkes som: antall rapporterte tilfeller, dødelighet i en bestemt gruppe eller som andel av alle dødsfall. Til tross for forskjeller i rapporteringskvalitet landene imellom kan man likevel lese trender for antall så vel som fellestrekk ved overdosetilfeller dersom metodene holdes uendret over tid.

Hvert år mellom 1990 og 2004 har EUs medlemsstater rapportert fra 6 500 til over 9 000 narkotikarelaterte dødsfall. Til sammen var det altså over 122 000 dødsfall i løpet av denne perioden. Tallene bør anses som minsteanslag ⁽¹⁵⁶⁾.

Det er store variasjoner i narkotikarelatert dødelighet landene imellom, fra 3–5 ⁽¹⁵⁷⁾ til over 50 dødsfall pr. million innbyggere (gjennomsnittet var 18,3). Tall på over 20 pr. million ble rapportert av 11 europeiske land. Menn i alderen 15–39 år har typisk tre ganger høyere dødelighet (i snitt 61 dødsfall pr. million). Narkotikarelaterte dødsfall utgjorde 4 % av alle dødsfall blant europeere i alderen 15–39 år i 2004–05 og over 7 % i ni land ⁽¹⁵⁸⁾.

I tillegg til overdoser dør narkotikabrukere også indirekte av narkotika. I 2003 var det f.eks. nærmere 1 400 AIDS-dødsfall i Europa (EuroHIV, 2006) ⁽¹⁵⁹⁾, men det kan være at dette anslaget er for lavt. Antallet dødsfall som indirekte er relatert til narkotikabruk (f.eks. hepatitt, vold, selvmord eller ulykker), er vanskeligere å anslå. I enkelte europeiske byer antas det at 10–20 % av dødsfallene blant unge voksne direkte eller indirekte kan tilskrives opioidbruk (Bargagli et al., 2006) (se under). Dødelighet relatert til andre typer narkotikabruk (f.eks. kokain) kommer i tillegg, men dette er vanskeligere å tallfeste.

Å fastslå den totale dødeligheten som skyldes problembruk av narkotika på nasjonalt eller europeisk nivå, krever videre utviklingsarbeid når det gjelder datainnsamling og analyser. Nederlands nasjonale rapport gjør et forsøk på å gjøre et nasjonalt anslag. Ved å ekstrapolere data fra en lokal studie ble dødeligheten som direkte eller indirekte skyldes problembruk av narkotika beregnet, samtidig som det ble tatt hensyn til regionale forskjeller. Det trengs ytterligere metodologisk arbeid på området, men denne typen studier kan kanskje kompensere for eventuell underrapportering av overdosedødsfall, i tillegg til å måle omfanget av dødsfall som indirekte er relatert til narkotikabruk.

Akutte dødsfall relatert til opioider

Heroin-dødsfall ⁽¹⁶⁰⁾

I Europa er opioidoverdose en av de viktigste dødsårsakene for unge mennesker, særlig for unge menn i urbane områder. Opioider er til stede i de fleste tilfeller av akutte narkotikarelaterte dødsfall forårsaket av illegale rusmidler i EU og utgjør fra 46 % til 100 % (figur 12), da hovedsakelig heroin eller dens metabolitter. I Europa er de fleste opioid-dødsfall relatert til heroin, men andre stoffer kan også spille en rolle, særlig alkohol, benzodiazepiner eller andre opioider, og i enkelte land, kokain. En frivillig datainnsamling om rusmidler involvert i narkotikadødsfall gjennomført i ni land i 2006 ⁽¹⁶¹⁾, bekreftet at mer enn ett rusmiddel vanligvis nevnes i forbindelse med opioidoverdoser (60–90 % av tilfellene), og at de dermed kan tilskrives blandingsmisbruk.

⁽¹⁵⁵⁾ De fleste land har en nasjonal definisjon som er lik eller relativt lik EONNs, selv om enkelte land fremdeles inkluderer tilfeller som skyldes psykoaktive legemidler eller ikke-overdosedødsfall, vanligvis en begrenset andel (se metodeopplysninger i Statistiske opplysninger 2007, "Sammendrag av narkotikarelaterte dødsfall: definisjoner og metodologiske spørsmål" og "Standardprotokoll for narkotikarelaterte dødsfall (DRD), versjon 3.1").

⁽¹⁵⁶⁾ Se tabell DRD-2 (del i), DRD-3 og DRD-4 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁵⁷⁾ Frankrike hadde en dødelighet på 0,9 pr. million i 2005, noe som kan tyde på en viss underrapportering. Den var ti ganger høyere i 1994, da antallet overdosedødsfall begynte å falle.

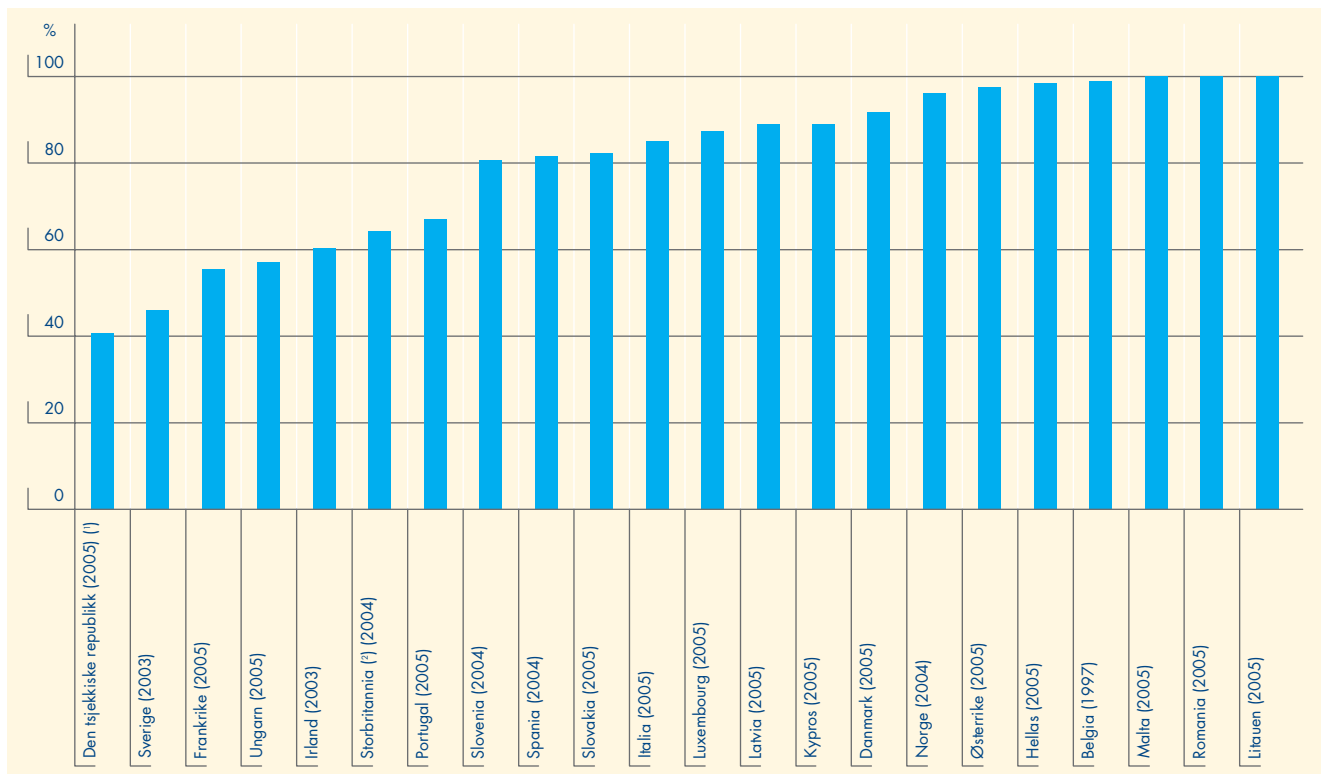
⁽¹⁵⁸⁾ Se tabell DRD-5 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁵⁹⁾ Merk at tallene viser til vestlige og sentrale deler av WHO Europa, og altså dermed omfatter enkelte land utenfor EU, samt totale dødsfall for Estland, Latvia og Litauen (østlig del).

⁽¹⁶⁰⁾ Ettersom de fleste tilfellene som rapporteres til EONN er opioidoverdoser, brukes generelle karakteristika ved akutte narkotikarelaterte dødsfall til å beskrive opioidtilfellene.

⁽¹⁶¹⁾ Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Latvia, Malta, Nederland, Østerrike, Portugal og Storbritannia.

Fig. 12: Andelen akutte narkotikarelaterte dødsfall med funn av opioider



(¹) For Den tsjekkiske republikk ble EONNs Utvalg D-definisjon av akutte narkotikarelaterte dødsfall brukt i stedet for den nasjonale definisjonen. Den nasjonale definisjonen omfatter forgiftning med psykoaktive legemidler, som utgjør de fleste tilfellene (156 av 218 tilfeller).

(²) Definisjon fra Office of National Statistics.

NB: I en del land omfatter den "nasjonale definisjonen" av narkotikarelatert dødsfall et begrenset antall dødsfall som er indirekte relatert til bruk av narkotika. Data for 2005 eller siste år det finnes data for. For ytterligere informasjon, se tabell DRD-1 i Statistiske opplysninger 2007.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2006), hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre.

De fleste opioidoverdoser gjelder menn (59–100 %). De høyeste kvinneandelene finnes i Den tsjekkiske republikk, Polen og Slovenia, og de laveste i Italia, Litauen og Luxembourg. De fleste overdoseofrene er mellom 20 og 40 år, og gjennomsnittsalderen i de fleste land er midten av 30-årene ⁽¹⁶²⁾. Gjennomsnittsalderen for overdosedødsfall er lavest i Bulgaria, Estland, Latvia og Romania og høyest i Polen, Finland og Storbritannia. Det er rapporterte svært få overdosedødsfall blant personer under 15 år, men narkotikadødsfall i denne aldersgruppen kan være underreportert. Selv om det er registrert enkelte narkotikarelaterte dødsfall hos personer over 65 år, rapporterer bare syv land tall over 5 % i denne aldersgruppen. I flere av landene som er blitt medlemmer av EU etter 2004, tyder en forholdsvis lav gjennomsnittsalder ved død og en høy andel dødelige overdoser hos personer under 25 år på en yngre heroinbrukende befolkning i disse landene ⁽¹⁶³⁾.

I mange medlemsstater går alderen på overdoseofrene opp, noe som tyder på at forekomsten av heroinbruk er

synkende blant unge. Denne trenden er vanlig i EU-15, selv om Østerrike og Luxembourg i de senere år har observert nedgang. I de andre medlemsstatene er trenden mindre klar og antallet tilfeller for lavt til at vi kan lese så mye ut av tallene ⁽¹⁶⁴⁾.

Metadon- og buprenorfindødsfall

Selv om nyere forskning viser at substitusjonshandling reduserer risikoen for dødelige overdoser, rapporteres det hvert år en del dødsfall knyttet til misbruk av substitusjonsmedikamenter. Kartlegging av antallet dødsfall relatert til metadon og buprenorfin og omstendighetene rundt det enkelte dødsfall, kan gi viktig informasjon som kan brukes i kvalitetssikringen av substitusjonsprogrammer og som grunnlag for forebyggende og skadereduserende tiltak.

Flere land rapporterer at metadon var til stede i en betydelig andel av narkotikarelaterte dødsfall, men rollen metadon spiller i dødsfallet er ikke alltid klar, og andre stoffer kan også være til stede. Danmark rapporterte om metadonforgiftning (alene eller i kombinasjon) i 43 % av

⁽¹⁶²⁾ Se tabell DRD-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁶³⁾ Se figur DRD-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁶⁴⁾ Se figur DRD-3 og DRD-4 i Statistiske opplysninger 2007.

narkotikarelaterte dødsfall (89 av 206 i 2005), Tyskland rapporterte at 255 tilfeller (av 1 477) kunne tilskrives "substitusjonsstoffer" (75 alene og 180 med andre stoffer) i 2005, mot 345 tilfeller i 2004, Storbritannia rapporterte 280 tilfeller (av 1 972, definisjon fra narkotikastrategien) hvor metadon "nevnes" (2004), og i Norge avslørte 55 obduksjoner spor av metadon. Spania rapporterte (nasjonale Reitox-rapporter for 2005) at få overdosetilfeller med dødelig utgang skyldtes metadon alene (2 % av alle overdosedødsfall), men at stoffet ofte var til stede i kombinasjon med andre stoffer i opioiddødsfall (42 %) og kokaindødsfall (20 %). Andre land rapporterte ikke om metadondødsfall eller hadde svært lave tall.

Dødsfall som skyldes buprenorfinforgiftning forekommer sjelden, noe som skyldes stoffets farmakologiske egenskaper som agonist-antagonist. Det har likevel blitt rapportert om enkelte dødsfall i Europa. I de nasjonale rapportene for 2005 og 2006 rapporterte bare Frankrike og Finland om dødsfall relatert til dette stoffet. I Finland ble buprenorfin påvist i 83 tilfeller i 2005 (73 i 2004), som oftest i kombinasjon med benzodiazepiner, sedativer eller alkohol, eller injisert. Frankrike rapporterte i 2005 om bare to dødelige overdoser som involverte buprenorfin (fire i 2004). Buprenorfin er det mest brukte substitusjonsmedikamentet i disse to landene, men det er langt flere som behandles med dette medikamentet i Frankrike (70 000–85 000) enn i Finland. I tillegg til Frankrike og Finland rapporterte tre andre land i 2004 om dødsfall hvor buprenorfin ble nevnt (to eller tre i hvert tilfelle). En studie som undersøkte dødsfall i Storbritannia mellom 1980 og 2002 hvor buprenorfin ble nevnt, fant bare 43 tilfeller, ofte i kombinasjon med benzodiazepiner eller andre opioider (Schifano et al., 2005).

Akutte dødsfall relatert til andre stoffer enn opioider

Ecstasy- og amfetaminrelaterte dødsfall

Dødsfall hvor ecstasy nevnes forekommer sjelden, men da det begynte å komme rapporter om dette for noen år siden, skapte det store bekymringer fordi de ofte inntreffer uventet blant sosialt integrerte unge mennesker. De begrensede dataene som er tilgjengelig i de nasjonale Reitox-rapportene for 2006, tyder på at antallet ecstasydødsfall ligger på tilnærmet samme nivå som tidligere år. I Europa sett under ett ble det rapportert om 78 dødsfall som involverte ecstasy ⁽¹⁶⁵⁾.

Amfetamin-dødsfall blir også sjelden rapportert, selv om henholdsvis 16 og 14 dødsfall i Den tsjekkiske republikk

ble tilskrevet pervitin (metamfetamin) i 2004 og 2005. Dette sammenfaller med den estimerte økningen i antall problematiske pervitinbrukere og behandlingssøknader. I Finland ble det rapportert om 65 dødsfall som involverte amfetamin, selv om rollen stoffet spilte i disse dødsfallene ikke ble spesifisert.

Kokainrelaterte dødsfall

Dødsfall som skyldes overdose med kokain, er vanskeligere å identifisere enn de som skyldes opioider. Kokaindødsfall er ofte resultat av en kombinasjon av årsaker og ikke kokainforgiftning i seg selv ⁽¹⁶⁶⁾. Studier har funnet at de fleste kokaindødsfall er forbundet med kronisk bruk av stoffet, og at de ofte er resultat av komplikasjoner i hjerte- karsystem og nervesystem som skyldes langvarig bruk av kokain, spesielt hos brukere som er predisponert eller utsatt for andre risikofaktorer. Europeiske rapporter om dødsfall som involverer kokain, nevner vanligvis også andre stoffer (herunder alkohol og opioider), et tegn på at kokain ofte brukes i kombinasjon med andre rusmidler.

I de landene som har lagt fram data, ble over 400 kokaindødsfall identifisert i de nasjonale rapportene for 2005 og 2006. Det er et klart behov for nærmere undersøkelser av helsekonsekvenser og dødelighet relatert til kokainbruk.

Trender for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Nasjonale trender for narkotikarelaterte dødsfall kan bidra til å belyse endringer i det enkelte lands mønster for problematisk narkotikabruk og utviklingen av tiltak. Tilgjengelige data for EU avslører noen generelle trender for narkotikarelaterte dødsfall. Hvis vi ser situasjonen i et langtidsperspektiv, hadde EU-15 og Norge en markant økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall på 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet, muligens relatert til økt heroinbruk og sprøytebruk ⁽¹⁶⁷⁾. Antallet narkotikadødsfall fortsatte å øke mellom 1990 og 2000, men ikke i samme takt.

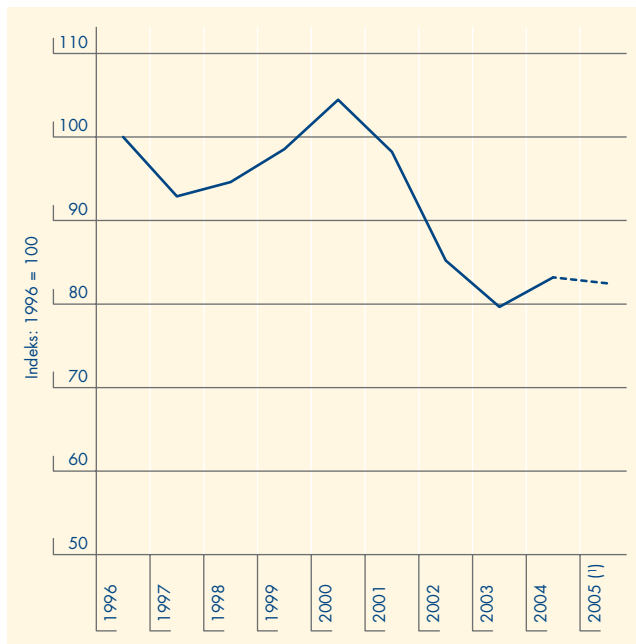
Siden 2000 har mange EU-land rapportert om en nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Dette kan skyldes økt tilgjengelighet av behandling og skadereduserende tiltak, men mindre bruk av sprøyter samt redusert tilgjengelighet av heroin kan også ha hatt betydning. På europeisk nivå falt antallet narkotikarelaterte dødsfall med 6 % i 2001, 14 % i 2002 og 5 % i 2003 (figur 13). Rapporter for 2004 og foreløpige data for 2005 tyder imidlertid på at nedgangen i narkotikarelaterte dødsfall ikke har fortsatt etter 2003.

⁽¹⁶⁵⁾ Avhengig av land viser tallene for ecstasy og kokain til 2004 eller 2005.

⁽¹⁶⁶⁾ Se utvalgt aspekt om kokain for 2007 for en nærmere drøfting av kokainrelaterte dødsfall.

⁽¹⁶⁷⁾ Se figur DRD-8 i Statistiske opplysninger 2007.

Fig. 13: Generell trend for akutte narkotikarelaterte dødsfall, 1996–2005 for alle medlemsstater med tilgjengelige data



(1) Tallene for 2005 er foreløpige og er basert på en sammenligning av data for 2004 og 2005 bare for de landene som har lagt fram data for begge år.

NB: Den indekserte endringen er beregnet på grunnlag av land med informasjon for rapporteringsåret og foregående år. Se tabell DRD-2 i Statistiske opplysninger 2007 for antallet dødsfall i hvert land og metodeopplysninger.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2006), hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre).

Rapportene om narkotikarelaterte dødsfall viser foruroligende trender for enkelte land. Det var en markert topp i antallet narkotikarelaterte dødsfall i perioden 1999–2001, deretter en klar nedgang i to–tre år før det i 2004 og 2005 igjen var en økning i antall rapporterte dødsfall ⁽¹⁶⁸⁾. Dette mønsteret beskriver den generelle trenden for narkotikarelaterte dødsfall i de senere år i Irland, Hellas, Portugal, Finland og Norge, og i noen mindre grad i Nederland, Østerrike og Storbritannia. Etter flere år med en nedgang i antall narkotikarelaterte dødsfall har Italia de to siste årene registrert en viss økning ⁽¹⁶⁹⁾. Det er flere mulige årsaker til denne siste økningen, blant annet blandingsbruk blant opioidbrukere og en mulig økning i tilgjengeligheten av heroin.

Når det gjelder narkotikarelaterte dødsfall er det stor forskjell på trendene i EU-15 og medlemsstatene som tiltrådte etter 2004. EU-15 har hatt en generell nedgang siden 1996, særlig mellom 2000 og 2002, noe som tyder på en

langsiktig nedgang i antallet injiserende opioidbrukere. Trenden i den senere tid i disse landene varierer imidlertid mye. De nyeste medlemsstatene opplevde en kraftig økning fram til 2002, etterfulgt av en reduksjon i perioden 2003–04.

Hellas har opplevd en økning i andelen narkotikarelaterte dødsfall blant narkotikabrukere under 30 år, mens det samme er tilfelle for de under 25 år i Estland, Luxembourg og Østerrike, og i mindre grad Latvia og Nederland. Unge narkotikabrukere står imidlertid for en synkende andel av overdosene i de fleste land ⁽¹⁷⁰⁾.

Det er også kjønnsforskjeller i trendene for narkotikarelaterte dødsfall ⁽¹⁷¹⁾. For ytterligere informasjon, se utvalgt aspekt om kjønn og narkotikabruk for 2006.

Total dødelighet blant problembrukere

Informasjon om den totale dødeligheten (direkte og indirekte forårsaket av narkotika) blant problembrukere av narkotika gjelder opioidbrukere, mens informasjon om dødelighet relatert til andre former for narkotikabruk generelt mangler. Denne siste typen informasjon blir stadig viktigere i et folkehelseperspektiv, f.eks. når det gjelder regelmessige, men sosialt integrerte kokainbrukere.

Nyere studier av opioidbrukere i ulike europeiske miljøer har funnet at dødeligheten i denne gruppen er høy sammenlignet med befolkningen generelt. En samarbeidsstudie igangsatt innenfor rammen av et EONN-prosjekt fant at dødeligheten blant opioidbrukere i behandling på åtte ulike steder i Europa var svært høy i forhold til dødeligheten blant deres jevnaldrende (se EONN, 2006). En kohortstudie av dødelighet utført i Den tsjekkiske republikk fant at den standardiserte mortalitetsraten blant brukere av sentralstimulerende stoffer var 4–6 ganger høyere enn i befolkningen generelt, mens dødeligheten for opioidbrukere var 9–12 ganger høyere (nasjonale Reitox-rapporter for 2005). En fransk kohortstudie som fulgte personer pågrepet for bruk av heroin, kokain eller crack, fant at dødeligheten blant menn var fem ganger høyere enn i befolkningen generelt. For kvinner var dødeligheten 9,5 ganger høyere, men her var trenden nedadgående (nasjonale Reitox-rapporter for 2005). Ytterligere informasjon om dødelighet blant narkotikabrukere forventes fra kohortstudier som gjennomføres i flere europeiske land (Bulgaria, Spania, Malta, Østerrike, Polen, Romania, Sverige, Storbritannia og Norge).

⁽¹⁶⁸⁾ Se tabell DRD-2 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁶⁹⁾ Se figur DRD-11 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁷⁰⁾ Se figur DRD-9 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹⁷¹⁾ Se figur DRD-6 i Statistiske opplysninger 2007.

Ferske studier fra Nederland og Norge fant ingen sammenheng mellom alder og risiko for overdosedødsfall (Cruts et al., under trykking, Ødegård et al., 2006, sitert i Norges nasjonale rapport). Etter hvert som opioidbrukerne blir eldre, kan dødeligheten gradvis øke fordi dødsfall som skyldes kroniske tilstander kommer i tillegg til eksterne årsaker som selvmord og vold. Narkotikabrukernes dårlige levekår og psykiske problemer kan også være en kraftig medvirkende årsak til den høye dødeligheten i denne gruppen.

Selvmord er identifisert som årsak til overdosedødsfall i flere studier av narkotikabrukere. Registrerte selvmord utgjorde sammen med dødsfall hvor hensikten ikke var fastslått, 30 % av alle narkotikarelaterte dødsfall i Skottland i 2005. I 2003 var 13 % av alle narkotikarelaterte dødsfall selvmord (Den skotske regjering, 2005). Problemer relatert til rusmiddelmissbruk antas å bidra til suicidal atferd på flere måter, og vanlige risikofaktorer er rusmiddelmissbruk hos personer som er tilbøyelige til høyrisikoatferd.

Reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall

Overdose-forebyggende tiltak har fått mer oppmerksomhet etter hvert som man har kommet til den erkjennelse at narkotikaoverdoser er et folkehelseproblem. Kontakt med behandlingsapparatet og andre tjenester kan redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall, men det er fremdeles et stort potensial for å utvikle intervensjoner som retter seg mot overdoserisiko, og generelt mangler Europa fortsatt en helhetlig tilnærming til overdoseforebygging.

Flere medlemsstater, særlig de med eldre heroinepidemier, har økt tilgjengeligheten av narkotikabehandling de siste årene, og inkluderer nå et økende antall problembrukere av narkotika som er vanskelige å nå (se også kapittel 2 og kapittel 6). Lettere tilgang til behandling og en større variasjonsbredde i tilnærmingene, herunder substitusjonsbehandling, øker gjennomføringsraten for behandling, noe som er et viktig bidrag til å redusere antall narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet. Flere land har senket terskelen for tilgang til vedlikeholdsbehandling, og det har tydelig foregått endringer i rutineene for raskere inntak til behandling og for å gjenoppta vedlikeholdsbehandling med metadon (tiltak som har vist seg å øke overlevelseshraten). I tillegg tyder studier fra høyterskelprogrammer på at strenge inntakskriterier og behandlingsregler fører til at flere utvises av disiplinære årsaker, noe som øker risikoen for dødsfall blant de som utvises i forhold til det som er tilfellet for de som fortsetter behandlingen (Fugelstad et al., 2007). En langtidsstudie av effekten av behandling for heroinavhengige, som skal undersøke sammenhengen mellom gjennomført behandling og dødelighet, pågår nå i Italia (Bargagli et al., 2006).

Tilleggslidelser og ISADORA-prosjektet

Problematisk narkotikabruk er ofte forbundet med psykiatriske lidelser. Det finnes ingen systematisk samling av informasjon om tilleggslidelser på europeisk plan, men funn fra lokale forskningsprosjekter gjennomført i flere europeiske land tyder på at mellom 30 % og 90 % av alle klienter i narkotikabehandling kan ha psykiatriske tilleggslidelser. De vanligste diagnosene hos narkotikaavhengige er: personlighetsforstyrrelse, depresjon, asosial atferd, angst, affektive lidelser og spiseforstyrrelser. Schizofreni og suicidale tendenser nevnes også. Tilleggslidelser rapporteres oftest hos heroinbrukere, særlig personer med en lang misbrukshistorie og som har hatt flere avbrudd i metadonbehandling, og dertil lever under stadig verre sosial- og boforhold. Tilsvarende er rusmiddelavhengighet vanlig hos personer med alvorlige psykiske lidelser.

Det europeiske ISADORA-prosjektet ("integrated services aimed at dual diagnosis and optimal recovery from addiction") ble avsluttet i 2005 etter tre års forskning (!). Prosjektet, som hadde som mål å kartlegge institusjonelle og individuelle risikofaktorer for komorbiditet, ble gjennomført på syv steder i Europa og omfattet 352 pasienter rekruttert fra akuttpsykiatriske avdelinger. Resultatene viser at dårlige prognoser og en kronglet vei fram til dobbeltdiagnose ikke bare har sammenheng med klientkarakteristika, men også med et fragmentert tjenesteapparat som gjør at behandlingen ofte blir oppstykket og lite effektiv. ISADORA har blant annet resultert i en omfattende opplæringsmanual om dobbeltdiagnoser.

(!) <http://isadora.advsh.net/>

Personer som har vært i fengsel eller i avvenning fra opioider, har forhøyet risiko for overdose dersom de faller tilbake til narkotikabruk de første ukene etter løslatelse, fordi de da har lavere toleransegrense. Det er derfor viktig å informere personer som har avsluttet slike opphold om hvilke risikoer som er knyttet til å gjenoppta narkotikabruken, og drøfte risikoreducerende strategier. Det kan være viktig å opprettholde kontakten med det sosiale støtteapparatet og behandlingsapparatet, særlig for de som kommer ut fra fengsel.

Andre overdoseforebyggende tiltak omfatter opplæring i stabilt sideleie og hvordan opptre i nødsituasjoner. I tillegg foregår det et samarbeid med politi, ambulansetjenester og narkotikabrukere for å oppfordre folk til å kontakte medisinske akutt-tjenester så tidlig som mulig i en overdosesituasjon. Forskning viser at samtidig bruk av andre rusmidler, særlig alkohol og sedativa, kan øke risikoen for dødelige opioidoverdoser, og blandingsbruk er derfor en viktig tema for de ulike tjenestene. Enkelte eksperimentelle studier har sett på muligheten for å gi narkotikabrukere

opioidantagonister. Et eksempel på dette er et skotsk pilotprosjekt med distribusjon av Naloxon til narkotikabrukere og deres familie og venner. Denne tilnærmingen er foreløpig ikke særlig utbredt i Europa, men den kan ha potensial.

Opioidantagonister er vanligere tilgjengelig i ambulanser, behandlingstilbud og andre miljøer hvor opioidoverdoser kan forekomme, men er ikke universelt utbredt. Med tanke på hvor effektive antagonistene er hvis de gis raskt, er det et klart behov for å vurdere tilgjengeligheten av denne typen tiltak i enhver gjennomgang av overdose-forebyggende tiltak.

Opprettelsen av sprøyterom har vært et kontroversielt tiltak. Her kan narkotikabrukere innta stoffet i egne lokaler, og samtidig har tilgang til medisinske og andre tjenester. Sprøyterom har blitt kritisert av INBC i deres årlige rapporter, men flere medlemsstater anser sprøyterom som et nyttig element i tiltak rettet mot enkelte former for svært problematisk narkotikabruk. Argumentene til støtte for sprøyterom er at de kan fungere forebyggende mot overdoser, redusere andre risikoer knyttet til sprøytebruk, gi mulighet for spredning av informasjon samt fungere som en kanal til primærhelsetjenesten, behandlingsapparatet

og andre rusmiddeltiltjenester. Noen ser også på sprøyterom som en mulighet til å begrense ordensforstyrrelsene knyttet til narkotikabruk. Det finnes nå i overkant av 70 sprøyterom i EU og Norge – om lag 40 i Nederland, 25 i Tyskland, seks i Spania og ett hver i Luxembourg og Norge.

Tiltak basert på informasjon, opplæring og kommunikasjon (såkalte IEC-tiltak) brukes også i store deler av Europa for å redusere narkotikarelaterte dødsfall. Flere land rapporterer at spesielt utarbeidet informasjonsmaterieell distribueres blant narkotikabrukere, deres omgangskrets og familie samt til politiet. I tillegg til førstehjelpskurs for ansatte i rusmiddeltiltjenesten og narkotikabrukerne selv, virker det som om vurdering av overdoserisiko og rådgivning om risikohåndtering er i ferd med å bli vanligere i Europa. Dette nevnes blant annet i rapportene fra Romania, Nederland og Malta. I 2005 lanserte Skottland en handlingsplan for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall, som har resultert i; en informasjons-DVD om overdoser, ny forskning som skal undersøke hvorfor det tar så lang tid før man ringer etter hjelp, og et nasjonalt forum som skal vurdere trender og identifisere områder hvor det er behov for ytterligere tiltak.



Kilder

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al. (2004), "The influence of school culture on smoking among pupils", *Social science and medicine* 58, s. 1767–80.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al. (2006), "VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population", *Substance use misuse* 41, s. 1861–79.
- Binnie, I., Kinver, A. og Lam, P. (2006), "Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation", Den skotske regjering, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al. (2000), "Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science" *Addictive behaviours* 25, s. 955–64.
- Bühler, A. og Kröger, C. (2006), "Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs", *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. og Warm, D. (2004), *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D. og Sanchez, V. (2005), "Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth", *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 363–74.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, FNs narkotikakommisjon, Det økonomiske og sosiale råd, Wien.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, FNs narkotikakommisjon, Det økonomiske og sosiale råd, Wien.
- Cochrane-samarbeidet (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. og Cronly, J. (2006), *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. og Van Laar, M. (under trykking), "Estimating the total mortality among problem drug users", *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006), "Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004", *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J. og Dodge, K.A. (2005), "Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change", *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 395–400.
- ECDC (2007), "HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic", Teknisk rapport, (http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf).
- EMA (2005), "Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion", doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- EONN (2002), *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2004), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights No. 6, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2005), *2005 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Europa*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2006), *2006 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Europa*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2007a), *Narkotika og kriminalitet: et komplekst forhold*, Fokus på narkotika nr. 16, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2007b), *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=18945>).
- Eurobarometer (2004), "Young people and drugs", *Flash Eurobarometer* 158 (http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf).
- Eurobarometer (2006), "Public opinion in the European Union", *Eurobarometer* 66 (http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf).
- EuroHIV (2006), *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, No. 73, Institut de veille sanitaire, Saint Maurice.

- Farrell, M. (1995), *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Europakommisjonen, Luxembourg.
- FESAT (2005), "Monitoring project: changes during the second half of 2005" (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al. (2005), "Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination", *Prevention science* 6, s. 151–75.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. og Thiblin, I. (2007), "Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings", *Addiction* 102, s. 406–12.
- GAO (2006), "ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use", Teknisk rapport, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006), *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. og Stewart, D. (2001), "NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake", National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Verdens helseorganisasjon, Genève.
- HDA (2004), "The effectiveness of public health campaigns", Infoskriv nr. 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, FN's internasjonale komité for narkotikakontroll, New York.
- INCB (2007a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, FN's internasjonale komité for narkotikakontroll, New York.
- INCB (2007b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, FN's internasjonale komité for narkotikakontroll, New York.
- Ives, R. (2006), "Real life is messy", *Drugs: education, prevention and policy* 13, s. 389–91.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al. (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>).
- Kenis, P. (2006), *Implementation and effects of drugs coordination*, EONN, Lisboa (ikke utgitt).
- Kouvonen, P., Skretting, A. og Rosenqvist, P. (red.) (2006), *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. og Jordan, M. (2006), "Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors", *Drug and alcohol dependence* 84, s. 167–74.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. og Younoszai, T.M. (2005), "Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use", *Journal of drug education* 35, s. 233–53.
- London Drug Policy Forum (1996), "Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues" (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. og van de Wijngaart, G. (2007), "Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation", *Journal of advanced nursing* 57, s. 422–31.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (2005), *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007), "Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season," rapport til den britiske regjeringens interdepartementale enhet mot narkotika fra Afghanistan.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al. (2006), 'Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction', *Journal of substance abuse treatment* 31, s. 203–211.
- Mateu, G., Astals, M. og Torrens, M. (2005), "Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnóstico al tratamiento", i: Miranda, J.J.F. og Melich, M.T. (red.), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, s. 111–21.
- McCambrige, J., Mitcheson, L., Winstock, A. og Hunt, N. (2005), "Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom", *Addiction* 100, s. 1140–9.
- Nabben, T., Benschop, A. og Korf, D. (2006), *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., og Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhänger – eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- Nasjonale Reitox-rapporter (2006) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- NTA (2002), Research into practice No. 1(b) Commissioners' briefing – commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.

- Parkin, S. og McKeganey, N. (2000), "The rise and rise of peer education approaches", *Drugs: education, prevention and policy* 7, s. 293–310.
- Reuter, P. (2006), "What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures", *Addiction*, 101, s. 315–22.
- Rigter, H. (2005), "Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights", i *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, s. 117–24.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* (www.samhsa.gov) and (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al. (2005), "Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980–2002", *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, s. 343–48.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al. (2006), "Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement", *European addiction research* 12, s. 121–27.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al. (2004), "Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study", *Addictive behaviours* 29, s. 743–52.
- Scottish Executive (2005), *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Den skotske regjering, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al. (2001), *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. og Hellwich, W.K. (2006), "Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen", *Sucht* 52, s. S7–43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al. (2006), "A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project", *Addiction* 101, s. 813–23.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al. (2005), "The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales", *British journal of general practice* 55, s. 444–51.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. og Beynon, C. (2007), "Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)", ikke utgitt artikkel, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Storbritannia
- UNODC (2005), *2005 World drug report*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2006), *2006 World drug report*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2007), *2007 World drug report*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC og Marokkos regjering (2007), *Morocco Cannabis survey 2006*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- Weaver, T. (2007), "Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services", National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006), "Critical review of ketamine 2006", 34th ECDD 2006/4.3 (www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf).
- WHO/UNAIDS (2007), "Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities", Verdens helseorganisasjon, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren, P. og Ahlner, J. (2004), "A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden", *Journal of analytical toxicology* 28, s. 67–70.

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk

Årsrapport for 2007: Narkotikasituasjonen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

2007 — 91 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-298-0

How to obtain EU publications

Our priced publications are available from EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>), where you can place an order with the sales agent of your choice.

The Publications Office has a worldwide network of sales agents. You can obtain their contact details by sending a fax to (352) 29 29-42758.

Om EONN

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er en av Den europeiske unions desentraliserte institusjoner. Det ble opprettet i 1993 og har sitt hovedkontor i Lisboa. EONN er den viktigste kilden til informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet i Europa.

EONN samler inn, analyserer og distribuerer "objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon" om narkotika og narkotikaavhengighet og kan dermed gi publikum et evidensbasert bilde av narkotikasituasjonen i Europa.

Senterets publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, vitenskapelige miljøer, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet og, i videre forstand, media og allmennheten.

I årsrapporten presenterer EONN sin årlige oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Rapporten er et viktig referansedokument for alle som søker siste nytt om narkotikasituasjonen i Europa.

