



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096

ÅRSBERETNING 2009

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

ÅRSBERETNING 2009

Retlig meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) og er ophavsretligt beskyttet. EONN påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. Publikationens indhold er ikke nødvendigvis udtryk for de officielle holdninger hos EONN's partnere, EU-medlemsstaterne eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers institutioner eller agenturer.

Yderligere oplysninger om EU er tilgængelige på internettet via Europa-serveren (<http://europa.eu>).

Europe Direct er en service, der har til formål at hjælpe med at besvare Deres spørgsmål om Den Europæiske Union

Frikaldsnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Nogle mobiloperatører tillader ikke opkald til 00 800-numre eller tager betaling for sådanne opkald.

Denne beretning foreligger på bulgarsk, dansk, engelsk, estisk, finsk, fransk, græsk, italiensk, lettisk, litauisk, nederlandsk, polsk, portugisisk, rumænsk, slovakisk, slovensk, spansk, svensk, tjekkisk, tysk, ungarsk, norsk og tyrkisk. Alle oversættelser er foretaget af Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer.

Biografiske data findes bagest i denne publikation.

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor, 2009

ISBN 978-92-9168-380-2

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2009

Gengivelse er tilladt med kildeangivelse.

Printed in Luxembourg

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal
Tlf. +351 211210200 • Fax +351 218131711
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Indhold

Forord	5
Tak	7
Indledning	9
Kommentar: Et mål i bevægelse — udfordringen at udvikle pragmatiske politiske tiltag over for en narkotikasituation, der hele tiden ændrer sig	11
Kapitel 1: Politikker og lovgivninger	
Politisk udvikling internationalt og i EU • Nationale strategier • Offentlige udgifter • National lovgivning • Forskning	18
Kapitel 2: Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa – en oversigt	
Forebyggelse • Behandling • Skadesreduktion • Social reintegration • Håndhævelse af narkotikalogvgivningen og overtrædelser • Sundhed og sociale tiltag i fængsler	26
Kapitel 3: Cannabis	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Behandling	38
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy og hallucinogene stoffer	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Fritidsmiljøer • Behandling	49
Kapitel 5: Kokain og crackkokain	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Sundhedsmæssige følger • Problematiske brug og behandlingsefterspørgsel • Behandling og skadesreduktion	60
Kapitel 6: Opioidbrug og intravenøs stofbrug	
Udbud og tilgængelighed • Problematiske opioidbrug • Intravenøs stofbrug • Behandling	71
Kapitel 7: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald	
Smitsomme sygdomme • Forebyggelse af smitsomme sygdomme • Dødsfald og dødelighed • Nedbringelse af antallet af dødsfald	80
Kapitel 8: Nye stoffer og nye tendenser	
EU's indsats mod nye stoffer • »Spice« og relaterede syntetiske cannabinoider • Internetbutikker • Opfølgning på stoffer	91
Referencer	96



Forord

Denne årsberetning giver en rettidig og grundig vurdering af narkotikasituationen i Europa, og vi takker vores medarbejdere, som har arbejdet hårdt med udarbejdelsen af den. Vi må imidlertid erkende, at dokumentets styrke ikke udelukkende er et resultat af vores arbejde her i Lissabon, men mere grundlæggende medlemsstaternes bestræbelser på at udvikle et pålideligt og omfattende informationssystem. Tilstedeværelsen af dette overvågningssystem medvirker efter vores opfattelse til bedre og mere effektive politikker ud over at bringe et vigtigt bidrag til en velovervejet og informeret debat.

Sådanne politikker er i stigende grad nødvendige, i takt med at udfordringerne på området bliver mere og mere komplekse. Et gennemgående tema i denne beretning er narkotikaproblemets dynamiske karakter, og vi må sikre, at vores vision holder trit med de skiftende betingelser, som vi står over for.

EONN fejrer i år, at det er 15 år siden, vi begyndte at indsamle oplysninger og indberette om narkotikasituationen i Europa. For at markere denne begivenhed afholdt vi konferencen »Identifying Europe's information needs for effective drug policy«. Den gav videnskabsfolk, fagfolk og politiske beslutningstagere fra hele Europa samt andre steder i verden lejlighed til at komme til Lissabon for at være med til at kortlægge og vurdere den nuværende videnbase på narkotikaområdet samt afdække nuværende og fremtidige informationsbehov.

Konferencen viste, at Europa har udviklet sig til et formidabelt laboratorium til at undersøge og forstå stofbrug og narkotikarelaterede foranstaltninger, og dette giver os nu store muligheder for kollektiv læring og videndeling. Ingen andre steder findes der en så stor gruppe kulturelt forskellige lande, som udviser en fælles beslutsomhed for at forbedre forståelsen af og tiltagene over for dette komplekse sociale problem. Det kan ses i udviklingen af et tværgående narkotikaovervågningssystem, der omfatter 30 lande med en samlet befolkning på mere end en halv milliard mennesker. Det fremgår også af EU's narkotikastrategi og -handlingsplan, som er redskaber designet til at skabe et overblik over de foreliggende oplysninger og omdanne dem til praktiske og kollektive tiltag. Dette er særligt vigtigt nu, da vores medlemsstater står over for vanskelige valg om prioritering af finansiering og er mere fokuseret end nogensinde på behovet for at opnå det maksimale udbytte af de investeringer, der er foretaget. Vi har tillid til, at vores aktuelle beretning bidrager til denne proces. Vi forpligter os

endvidere til, at identifikationen af det, der betegner effektiv praksis på narkotikaområdet, vil udgøre en stadigt vigtigere del af EONN's fremtidige aktiviteter.

Konferencen afdækkede desuden en række vigtige temaer, som afspejles i analysen, der fremlægges her. Det er nødvendigt, at vores informationssystemer fungerer bedre ved identificeringen, sporingen og indberetningen af nye tendenser. For at opnå dette er det imidlertid af afgørende betydning, at vores rapportering fortsat er nøjagtig, velfunderet og ikke-alarmerende. Nødvendigheden af at samle spørgsmål om udbuds- såvel som efterspørgselssiden i analysen blev også fremhævet. I dette års beretning har vi givet analysen af indikatorer for udbudssiden og narkotikamarkedet en mere fremtrædende plads. Vi gør det med forbehold, idet der endnu kun er gjort utilstrækkelige bestræbelser på at forbedre kvaliteten, pålideligheden og sammenligneligheden af det europæiske datasæt på dette område. Dette erkendes nu i stor udstrækning, og vi har forpligtet os til at samarbejde med vores nationale og europæiske partnere for at løse dette problem.

Et af resultaterne i denne årsberetning er, at det i vurderingen af Europas narkotikasituation er nødvendigt med en fælles forståelse af nationale tiltag, af subregionale særpræg og i stigende grad af fælles europæiske eller endog globale tendenser. I fremtiden er vi nødt til bedre at beskrive denne komplekse sammenhæng, da det ikke kun vil hjælpe os med at forstå de faktorer, der kan fremme eller hæmme væksten af narkotikaproblemerne, men også vejlede os i udviklingen af hensigtsmæssige tiltag.

Endelig skal det bemærkes, at EU og FN har fornyet deres planlægningsdokumenter næsten sideløbende i slutningen af 2008 og begyndelsen af 2009. EU's nye narkotikahandlingsplan og FN's nye politiske erklæring og handlingsplan afspejler begge den internationale forpligtelse til at nedbringe stofbruget og de skader, det kan forårsage. Opnåelsen af disse målsætninger udgør en vigtig udfordring og kan kun gennemføres, hvis de planlagte tiltag iværksættes i det videst mulige omfang. Overvågning og evaluering er nøgleelementer i denne proces, idet de gør det muligt for os at fastholde politikkerne på ret kurs og kortlægge fremskridtet.

Marcel Reimen

Formand for EONN's bestyrelse

Wolfgang Götz

Direktør for EONN



Tak

EONN vil gerne takke følgende for deres indsats i forbindelse med udarbejdelsen af denne beretning:

- lederne af de nationale Reitoxknudepunkter og deres personale
- tjenestegrene i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og det videnskabelige udvalg under EONN
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — især Den Horisontale Narkotikagruppe — og Europa-Kommissionen
- Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og Europol
- Europarådets Pompidougruppe, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, ESPAD-projektet og Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer (CAN)
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Den Europæiske Unions Publikationskontor.

Nationale Reitoxknudepunkter

Reitox er det europæiske informationsnet for narkotika og narkotikamisbrug. Netværket består af nationale knudepunkter i EU-medlemsstaterne, Norge, kandidatlandene og Europa-Kommissionen. Knudepunkterne udnævnes af medlemsstaternes statslige myndigheder som de nationale myndigheder med ansvar for at formidle narkotikaoplysninger til EONN.

Kontaktoplysninger til de nationale knudepunkter findes på adressen:

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget i form af nationale rapporter fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene Kroatien og Tyrkiet samt Norge. De her anvendte statistiske data vedrører 2007 (eller det seneste år, for hvilket der foreligger data). Figurer og tabeller i denne beretning kan afspejle en delmængde af EU-lande, idet udvælgelsen er foretaget på grundlag af de lande, for hvilke der foreligger data i den pågældende periode.

Detailpriser på stoffer, der er indberettet til EONN, afspejler prisen til brugeren. Rapporter om renhed eller styrke er fra de fleste lande baseret på en stikprøve af alle beslaglagte stoffer, og det er normalt ikke muligt at relatere de indberettede data til et bestemt niveau på narkotikamarkedet. For så vidt angår renhed eller styrke og detailpriser, er analyserne baseret på typiske (modale) værdier eller i mangel heraf gennemsnitsværdier (eller medianværdier).

Rapporter om udbredelsen af stofbrug baseret på generelle befolkningsundersøgelser vedrører for det meste den nationale befolkning i alderen fra 15 til 64 år. Følgende lande bruger forskellige øvre eller nedre aldersgrænser: Bulgarien (18-60), Tjekkiet (18), Danmark (16), Tyskland (18), Malta (18), Sverige (16), Ungarn (18-59) og Det Forenede Kongerige (16-59). Prævalensdata for Det Forenede Kongerige henviser til England og Wales.

I rapporter om behandlingsefterspørgsel vedrører »nye klienter« personer, der er kommet i behandling for første gang i deres liv, og »alle klienter« vedrører alle, der er kommet i behandling. Klienter i løbende behandling ved det pågældende års start er ikke omfattet af dataene. Hvis andelen af anmodninger om behandling for et primært stof er givet, er nævneren det antal tilfælde, for hvilke det primære stof er kendt.

Tendensanalyser er kun baseret på de lande, der indsender tilstrækkelige data til at beskrive ændringer over den pågældende tidsperiode. Tal for 2006 kan stå i stedet for manglende værdier for 2007 i tendensanalysen af data om narkotikamarkedet; ved analyse af øvrige tendenser kan manglende data være interpoleret. Pristendenser er justeret for national inflation.

Oplysninger om tilgængelighed og dækning af forskellige foranstaltninger i Europa er normalt baseret på nationale eksperters velinformerede vurdering indsamlet via strukturerede spørgeskemaer.

Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser kan dække over forskellige begreber i de forskellige lande.

Årsberetningen kan downloades på 23 sprog og findes på <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Statistical bulletin 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) indeholder alle de kildetabeller, som de statistiske analyser i årsberetningen er baseret på. Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om de anvendte metoder og omkring 100 statistiske figurer.

Landeoversigterne (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) indeholder en overordnet grafisk oversigt over centrale aspekter ved narkotikasituationen i hvert land.

De nationale rapporter fra Reitoxknudepunkterne giver en udførlig beskrivelse og analyse af narkotikaproblemet i hvert enkelt land og er tilgængelige på EONN's websted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).



Kommentar

Et mål i bevægelse — udfordringen at udvikle pragmatiske politiske tiltag over for en narkotikasituation, der hele tiden ændrer sig

Politisk konsensus tillader en mere målrettet narkotikahandlingsplan

Denne beretning omfatter en vigtig periode med hensyn til narkotikapolitik både i og uden for Europa. I EU har vi set evalueringen af narkotikahandlingsplanen 2005-2008 — den femte siden 1990 — samt udkastet til og lanceringen af dens efterfølger for perioden 2009-2012. Selv om der ofte fokuseres på de forskelle, der er mellem medlemsstaternes narkotikapolitikker, er det slående fra et historisk perspektiv at se den betydelige enighed, som nu er åbenbar i drøftelserne på europæisk niveau.

Medlemsstaterne kan stadig have forskellige politiske perspektiver, hvilket i nogen udstrækning afspejler forskellige nationale realiteter. På mange områder synes debatten ikke desto mindre i stigende grad at være velovervejet og baseret på konsensus. Dette har muliggjort en ny EU-handlingsplan, der kan beskrives som pragmatisk, fokuseret og målrettet. Denne tilgang kan konkret illustreres ved den agtpågivenhed, der gives til bestemte praksisområder såsom forebyggelsen af narkotikarelaterede dødsfald, arbejdet i fængslerne samt forbedringen af kvaliteten af behandling og andre foranstaltninger.

Internationalt er den betydelige interesse fra offentlighedens og fagfolks side blevet stimuleret af de drøftelser, der førte frem til vedtagelsen af en ny politisk erklæring og handlingsplan fra FN til bekæmpelse af det verdensomspændende narkotikaproblem, som fulgte efter revisionen af målene fastsat på generalforsamlingens særlige samling (UNGASS) i 1998. I denne debat har Europa været en stærk stemme til fordel for narkotikapolitikker, som er afbalancerede, videnskabeligt begrundede og humane. Dette har været med til at sikre, at de vigtigste progressive elementer i de oprindelige UNGASS-dokumenter fra 1998 er bibeholdt i den endelige aftale. Selv om drøftelserne i FN til tider var ophedede og nogle gange afspejlede indgroede politiske og ideologiske holdninger, var der også tegn på, at en mere pragmatisk og fornuftsbegrundet tilgang til afdækning af, hvad der betegner effektive tiltag, kunne være ved at vinde indpas. USA er f.eks. blevet mildere stemt i holdningen til udleveringen af sterilt injektionsudstyr

til at nedbringe risikoen for blodbårne infektioner, hvilket afspejler det væsentlige dokumentationsgrundlag med hensyn til effektiviteten, som nu findes på dette område. Mere generelt ser USA ud til i nye politiske erklæringer at bevæge sig tættere på den europæiske model. UNGASS-mødet skabte desuden en kraftig konsensus om behovet for en effektiv verdensomspændende overvågning af narkotikafænomenet, især i lyset af den fortsatte stigning i problemerne i udviklings- og overgangslandene. Mekanismen til indberetning, der blev udviklet for at vurdere iværksættelsen af UNGASS-handlingsplanerne, er blevet kritiseret. Men uden indberetningsmekanismen er vigtige arbejdsområder, især dem, der vedrører tiltag til nedbringelse af efterspørgslen, fortsat uden for de nuværende globale indberetningsrammer. Dette emne vil sandsynligvis blive et vigtigt spørgsmål ved det kommende møde i Kommissionen om Narkotiske Midler.

Retshåndhævelsespraksis konfronteret af konkurrerende politiske mål

Retshåndhævelsen på narkotikaområdet har en yderst synlig rolle i denne årsberetning, og et udvalgt tema ser på idømmelsen af straf og andre udfald for dem, der sigtes for overtrædelser af narkotikalovgivningen. Det indberettede antal overtrædelser af narkotikalovgivningen i Europa stiger fortsat. Selv om det er vanskeligt at fortolke dataene, rejser denne observation spørgsmålet om, i hvilket omfang retshåndhævelsespraksis er i trit med de politiske mål på området.

Groft sagt har den politiske debat i Europa bevæget sig i retning af det synspunkt, at der skal gives prioritet til forbud målrettet mod udbuddet i stedet for mod brugen af narkotika. Dette afspejles i det forhold, at strafferetlige sanktioner for udbudsrelaterede lovovertrædelser i nogle lande er blevet forhøjet, eller der er indført mindstetakster. Det er vanskeligt at måle, i hvilket omfang dette skift i fokus fra brugere til leverandører af narkotika omsættes til politiindsats. Det er kun i nogle få lande, at lovovertrædelser i forbindelse med forsyning med stoffer talmæssigt overgår overtrædelserne for besiddelse af narkotika. Alt i alt er antallet af udbudsrelaterede

lovovertrædelser steget; men antallet af overtrædelser for besiddelse eller brug af stoffer er også gået op, og i endnu højere grad. På tværs af Europa er billedet af udbudsrelaterede lovovertrædelser ligeledes mere broget, idet halvdelen af de indberettende lande har noteret et fald i dataene på mellemlangt sigt.

Den dybdegående gennemgang af idømmelse af straf for narkotikalovovertrædelser i Europa, som ledsager denne beretning, undersøger, hvad der sker med dem, der overtræder narkotikalovgivningen. Frihedsstraffe er almindelige for udbudsrelaterede lovovertrædelser, men der er en tendens til, at de gives i den lave ende af den strafferamme, der er til rådighed, med gennemsnitligt tre år eller mindre. Dette kan simpelthen afspejle det forhold, at mange af dem, der sigtes, er i den lave ende af forsyningskæden, f.eks. gadehandlere eller stofbrugere, som også sælger stoffer for at betale for deres vaner. Dette har betydning for udarbejdelsen af retningslinjer for mindstestrafte, hvis de har til formål at afholde karrierekriminelle på højt plan fra at blive involveret i forsyningen af stoffer.

I de fleste lande er det sjældent at give frihedsstraffe for stofbrug eller -besiddelse. Til trods herfor vil en lille procentdel af dem, der kommer for retten, få en umiddelbar fængselsstraf, muligvis på grund af skærpene omstændigheder. Det betyder, at et stigende antal stofbrugere kommer i kontakt med det strafferetlige system og kun får en administrativ eller mindre sanktion. Bortset fra sådanne tiltags mulige afskrækkende effekt rejser det spørgsmålet, i hvor høj grad denne kontakt med bestemte grupper stofbrugere udgør en forspildt mulighed for andre tiltag til nedbringelse af efterspørgslen. Nogle lande har udarbejdet innovative tiltag på dette område, men generelt set er disse stadig sjældne.

Eftersom dem, der sigtes for narkotikalovovertrædelser, formentlig er en forskelligartet gruppe, er behovsvurdering et særligt vigtigt element i udviklingen af tjenester på dette område. Hvad angår sundhedsrelaterede tiltag, spænder disse fra forebyggelse, uddannelse og skadesreduktion til korte interventioner og, når det er berettiget, henvisning til specialiseret narkotikabehandling og sociale støttetjenester. Udvikling af en brugbar model til at sikre hensigtsmæssige henvisningsbaner vil sandsynligvis frembyde en organisatorisk udfordring. Portugal har behandlet dette problem noget anderledes. Brugen af stoffer er ikke længere underlagt kriminelle sanktioner, og dem, der er i besiddelse af stoffer, henvises direkte til behovsvurdering til en særdomstol, »udvalget til frarådelse af stofbrug«. Særdomstolen kan udstede bøder, men sanktionering er ikke domstolens primære formål. Ordningen har nu fungeret i otte år. Den indledende frygt

for, at dette tiltag ville føre til en stigning i stofturisme og øget brug, synes ikke at være understøttet af de foreliggende data.

Behandlings- og sundhedsinterventioner: fra »ens for alle« frem mod en værktøjskasse med målrettede tiltag

Tjenesterne til stofbrugere i Europa bliver mere og mere forskelligartede og tilbydes som del af en integreret plejepakke. Dette kan ses både begrebsmæssigt og i praksis. Skadesreduktion og behandlingstiltag er f.eks. i stigende grad sammenkædede og tilbydes af de samme udbydere. Trods udbredt erkendelse af vigtigheden af social reintegration er dette stadig et underudviklet område, og stofbrugere har fortsat betydelige vanskeligheder ved at finde arbejde, en passende bolig og udvikle ikke-stofrelaterede interesser.

Selv om der er sket fremskridt i behandlingen af stofbrugere i Europa, er det uensartet både, hvad angår de stoffer, der behandles, og den geografiske dækning. De største fremskridt er observeret inden for opioidsstitutionsbehandling, hvor den behandlede gruppe nu er på omkring 650 000, og antallet stiger stadig. Men Østeuropa bidrager som helhed kun med en lille andel af dette tal, hvilket tyder på, at der er behov for en udvidelse af tjenester i nogle lande. En lære, der er kommet frem fra en række lande, er, at praktiserende lægers involvering kan bidrage til en udvidelse af behandlingsudbuddet. Delte omsorgsordninger med specialiserede centre støtter ikke kun de praktiserende læger, men sikrer desuden behandlingskvalitet.

Til trods for at det i de fleste lande teoretisk er muligt at fortsætte eller påbegynde substitutionsbehandling i fængslet, er det i praksis ofte vanskeligt. I betragtning af antallet af stofbrugere i europæiske fængsler er der et presserende behov for at udvide alle behandlingstyper i dette miljø. Dette forhold erkendes i EU's handlingsplan, men er på nuværende tidspunkt fortsat et forsømt område i de fleste lande.

Tilgængeligheden af tjenester og vores forståelse af, hvad der udgør effektiv pleje, er for andre stoffer end opioider mindre godt udviklet i Europa. Dette problem er imidlertid ved at blive erkendt, og et voksende antal europæiske forskningsprojekter og pilotprogrammer har nu taget fat på stimulans- og cannabisbrugeres behandlingsbehov. Udviklingen inden for neurovidenskab har desuden ikke kun forbedret vores forståelse af de biologiske mekanismer ved misbrug, men begynder nu at fremme nogle innovative tiltag. Eksemplerne her omfatter en kokainvaccine, der nu undersøges i et stort forsøg i Europa. Udviklingen inden for informationsteknologi har også lettet innovation, f.eks.

internetbaserede behandlingsprogrammer og brugen af sms'er.

Nye beviser på, at Europa er på vej ind i en periode med faldende cannabisbrug

Populariteten af cannabis steg dramatisk i 1990'erne — så meget, at næsten en fjerdedel af alle voksne europæere rapporterer, at de har brugt stoffet mindst én gang. Situationen begyndte siden at stabilisere sig, og de nyeste data understøtter kraftigt analysen i sidste årsberetning af et generelt fald i brugen af dette stof. De seneste resultater fra det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre rusmidler, som giver et billede af tidstendenser i stofbrug blandt skoleelever, er af særlig interesse. De mønstre, der ses her, vil formentlig senere slå igennem i ældre kohorter. Det er interessant at se, at på samme måde som forskellige tidsmæssige mønstre kunne observeres i den stigende tendens i brugen af cannabis tidligere, synes dette mønster nu at gentage sig i modsat retning. Det Forenede Kongerige, som var et af de første lande, der registrerede høje prævalensniveauer, var f.eks. også et af de tidligste lande til at rapportere et fald i brugen. Dette mønster ses nu i de fleste andre vesteuropæiske lande. I Østeuropa har brugsniveauerne fortsat været stigende i de fleste lande indtil for nylig. Men selv i disse lande er der tegn på stabilisering i den unge befolkningsgruppe, og hvis det mønster, der ses andre steder, gentager sig, kan der forventes et efterfølgende fald.

Det er naturligvis vigtigt at forstå de faktorer, der påvirker populariteten af et stof som cannabis. Man skal imidlertid være forsigtig med at udlede nogen simpel årsagssammenhæng. National og EU-politik kan have spillet en rolle i påvirkning af disse tendenser, men faldende brugsniveauer ses også i USA og Australien, hvilket tyder på, at bredere sociokulturelle faktorer formentlig er vigtige. En lille gruppe lande, især i Nord- og Sydeuropa, hvor niveauerne af cannabisbrug har holdt sig lave og stabile, skiller sig ud. Det vil også være af stor interesse at forstå de beskyttende faktorer, der opererer i disse lande, men igen er det nødvendigt, at analysen tager fuldstændigt højde for kulturelle, sociale og historiske faktorer samt tager påvirkningen af narkotika- og socialpolitik i betragtning.

I modsætning til dataene for samlet brug er den seneste analyse af mønstrene for problematisk cannabisbrug i Europa mere broget og mindre opmuntrende. Et forbehold her er, at vi på nuværende tidspunkt mangler gode målinger af afhængighed eller problematisk brug, og vi må, selv om der er gjort fremskridt i den retning,

støtte os til mere indirekte målinger. Det ser ud til, at antallet af nye cannabisbehandlingsanmodninger er ved

Et overblik — skøn over stofbrug i Europa

Disse skøn vedrører den voksne befolkning (15-64 år) og er baseret på de seneste tilgængelige data. Fuldstændige data og metodebeskrivelser findes i den ledsagende Statistical bulletin.

Cannabis

Langtidsprævalens: mindst 74 millioner (22 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 22,5 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtids erfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 12 millioner europæere

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,4 % til 14,6 %

Kokain

Langtidsprævalens: ca. 13 millioner (3,9 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: 4 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtids erfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 1,5 millioner

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,0 % til 3,1 %

Ecstasy

Langtidsprævalens: ca. 10 millioner (3,1 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2,5 millioner eller en fjerdedel af brugere med langtids erfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: mindre end 1 million

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,1 % til 3,5 %

Amfetaminer

Langtidsprævalens: ca. 12 millioner (3,5 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2 millioner eller en sjettedel af brugere med langtids erfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: mindre end 1 million

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,0 % til 1,3 %

Opioider

Problematiske opioidbrugere: anslået at ligge mellem 1,2 og 1,5 millioner europæere

Narkotikaforårsagede dødsfald tegnede sig for 4 % af samtlige dødsfald blandt europæere i aldersgruppen 15-39 år, og opioider blev fundet i omkring tre fjerdedele.

Primært stof i mere end 50 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug

Omkring 650 000 opioidbrugere var i substitutionsbehandling i 2007

at være stabilt, efter at det er steget støt i adskillige år. Det er imidlertid fortsat ikke klart, i hvilket omfang dette afspejler brugsmønstre eller kapaciteten af tjenester. I øjeblikket giver ekstrapolering af estimater af antallet af daglige stofbrugere den bedste adfærdsmæssige indikator for problematisk cannabisbrug. Det er vanskeligt at vurdere tendenser i dagligt brug, men de foreliggende data peger ikke i retning af noget generelt fald. EONN estimerer, at et sted mellem 2 og 2,5 % unge voksne bruger cannabis dagligt eller næsten dagligt, og med meget højere niveauer blandt unge mænd. Dette udgør en stor risikogruppe og understreger behovet for en bedre forståelse af denne gruppes behov for tjenester.

Heroin og kokain: ingen kraftige tegn på et problem i aftagende

Der er kun lidt, der tyder på en forbedret situation i brugen af heroin og kokain, de to stoffer, der stadig udgør de centrale elementer i Europas narkotikaproblem. Til trods herfor er det kompliceret at tegne et klart billede på dette område på grund af vanskeligheder med at afstemme oplysninger fra forskellige indikatorer. Dette problem er særligt tydeligt for kokain, hvor der er sket et fald i anslået produktion, ligesom den beslaglagte mængde stof i EU er faldet i henhold til de seneste data, og det samme er tilfældet med renheden for stoffet på gadeniveau i de fleste lande. I Det Forenede Kongerige, et land med et stort kokainmarked, har de seneste fald i renhed været betragtelige. Disse data kunne tyde på aftagende tilgængelighed af kokain, men andre oplysninger stiller spørgsmålstegn ved denne konklusion. Antallet af beslaglæggelser af stoffet stiger fortsat, priserne falder, og der er tegn på et skift til nye smuglerruter gennem Østeuropa, hvilket kan have vanskeliggjort forbudsbestræbelserne. Kokainbrug i Europa er stadig koncentreret i de vestlige lande, hvor tendensen generelt er stabil eller stadig stigende. Der er imidlertid beviser på en yderligere udbredelse af stoffet til andre lande. Desuden vokser behandlingsefterspørgslen i forbindelse med kokain. På basis af de foreliggende beviser kan det konkluderes, at de nuværende forbrugsniveauer fortsat er høje og ikke aftagende i etablerede områder og fortsætter med at vokse andre steder. Der er imidlertid tegn på, at leverandørerne finder det vanskeligt at opfylde kundeefterspørgslen på nogle af de store markeder. Det vil blive interessant at se, om fremtiden giver mere konkrete beviser på et fald i tilgængeligheden af dette stof efter nye rapporter om et fald i den globale kokainproduktion.

Heroin tegner sig stadig for den største andel af narkotikarelateret sygdom og dødelighed i Europa. Brugen

af stoffet har generelt været aftagende fra midten og til slutningen af 1990'erne, men i dag er billedet mindre klart og skaber bekymringer på nogle områder. Efter markante fald har antallet af nye behandlingsanmodninger været stigende siden 2002, og et betydeligt antal lande melder nu om stigninger i både antal og andel af behandlingsanmodninger med relation til opioider. Data om narkotikarelaterede dødsfald, som overvejende er forbundet med heroinbrug, tyder heller ikke på en tilbagevenden til den nedadgående tendens observeret før 2004. Data om antallet af narkotikalovovertrædelser og beslaglæggelser viser også stigninger. Det er foruroligende, at et lille antal lande bemærker, at der er observeret heroinproblemer blandt unge, hvilket tyder på, at stoffet bliver spredt i nye grupper. Alt i alt må det ses som skuffende, at den positive analyse af den aftagende tendens i heroinrelaterede problemer ikke varer ved. Selv om der i øjeblikket ikke er beviser på en tilbagevenden til den epidemiske spredning af heroinbrug, som er observeret tidligere, er der betydelige sundhedsmæssige og sociale problemer forbundet med brugen af dette stof. Alle tegn på, at situationen forværres, især nu da Europa går ind i en periode med økonomiske vanskeligheder, giver grund til betydelig bekymring.

Blandingsbrug og samtidige alkoholproblemer definerer nu narkotikaproblemet i Europa

Inden for narkotikaforebyggelse har man længe vidst, at problemer med stofbrug bedst behandles holistisk og inden for rammerne af sund livsstil og velinformede valg. I modsætning hertil er indsatsen mod stofbrug oftere rettet mod specifikke stoffer. Det er vanskeligt ikke at konkludere, at dette endimensionale perspektiv i stadigt højere grad er nyttesløst for forståelsen af udviklingen af mønstrene for stofbrug i Europa. Individuer, der bruger stoffer, begrænser næsten aldrig forbruget til et enkelt stof. Mønstre med blandingsbrug er normen i Europa i dag, og den kombinerede brug af forskellige stoffer er skyld i, eller komplicerer, de fleste af de problemer, vi står over for. Dette nødvendiggør, at der udvikles et mere omfattende, integreret og »multistof«-perspektiv, som gør det muligt bedre at forstå situationen samt udarbejde og evaluere relevante tiltag. Dette gælder ligeledes narkotikamarkedet. Foranstaltninger til at nedbringe udbuddet af et stof forringes tydeligvis, hvis de blot åbner døren for brugen af en erstatning, som kan være endnu skadeligere.

Årsberetningen ledsages i år af et udvalgt tema om blandingsbrug, som undersøger, hvordan brugen af flere stoffer indvirker på forskellige grupper af stofbrugere. Resultaterne er foruroligende. Blandt de unge kan forbruget af flere stoffer øge risikoen for akutte problemer

og er retningsgivende for udvikling af et kronisk stofmisbrug senere i livet. Blandt ældre, regelmæssige stofbrugere er blandingsbrug et stort problem i forbindelse med overdosis, det komplicerer narkotikabehandlingen og er forbundet med vold og lovovertrædelser. Udvalget af tilgængelige stoffer i Europa er desuden stigende. I nærværende beretning bemærkes: den tiltagende række stort set ukontrollerede stoffer rettet mod cannabismarkedet, nyskabelser inden for fremstillingen af syntetiske stoffer og stigende bekymring om misbruget af ordineret medicin. Det er desuden blevet erkendt, at en afgørende faktor i Europas problem med stofbrug er det samtidige forbrug af alkohol. Dette observeres også i alle aldersgrupper. De nyeste data viser en klar sammenhæng mellem kraftigt lejlighedsdrikkeri og stofbrug blandt skoleelever. Kraftigt lejlighedsdrikkeri går ofte også hånd i hånd med stofbrug i fritidsmiljøer og forhøjer således risikoen for negative resultater blandt unge voksne. Alkoholmisbrug er så almindeligt i den kroniske stofbrugergruppe, at det ofte slet ikke nævnes, og behovet for at behandle samtidigt forekommende alkoholafhængighed er blevet et stadigt vigtigere problem på narkotikabehandlingscentre. Alkoholproblemer kan være særligt skadelige for dem, der er afhængige af opioider, da de muligvis allerede har nedsat leverfunktion som følge af hepatitisinfektion, og der er forhøjet risiko for overdosis.

Nyskabelse og tilgængelighed af prækursorer: indbyrdes forbundne faktorer, der har tiltagende indvirkning på markedet for syntetiske stoffer

EONN ser en tiltagende kompleks og ustabil situation i tilgængeligheden og brugen af syntetiske stoffer i Europa. Det illegale marked og dets leverandører udviser høje niveauer af nyskabelse, hvad angår fremstillingsprocesser, nye produkter og markedsmuligheder, og demonstrerer samtidig evnen til hurtigt at tilpasse sig kontrolforanstaltninger. Den stadigt mere sofistikerede markedsføring af »lovlige alternativer« til illegale stoffer er desuden en foruroligende udvikling.

Et eksempel på markedets volatilitet kan ses i den seneste udvikling inden for tilgængeligheden af ecstasy. Frem til 2007 indeholdt de fleste ecstasytabletter analyseret i Europa 3,4-methylenedioxy-metamfetamin (MDMA) eller et andet ecstasylignende stof. De første data fra systemet for tidlig varslings fra begyndelsen af 2009 tyder imidlertid på, at dette kan være ved at ændre sig i nogle medlemsstater såsom Danmark og Nederlandene. I op til halvdelen af alle tabletter analyseret i disse lande blev der ikke fundet MDMA eller nogen af dets analoger. Pillerne indeholdt derimod 1-(3-chlorophenyl) piperazin (mCPP),

enten alene eller kombineret med et andet psykoaktivt stof. Selv om mCPP ikke er anført i FN-konventionerne, har det været underlagt kontrolforanstaltninger i nogle af EU's medlemsstater. Baggrunden for den aktuelle markedsændring er ikke fuldstændigt klar, men knaphed på 3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanon (PMK), en væsentlig prækursor til syntesen af MDMA, er en mulig forklaring. Det kan endnu ikke siges, om denne udvikling er en forbigående foreteelse eller markerer et mere betydeligt skift på ecstasymarkedet. EU's system for tidlig varslings har overvåget mCPP siden 2005, og EONN og Europol følger udviklingen på dette område tæt og vil udarbejde en rapport om markedet i 2010.

Ændringerne på ecstasymarkedet kan tyde på stadig mere vellykkede bestræbelser på at forhindre spredningen af prækursorkemikalier, og disse bestræbelser kan desuden have betydelig indvirkning på tilgængeligheden og brugen af andre stoffer. Der er f.eks. tegn på, at metamfetamin kan være ved at erstatte amfetamin i dele af Nordeuropa. Igen synes markedsfaktorer og prækursorkemikalier at være vigtige i denne sammenhæng, idet produktionssteder for metamfetamin nu ser ud til at være placeret i Litauen, hvis geografiske placering letter importen af prækursorer, i dette tilfælde 1-phenyl-2-propanon (BMK), fra uden for EU. Situationen i de nordiske lande forhøjer bekymringer om den mulige udadgående spredning af metamfetaminbrug ud over Tjekkiet. Der har længe været metamfetaminproblemer i landet, men sædvanligvis med produktion i lille målestok til personligt eller lokalt forbrug. En række centraleuropæiske lande melder nu også om nogen metamfetaminbrug, og Europol rapporterer, at nogle få større produktionssteder er blevet afsløret og lukket i andre dele af Europa. Der er endvidere en vis dokumentation for, at metamfetaminbrugen vokser hurtigt i nogle af de lande, der grænser op til EU. Stoffet har ikke hidtil gjort indhug i det store marked for stimulanser i Vesteuropa, hvor kokain og amfetamin stadig dominerer. Men i betragtning af, hvor forholdsvis nemt det er at fremstille metamfetamin, og stoffets betydelige negative indvirkning på folkesundheden, er der ikke plads til at lade stå til. Den hastighed, hvormed problemerne kan udvikle sig, illustreres af Slovakiet, som er et nyt casestudie af et land, hvor brugen af metamfetamin er vokset betydeligt.

Internettet og markedsføring: Er »spice« en forsmag på fremtiden?

Kun få områder af livet i vore dage er ikke forandret af fremskridtet inden for informationsteknologien, hvor internettet nu ikke kun udgør en ubegrænset informationskilde, men også er en stor virtuel

markedsplads for udvekslingen af varer og tjenester. Det er derfor ikke overraskende, at dette medie nu påvirker narkotikaområdet. EONN lancerede i år en første gennemgang af internetbaserede behandlingstiltag, og det ser ud til, at webbaserede foranstaltninger har et væsentligt potentiale for bestemte typer forebyggelse, behandling og skadesreduktion. Det er mindre positivt, at der er tydelige vanskeligheder med at regulere dette virtuelle og globale fænomen, og internettet kan bruges til at fremme brugen af psykoaktive stoffer. I tillæg til bekymringer fremkaldt af onlinesalg af alkohol og medicin kommer betænkelighederne i forbindelse med fremkomsten af en række angiveligt »lovlige« alternativer til kontrollerede psykoaktive stoffer.

EONN overvåger nu regelmæssigt de psykoaktive stoffer, der tilbydes af onlineforhandlere. Markedet er vokset i løbet af de seneste par år, og det omfatter nu en bred vifte af plantebaserede produkter, især urteblandinger, samt varer, der indeholder syntetiske forbindelser. Nye stoffer, der kommer frem på internetmarkedet, kan spænde fra stoffer, der traditionelt bruges i nogle dele af verden, til eksperimentelle kemikalier syntetiseret i laboratorier og uafprøvet på mennesker. Andre nyskabelser omfatter udviklingen af markante mærker og brugen af tiltrækkende emballage. Urteblandingerne, der er blevet markedsført under varebetegnelsen »spice«, er et bemærkelsesværdigt eksempel herpå.

Utallige mærker af »spice« er fundet med forskellig emballage og forskellige indholdsstoffer. Retsmedicinske

analyser har imidlertid stort set ikke kunnet påvise de plantebaserede stoffer, der anføres på etiketterne, men kunne i nogle prøver identificere syntetiske cannabinoider, der var blevet tilsat blandingerne. Disse stoffer var ikke blandt de anførte indholdsstoffer og ville derfor være blevet indtaget uafvidende. De påviste cannabinoider er forholdsvis upåagtede forskningsforbindelser, hvoraf nogle er yderst kraftige, og der vides kun lidt om deres effekt på mennesker.

Forsøg på at omgå narkotikakontrol ved at markedsføre uregulerede erstatninger er ikke en ny foreteelse. Det nye er den lange række stoffer, der nu udforskes, den aggressive markedsføring af produkter, der forsætligt gives en misvisende etiket, den tiltagende brug af internettet samt hastigheden, hvormed markedet reagerer på kontrolforanstaltninger. »Spice« kan også give os en advarsel om kommende problemer. Sofistikerede kemikere, der ofte befinder sig uden for det europæiske retsområde, og som har lejlighed til billigt at udføre organisk syntese, giver potentielt adgang til et betydeligt antal psykoaktive stoffer. Dette kan udvide billedet med helt nye kemiske grupper, der indeholder mange analoger, som det kan være vanskeligt at påvise, og som frembyder betydelige vanskeligheder for kontrolpolitikker baseret på individuelle forbindelser. Da nogle af disse stoffer kan være lovlige at bruge eller kan sælges til angiveligt lovlige formål, kan de endvidere havne i tomrummet mellem narkotikakontrol og handelsforordninger.



Kapitel 1

Politikker og lovgivninger

Indledning

Der er udarbejdet to nye europæiske og internationale planlægningsdokumenter i det seneste år. I december 2008 offentliggjorde EU sin nye narkotikahandlingsplan (2009-2012), og nogle måneder senere fulgte FN's nye politiske erklæring og handlingsplan til imødegåelse af det verdensomspændende narkotikaproblem. Indholdet i de nye planlægningsdokumenter og den rolle organisationer, der repræsenterer det civile samfund, spiller i deres tilblivelse, drøftes i dette kapitel.

Den internationale politiske debat omfattede drøftelse af narkotikasmugling, og her gennemgås den seneste juridiske udvikling i minimumsstraffe for narkotikasmugling i Europa. Desuden var skadesreduktion et centralt element i den politiske debat, og den juridiske status for to vigtige foranstaltninger på dette område, nåle- og sprøjteprogrammer og substitutionsbehandling, beskrives også i dette kapitel.

Andre emner, der behandles, er den seneste vedtagelse og vurdering af nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner, nye data om og tendenser for narkotikarelaterede offentlige udgifter samt udviklingen med hensyn til narkotikarelateret forskning i Europa.

Politisk udvikling internationalt og i EU

FN's nye politiske erklæring og handlingsplan

En ny politisk erklæring og -handlingsplan ⁽¹⁾ fra FN blev vedtaget på et politisk højniveaumøde ved dette års møde i FN's Kommission om Narkotiske Midler (CND). Det var resultatet af en etårig tænkepause, som var del af den tiårs revision af de fremskridt, der er sket med at nå de mål, som blev fastsat på FN's generalforsamlings 20. særlige samling (UNGASS) i 1998 om det verdensomspændende narkotikaproblem.

EU og dets medlemsstater spillede en ledende rolle i UNGASS' revision. Europas holdning til FN's narkotikapolitik på baggrund af revisionen kom til udtryk

i et fælles positionspapir udarbejdet af Rådet for Den Europæiske Union. Papiret understregede vigtigheden af folkesundheden som det første princip i det internationale narkotikakontrolsystem og behovet for en sammenhæng i hele FN-systemet (herunder INCB, UNODC, UNAIDS og WHO) på narkotikaområdet. Det krævede desuden inklusion af en række centrale elementer og prioriteringer i den nye politiske erklæring fra FN. Det drejer sig bl.a. om behovet for en omfattende, integreret og afbalanceret narkotikapolitik, hvor nedbringelse af narkotikaefterspørgslen gives mere vægt, og skadesreduktion medtages. EU opfordrede til, at respekt for internationale konventioner om menneskerettigheder,

Globalt marked for ulovlige stoffer

Resultaterne af en ny undersøgelse finansieret af Europa-Kommissionen om det globale marked for ulovlige stoffer blev fremlagt på Narkotikakommissionens møde 2009 i Wien ⁽¹⁾. Undersøgelsen fandt ingen dokumentation for, at det globale narkotikaproblem er blevet mindre fra 1998 til 2007. For nogle lande er problemet blevet mindre, men for andre er det blevet værre og i nogle tilfælde betydeligt.

I henhold til undersøgelsen er markederne for ulovlige stoffer ikke vertikalt integrerede og domineres ikke af store forhandlere eller karteller. Mens salget af ulovlige stoffer anslås at generere mere end 100 mia. EUR, opnår langt de fleste, som er involveret i narkotikahandel, kun en beskedent indtjening. Enkelte personer tjener en formue, men de tegner sig kun for en meget lille del af den samlede indtjening.

Der er i henhold til undersøgelsen konvergens mellem de nationale narkotikapolitikker, idet der lægges vægt på nedbringelse af narkotikaefterspørgslen, og skadesreduktion vinder bredere accept. Politikkerne mod sælgere og handlende er blevet skærpet.

Håndhævelsen af narkotikaforbud har i henhold til undersøgelsen haft betydelige utilsigtede virkninger, hvoraf mange kunne have været forudsagt (f.eks. geografisk flytning af produktion og handel).

⁽¹⁾ Europa-Kommissionen, »Report on global illicit drug markets, 2009« (findes på: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

⁽¹⁾ Politisk erklæring og handlingsplan om internationalt samarbejde med henblik på en integreret og afbalanceret strategi til imødegåelse af det verdensomspændende narkotikaproblem.

herunder retten til sundhed, skal være et centralt element i den nye narkotikapolitik, og at udviklingen af narkotikapolitikker skal baseres på videnskabelig viden. EU fremførte endvidere, at støtte til alternativ udvikling med henblik på at bekæmpe produktionen af narkotika ikke skal gøres betinget af nedbringelse af ulovlig dyrkning.

Det nye FN-dokument ligner indholdsmæssigt de oprindelige UNGASS-erklæringer og -handlingsplaner, der blev vedtaget i 1998. Det indeholder mange af de elementer, der blev fremlagt af EU, hvilket fremgår af handlingsplanen, der gennemgår aktuelle narkotikapolitiske problemer og anfører de handlinger, som FN's medlemsstater har forpligtet sig til at gennemføre i det næste årti. De centrale handlinger og mål under overskriften nedbringelse af narkotikaefterspørgslen er bl.a.: større respekt for menneskerettighederne, øget adgang til ydelser og forbedret fokus på sårbare grupper. Der er desuden brug for bedre balance i narkotikapolitikkerne til fordel for nedbringelse af narkotikaefterspørgslen og gennemførelse af evidensbaserede tiltag samt overvågnings- og kvalitetssikringsmekanismer. FN-dokumentet anerkender imidlertid ikke udtrykkeligt bidraget fra skadesreduktion — et tiltag, der er benyttet i Europa, og som undersøges videnskabeligt.

EU's narkotikahandlingsplaner

I september 2008 offentliggjorde Europa-Kommissionen sin endelige evaluering af EU's narkotikahandlingsplan 2005-08 ⁽²⁾. Evalueringen så på gennemførelsen af handlingerne og opnåelsen af målene fastsat i handlingsplanen. Den undersøgte desuden handlingsplanens indvirkning på de nationale narkotikapolitikker i EU's medlemsstater og så på de seneste tendenser narkotikasituationen i Europa.

Ifølge evalueringen var der sket fremskridt på stort set alle handlingsplanens områder, selv om ikke alle handlinger var gennemført fuldstændigt, og ikke alle mål var nået. Det forhold, at de fleste nationale narkotikapolitiske dokumenter indeholder mål, som svarer til målene i EU's handlingsplan, blev endvidere anført som bevis på øget konvergens mellem de europæiske lande på det narkotikapolitiske område. Der er desuden observeret en relativ stabilisering i narkotikasituationen i Europa i de senere år, men det kunne ikke afgøres, om EU's handlingsplan bidrager til denne tendens.

Trods visse driftsmæssige mangler blev EU's handlingsplan generelt bedømt at have tilført værdi på tre markante områder: ved at forpligte medlemsstaterne og EU's institutioner til at nå fælles mål, ved at give rammerne for

koordinering og udvikling af en sammenhængende tilgang på narkotikaområdet og som en politisk model på internationalt niveau.

I den endelige evaluering af narkotikahandlingsplanen blev der oplyst om udkastet til efterfølgeren, EU's narkotikahandlingsplan (2009-2012), som blev godkendt af Europarådet i december 2008 ⁽³⁾.

Narkotikahandlingsplanen, som er den femte siden 1990,

EU's narkotikahandlingsplan (2009-12): nye tiltag

Der lægges mere vægt på civilsamfundets deltagelse i EU's nye narkotikahandlingsplan. Ved at etablere »EU's narkotikaaktion« søger handlingsplanen at stimulere det europæiske civilsamfunds engagement i og indsats over for narkotikaproblemer. Handlingsplanen opfordrer også medlemsstaterne til at inddrage civilsamfundet på alle relevante niveauer af narkotikapolitikken.

Fokus på kvaliteten af tiltag på områderne for forebyggelse, behandling, skadesreduktion og rehabilitering er blevet styrket gennem foranstaltninger, der kræver udformning og udveksling af retningslinjer, god praksis og kvalitetsstandarder samt udvikling af europæiske minimumskvalitetsstandarder eller -benchmarks på disse områder. Under overskriften »nedbringelse af narkotikaefterspørgslen« rettes der også yderligere fokus på fængselsmiljøet med foranstaltninger, der opfordrer medlemsstaterne til at tilbyde indsatte stofbrugere ydelser på samme niveau som uden for fængslet, at tilbyde opfølgende behandling efter løsladelse og generelt at forbedre overvågningen af narkotikaproblemer og -tjenester i dette miljø.

De fleste foranstaltninger i forbindelse med nedbringelse af narkotikaefterspørgslen har til formål at forbedre lovhåndhævelsen og det retlige samarbejde mellem medlemsstaterne, ofte gennem øget brug af EU-organer, -projekter og -redskaber. Bekæmpelse af ulovlig anvendelse og handel med kemiske prækursorer i og via Europa er genstand for syv forskellige foranstaltninger med bredt operationelt fokus.

På området for internationalt samarbejde lægges der større vægt på alternativ udvikling, og tre foranstaltninger omhandler intensiveret finansiel og politisk støtte til sådanne programmer. Der sigtes også mod en bedre afspejling af den afbalancerede tilgang mellem efterspørgsels- og udbudsbegrænsning i eksterne aftaler og programmer.

Under overskriften »information, forskning og evaluering« opfordrer en ny foranstaltning til udviklingen af nøgleindikatorer og strategier for indsamling af data om narkotikarelateret kriminalitet, ulovlig dyrkning, narkotikamarkeder og tiltag til udbudsbegrænsning. Der lægges også øget vægt på styrkelsen af forskning på narkotikaområdet og på udvikling af evalueringen af narkotikapolitik på nationalt plan og på EU-plan.

⁽²⁾ 13407/08 ADD3 Cordrogue 69 (<http://register.consilium.europa.eu/pdf/en/08/st13/st13407-ad03.en08.pdf>).

⁽³⁾ EFT C 326 af 20.12.2008, s. 7.

er den anden under EU's nuværende narkotikastrategi (2005-12). Det overordnede mål med planen er en væsentlig nedbringelse af udbredelsen af stofbrug i befolkningen og en reduktion i den sociale og sundhedsmæssige skade som følge af brugen af og handelen med forbudte stoffer.

EU's nye handlingsplan afdækker fem centrale prioriteringer, der afspejler planens indsatsområder: forbedring af koordinering, samarbejde og øget opmærksomhed i offentligheden, nedbringelse af narkotikaefterspørgslen, nedbringelse af udbuddet af stoffer, forbedring af internationalt samarbejde og forbedring af forståelsen af problemet. Den nye plan er mere fokuseret end dens forgænger med kun omkring halvdelen af mål (24) og færre tiltag (72). Den indeholder også mål og tiltag, som ikke var del af den tidligere handlingsplan ⁽⁴⁾. En ekstern og uafhængig evaluator vil foretage en endelig vurdering af den nuværende narkotikahandlingsplan og -strategi i 2012, og denne vil blive fulgt af en tænkepause til at forberede EU's næste narkotikapolitiske dokumenter.

Civilsamfund og udformning af narkotikapolitik

Inddragelsen af ikke-statslige organisationer (ngo'er) i de forberedende drøftelser af EU's og FN's nye narkotikapolitiske dokumenter er et vigtigt led i civilsamfundets engagement på dette område. I maj 2008 debatterede Europa-Kommissionens civilsamfundsforum om narkotika de første resultater af evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-08) og drøftede kravene til og det mulige indhold af den følgende handlingsplan (Europa-Kommissionen, 2008a). Forumets 26 ngo'er foreslog at gøre principperne for folkesundhed og menneskerettigheder til det centrale punkt i EU's narkotikapolitik og understrege ikke-stigmatisering og ikke-diskriminering. De opfordrede desuden til, at der sættes mere fokus på sårbare grupper, blandingsbrug, mentale helbredsproblemer, situationen i fængslerne samt forebyggelsen af narkotikarelaterede dødsfald. Prioritering af tiltagene identificeret af forummet er bl.a. øget koordinering mellem regeringer og civilsamfundet, udvikling af kvalitetsstandarder for nedbringelse af narkotikaefterspørgslen, bedre mekanismer til indsamling af data samt støtte til alternativ udvikling i tredjelande.

Ngo'ernes bidrag til de fremskridt, der er gjort med at opnå målene fastsat i 1998 på UNGASS, blev gennemgået af ngo-komiteén om narkotiske midler i Wien

med økonomisk støtte fra Europa-Kommissionen og flere af EU's medlemsstater. Initiativet »Beyond 2008« var baseret på ni regionale høringer, der afsluttedes med et forum i Wien i juli 2008. Den afsluttende erklæring og tre resolutioner vedtaget på mødet fremhævede ngo'ernes mange aktiviteter og deres voksende rolle inden for narkotikapolitikken ⁽⁵⁾. Ngo'erne opfordrede regeringer og internationale organisationer til at konsultere dem regelmæssigt og øge støtten til dem. Adskillige temaer kan identificeres blandt de mange forskellige opfordringer til medlemsstaterne og de internationale organisationer, herunder: en omfattende og afbalanceret narkotikapolitik baseret på menneskerettigheder, folkesundhed og videnskabelige beviser, øget kapacitet til monitorering og evaluering, udvikling og udbredelse af bedste praksis samt især af FN's vejledende principper for effektiv behandling, adgang og tilstrækkeligt udbud af narkotiske midler som smertestillende medicin, alternative sanktioner og bestemmelser for narkotikarelateret kriminalitet samt respekt for menneskerettighederne for de indsatte, som er stofafhængige eller i fængsel på grund af narkotikarelateret kriminalitet.

Nationale narkotikastrategier og handlingsplaner

Den seneste udvikling

Narkotikastrategier og handlingsplaner er nu vigtige instrumenter i nationale narkotikapolitikker i Europa. Med undtagelse af ét land har alle 30 lande, som overvåges af EONN, vedtaget sådanne dokumenter, som de fornyer periodisk.

I 2008 vedtog Grækenland, Frankrig og Det Forenede Kongerige nye narkotikapolitiske dokumenter ⁽⁶⁾. Grækenland har vedtaget en handlingsplan (2008-12) som supplement til den allerede eksisterende narkotikastrategi. Blandt målene i den nye plan er bedre foranstaltninger til behandling af stofbrug. Den nye franske handlingsplan (2008-11) omfatter ulovlige stoffer, alkohol og tobak. En vigtig prioritering i planen er at fraråde unge mennesker at begynde at bruge stoffer ved igen at bekræfte, at det er forbudt at bruge narkotika, samt at informere de unge og deres forældre om risiciene relateret til stofbrug. Den nye narkotikastrategi (2008-18) og handlingsplan (2008-11) vedtaget i Det Forenede Kongerige har til formål at begrænse udbuddet af ulovlige stoffer og nedbringe efterspørgslen efter dem, og samtidig

⁽⁴⁾ Se »EU's narkotikahandlingsplan (2009-12): nye tiltag«, s. 19.

⁽⁵⁾ http://www.vngoc.org/details.php?id_cat=8&id_cnt=56

⁽⁶⁾ Udtrykket »nationalt narkotikaplanlægningsdokument« betyder et officielt dokument, der er godkendt af en regering, og hvori generelle principper samt specifikke tiltag og mål på narkotikaområdet er defineret, hvis det officielt fremlægges som en narkotikastrategi, -handlingsplan, -program eller andet planlægningsdokument.

henlede særlig opmærksomhed på beskyttelse af familier og styrkelse af lokalområder.

Ti andre EU-medlemsstater havde nationale narkotikaplanlægningsdokumenter, som udløb i 2008. Spanien vedtog en ny narkotikastrategi i februar 2009, og otte andre lande (Bulgarien, Irland, Italien, Cypern, Litauen, Portugal, Rumænien og Slovakiet) var i færd med at færdiggøre og vedtage nye narkotikastrategier og -handlingsplaner i første halvdel af 2009. Letland forlængede sit 2005-08-program med en etårig handlingsplan. Desuden planlægger Nederlandene at udskifte 1995-hvidbogen om narkotikapolitik i 2009, mens mindst ét af politikdokumenterne i adskillige lande udløber i år (Tjekkiet, Luxembourg, Ungarn, Slovenien, Kroatien og Tyrkiet).

Evaluering

Omkring to tredjedele af de europæiske lande rapporterer, at de foretager en løbende eller årlig gennemgang af gennemførelsen af tiltagene fastsat i de nationale narkotikaplanlægningsdokumenter. I de fleste tilfælde fremsendes en situationsrapport baseret på data indsamlet fra de serviceudbydere og ministerier, der har med narkotikapolitik at gøre, til regeringen eller parlamentet. De fleste lande har dermed allerede påbegyndt gennemførelsen af aktion 70 i EU's narkotikahandlingsplan (2009-12), som opfordrer EU's medlemsstater til regelmæssigt eller løbende at evaluere og finjustere de nationale narkotikapolitikker.

En lignende vurdering kan foretages af den endelige evaluering af nationale narkotikastrategier og handlingsplaner, hvor mere end 20 lande rapporterer, at de i øjeblikket forbereder eller for nylig har udført en sådan evaluering. I nogle tilfælde er den endelige rapport et resumé af gennemgang af årlige gennemførelser, i andre er der gjort et forsøg på at opnå en større forståelse af gennemførelsesprocessen, af politikkens effektivitet eller indvirkning. Blandt de lande, der har foretaget den mere uddybende evaluering, har to (Cypern og Luxembourg) besluttet at samarbejde med eksterne, udenlandske evalueringseksperter.

Narkotikapolitikevalueringer står over for store vanskeligheder i forsøget på at sammenkæde resultaterne af narkotikastrategier eller handlingsplaner med ændringer i narkotikasituationen. Det drejer sig bl.a. om problemer med at vurdere effekten af omfattende foranstaltninger og den begrænsede forståelse af indvirkningen af vigtig baggrundsviden, f.eks. narkotikamarkeder eller tendenser i stofbrug og unges livsstil. I nogle europæiske lande er der ikke desto mindre

gjort forsøg på at fastslå sammenhænge mellem narkotikastrategier eller handlingsplaner og indikatorer for narkotikasituationen. Dette bør blive mere almindeligt i fremtiden med EU's nye narkotikahandlingsplan (2009-12), der opfordrer til udviklingen af instrumenter til måling af effekten og indvirkningen af narkotikapolitikkerne. EONN udarbejder også retningslinjer for at hjælpe medlemsstaterne med at vurdere og fortolke resultaterne af de narkotikapolitiske dokumenter.

Offentlige udgifter

Beslutningstagerne har brug for detaljerede, pålidelige oplysninger om narkotikarelaterede offentlige udgifter til at vurdere den faktiske tildeling af ressourcer på dette område og i sidste instans forholdet mellem udgifter og fordele, når det gælder narkotikapolitik. Et vigtigt trin mod forståelsen af stofbrugs bredere indvirkning er økonomisk at kunne anslå de ressourcer, som staten anvender som reaktion på brugen af ulovlige stoffer.

Estimer af offentlige udgifter er baseret på statens budgetter og regnskabsdokumenter. Det er imidlertid vanskeligt at anslå de samlede udgifter i forbindelse med gennemførelsen af en national narkotikapolitik, da det indebærer sammenstilling af tal for aktiviteter, der er udført på forskellige regeringsniveauer (f.eks. lokalt, regionalt og nationalt), som kan være finansieret med forskellige overskrifter i budgettet, og som ofte ikke er specifikt angivet som relateret til narkotika.

De samlede narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa blev for 2005 anslået at være 34 mia. EUR (EONN, 2008a). Som følge af et stort antal manglende indberetninger er det ikke muligt at opdatere dette skøn. Vanskelighederne ved indsamling af oplysninger på dette område kan illustreres ved det forhold, at kun Tjekkiet blandt de 23 lande, der indberettede data for 2007, var i stand til at give en opdeling af udgifterne på tværs af alle regeringsniveauer. De fleste lande kunne fremlægge data om statsforvaltningens udgifter, og syv indberettede desuden de regionale eller lokale myndigheders udgifter (Belgien, Danmark, Estland, Østrig, Finland og Kroatien) eller udgifter afholdt af sociale sikringsordninger (Tyskland).

Øremærkede og ikke-øremærkede udgifter

Øremærkede udgifter er statens planlagte narkotikarelaterede offentlige udgifter. Det afspejler landets frivillige engagement på narkotikaområdet og kan spores tilbage via en detaljeret gennemgang af de offentlige budgetter. 16 af de 23 lande, der fremlagde

Tabel 1: Øremærkede og ikke-øremærkede offentlige udgifter vedrørende narkotika i 2007 i de EU-medlemsstater, der rapporterer i overensstemmelse med COFOG (formålsskategorier for offentlig forvaltning og service)

COFOG-kategori	Luxembourg mio. EUR (%)		Finland ⁽¹⁾ mio. EUR (%)		Det Forenede Kongerige mio. EUR (%)
	Øremærkede	Ikke-øremærkede ⁽²⁾	Øremærkede	Ikke-øremærkede	Øremærkede
Generelle offentlige tjenesteydelser	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Offentlig orden og sikkerhed	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Sundhed	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	3,8 (5,0)	958,2 (68,8)
Uddannelse	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Social beskyttelse	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Data fra 2006.
⁽²⁾ Luxembourg har fremlagt udførlige oplysninger om de modeller, der er anvendt til at beregne de ikke-øremærkede udgifter.
Kilder: Nationale Reitorrapporter (2008).

data for 2007, indberettede kun øremærkede udgifter. I flere tilfælde (f.eks. Estland, Frankrig, Polen og Rumænien) blev størstedelen af de identificerede øremærkede udgifter afholdt i forbindelse med gennemførelsen af nationale narkotikapolitiske dokumenter.

Ikke alle narkotikarelaterede udgifter er betegnet som sådanne i de nationale budgetter. I de fleste lande er det beløb, der bruges til nogle narkotikarelaterede aktiviteter, indlejret i andre programmer og tiltag (f.eks. det samlede budget til politioperationer eller tiltag rettet mod både lovlige og ulovlige stoffer). I disse tilfælde skal sådanne »ikke-øremærkede udgifter« anslås via en tilgang med omkostningsmodeller. Resultaterne af tidligere undersøgelser viser, at ikke-øremærkede udgifter i de fleste tilfælde udgør størstedelen af de nationale udgifter til narkotikaproblemet.

Offentlige udgifter med relation til narkotika kan kategoriseres i henhold til klassifikationen af det offentlige udgifter efter formål (COFOG) (EONN, 2008e). Tre lande fremlagde øremærkede udgifter klassificeret i første COFOG-hovedgruppe, (Luxembourg, Finland og Det Forenede Kongerige (kun for England)), hvor kun Det Forenede Kongerige medtog tal for »generelle offentlige tjenester«, »undervisning« og »social beskyttelse« ⁽⁷⁾. I disse tre lande modtog »sundhed« den største andel af de samlede udgifter efterfulgt af »offentlig orden og sikkerhed« (tabel 1). I modsætning hertil var størstedelen allokert til »offentlig orden og sikkerhed« efterfulgt af »sundhed« i de lande, der fremlagde COFOG-data for ikke-øremærkede udgifter. Dette er i overensstemmelse med resultaterne af tidligere

indberetninger (se EONN, 2008e), som viser, at aktiviteter i forbindelse med »offentlig orden og sikkerhed« modtager broderparten af de narkotikarelaterede offentlige udgifter, selv om størstedelen af øremærkede udgifter kan være tildelt tiltag inden for »sundhed«.

Tendenser

I de fleste lande, for hvilke der foreligger konsekvente oplysninger, steg øremærkede udgifter i faste priser i 2007 sammenlignet med 2005. Tilvæksten varierede fra 14-23 % (Tjekkiet, Irland, Litauen, Luxembourg og Kroatien) til 72 % (Cypern og Finland). I Det Forenede Kongerige forblev øremærkede udgifter stabile i denne periode.

National lovgivning

EU's afbalancerede tilgang til narkotikapolitik giver samme vægt til nedbringelse af narkotikaefterspørgslen og udbuddet af stoffer. En undersøgelse af national lovgivning vedtaget i de seneste ti år viser, at EU's medlemsstater aktivt har lovgivet i overensstemmelse med dette politiske engagement. Landene har oprettet lovgivningsmæssige rammer for bestemte skadesbegrænsende aktiviteter og samtidig forhøjet straffen for narkotikahandel. Halvt igennem perioden har to EU-instrumenter givet øget pondus til disse processer. I 2003 fremsatte Det Europæiske Råd en henstilling om forebyggelse og nedbringelse af narkotikarelateret skade, som opfordrede til foranstaltninger, herunder tilbud om relevant substitutionsbehandling og adgang til distribution

⁽⁷⁾ COFOG-klassifikationen er tre hierarkiske niveauer. På første niveau opdeles det offentlige udgifter i ti formål.

og udskiftning af injektionsmaterialer ⁽⁸⁾. Rådets rammeafgørelse 2004/757/RIA af 25. oktober 2004 opfordrede desuden til højere straffe for handel med ulovlige stoffer. I dette afsnit beskrives tendenserne i de seneste ti år inden for reguleringen af skadesbegrænsende aktiviteter og straffe til narkotikahandlerne. Afsnittet vil vise, at aktiviteterne på disse områder på nationalt niveau afspejles i aftaler på EU-niveau, om end nogle lande har gjort brug af retten til at gå videre end mindstegrænserne fastlagt i disse aftaler.

Opioidsstitutionsbehandling

18 lande har siden 1998 fremlagt omkring 45 retsakter om fastsættelse af eller ændringer i de juridiske rammer for substitutionsbehandlingsprogrammer. Adskillige af disse retsakter er specielt rettet mod oprettelse eller regulering af programmerne i Irland (1998), Polen (1999), Tyskland (2000), Tjekkiet og Portugal (2001), Grækenland og Luxembourg (2002), Belgien og Frankrig (2004), Letland (2005) samt Østrig og Litauen (2007).

Selv om de europæiske lande har dækket mange forskellige aspekter af opioidsstitutionsbehandling i de vedtagne love og bestemmelser, var der indtil 2004 en markant tendens til, at de definerede de tilladte stoffer. I denne periode tillod eller regulerede omkring en fjerdedel af retsakterne brugen af stoffer som metadon og buprenorfin. I modsætning hertil har en tredjedel af dem, der er indberettet siden 2002, defineret eller lettet adgangen til programmer. Lovgivningen begrænser i nogle tilfælde ordinerings af stoffer til opioidsstitution til læger på behandlingscentre, selv om det ofte er tilladt for andre læger at foretage ordinerings ⁽⁹⁾. Godkendte udleveringssteder er ofte også angivet i lovgivningen, for det meste apoteker eller behandlingscentre, selv om nogle lande også tillader lægerne at foretage udleveringen.

Nåle- og sprøjteprogrammer

Nåle- og sprøjteprogrammer kan foregå på lokalt, regionalt eller nationalt niveau, til tider tilladt via specifikke nationale juridiske rammer, men normalt uden sådanne regler. De love, der blev indberettet i Europa i den første del af de seneste ti år, havde primært til formål at etablere et retsgrundlag for sådanne tiltag (Slovenien i 1999, Polen i 2001, Finland i 2003) eller definere eller lette adgangen til nåle- og sprøjteprogrammer (Belgien og Frankrig i 1998, Finland i 2003). Prioriteringen i lovgivningen ændredes hurtigt til regulering af disse programmer. Således vedtog Belgien, Portugal og Luxembourg specifikke, detaljerede love eller dekretter i henholdsvis 2000, 2001 og 2003, som

Den europæiske juridiske database om narkotika

Europæisk juridisk database om narkotika er EINN's onlinedatabase med information om den europæiske narkotikalovgivning for medlemsstaterne og Norge. Databasen indeholder de juridiske tekster i deres oprindelige formater, profiler af narkotikalovene i hvert land og detaljerede rapporter om specifikke emner. Under emneoversigterne indeholder den endvidere resuméer af den retlige stilling for udvalgte emner, herunder ulovlig narkotikahandel, substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer ⁽¹⁾.

⁽¹⁾ Emneoversigter for europæisk juridisk database om narkotika: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

regulerede, hvem der må udføre sådanne ordninger, og hvorvidt udleveringsmaskiner er tilladt. I Portugal blev de lovgivningsmæssige rammer i 2007 udvidet til at omfatte nåle- og sprøjteprogrammer i fængsler.

Nogle lande har vedtaget lovgivning for at tage højde for betænkeligheder om, at nåle- og sprøjteprogrammer muligvis kan være i strid med juridiske bestemmelser, der har til formål at kriminalisere »medvirken« eller »tilskyndelse« til stofbrug. I Belgien og Tyskland er der taget højde for dette problem med en paragraf i loven, som specifikt fritager bestemte programmer for disse sigtelser, men der kan være fastsat grænser for det udleverede antal sprøjter. I nogle få lande er der udstedt retningslinjer til politiet om relevant retshåndhævelsespraksis i nærheden af steder, hvor der udleveres nåle og sprøjter. Overordnet rapporteres politiets konfiskering af sterile sprøjter eller nåle at være sjælden i EU.

Straffe for narkotikahandel

I løbet af de seneste 10 år har EU's medlemsstater anført både individuelt og samlet, at lovovertrædelser i forbindelse med narkotikahandel skal straffes hårdere, selv om overtrædelserne i sig selv defineres forskelligt i lovgivningen i næsten 30 lande. Overtrædelser i forbindelse med »handel« kan omfatte produktion eller dyrkning, import og eksport, transport, tilbud, salg og/eller besiddelse med den hensigt at distribuere eller sælge eller begrebet at handle »med gevinst for øje« eller »på kommercielt grundlag«.

I perioden 1999-2004 vedtog seks lande love, der forhøjede straffene for visse lovovertrædelser i forbindelse med handel med narkotika. Irland etablerede i 1999 den nye lovovertrædelse for besiddelse af en stor mængde narkotika (til en værdi af mere end 12 700 EUR) med den

⁽⁸⁾ Rådets henstilling af 18.6.2003 (EFT L 165 af 3.7.2003, s. 31).

⁽⁹⁾ Se figur 11, s. 77.

hensigt at sælge, som vil medføre en ufravigelig mindstestraf på ti års fængsel. I Det Forenede Kongerige introduceredes i 2000 en mindstestraf på syv års fængsel for den tredje dom for handel med narkotika i klasse A, og i 2001 strammede Grækenland lovgivningen om idømmelse af straf til narkotikahandlere, hvorved deres ret til prøveløsladelse blev begrænset. Ændringer i den estiske straffelov i 2002 og 2004 forhøjede de maksimale straffe til narkotikahandlere, der handlede med små mængder, fra tre til fem år og med store mængder fra fem til ti år. I Danmark blev straffene for narkotikahandel sat op fra seks til ti år og for handel med store mængder eller særligt farlige stoffer fra ti til 16 år. Litauen forhøjede også i 2004 straffene for grundlæggende lovovertrædelser i forbindelse med narkotikahandel fra en maksimal straf på to år til mellem to og otte år og for en stor mængde fra mellem to og otte år til mellem otte og ti år.

I oktober 2004 fastsatte Rådets rammeafgørelse 2004/757/RIA mindsteregler for strafbare handlinger og straffe for narkotikahandel. Yderligere fire lande har siden vedtaget love for at bringe grundlæggende sanktioner for narkotikahandel i overensstemmelse med afgørelsen. Nederlandene forhøjede i 2006 den maksimale straf for handel med store mængder narkotika fra fire til seks år, mens Polen hævede straffen for besiddelse af store mængder og salg til mindreårige fra maksimalt fem år til maksimalt otte år og samtidig fastsatte et minimum på seks måneder. I Slovakiet blev den grundlæggende straf for narkotikahandel forhøjet fra mellem to og otte år til mellem fire og ti år, og den maksimale straf for større mængder blev sat op fra ti til 15 eller endog 20 år. Endelig blev den maksimale straf i Østrig for at give narkotiske stoffer til andre eller dyrkning af visse narkotiske planter i 2007 sat op fra seks til 12 måneders fængsel. Straffene for alvorligere lovovertrædelser blev ikke ændret, men definitionen af en stor mængde blev reduceret fra 25 til 15 gange tærskelmængden.

Forskning på narkotikaområdet

Forskning i narkotikaproblemet udført i hvert europæisk land blev indberettet i et udvalgt tema offentliggjort af EONN i 2008 ⁽¹⁰⁾. I år analyseres henvisningerne til national forskning i de seneste Reitoxrapporter for at give indsigt i den forskning, der senest er udført i europæiske lande. I dette afsnit fremlægges desuden en undersøgelse om narkotikarelateret forskning i EU, som Europa-Kommissionen kom med i år.

Forskningsprojekter i medlemsstaterne

I de seneste nationale Reitoxrapporter henviste de europæiske lande til mere end 350 forskningsprojekter iværksat eller offentliggjort i 2007 og 2008. Det Forenede Kongerige henviste til det største antal forskningsprojekter, mere end 80, efterfulgt af Tyskland og Nederlandene, hver med mere end 30, og Tjekkiet, Irland og Finland med mere end 20.

Forskning i tiltag mod narkotikaproblemet udgjorde mere end en tredjedel af de seneste undersøgelser, mens en anden tredjedel fokuserede på udbredelse, forekomst og mønstre for stofbrug og en femtedel på konsekvenserne af stofbrug. De emner, der så ud til at tiltrække betydeligt mindre opmærksomhed fra forskernes side, var bl.a.: determinanter, risikofaktorer og beskyttende faktorer, stofmekanismer og -påvirkninger, udbud og markeder samt metodiske emner.

Resultaterne af analysen støtter, om end begrænset, opfordringerne i EU's nye handlingsplan til en øget forskningsindsats på de prioriteringsområder, der er underrepræsenterede, især udbud af stoffer.

Analyse af narkotikaforskning i EU

Udbuddet af stoffer er desuden blandt de områder, der er identificeret som underrepræsenterede i aktuel forskning i en undersøgelse udført for Europa-Kommissionen med en sammenlignende analyse af forskning i ulovlige stoffer i EU. Rapporten påpegede forebyggelse, retsgrundlag og forbud som andre områder med uforholdsmæssigt lidt forskning, mens forskning i epidemiologiske emner var mere almindeligt ⁽¹¹⁾. Undersøgelsen viste, at det, selv om der er omfattende ekspertise i medlemsstaterne, er nødvendigt med forbedret sammenlignelighed i data mellem landene og øget opmærksomhed på forskning.

De forskellige landes deltagelse i de europæiske forskningsaktiviteter varierede betydeligt, og meget af det internationale samarbejde foregik på uformel basis. Men undersøgelsen understregede, at forskning på narkotikaområdet kan lettes via europæiske og internationale forskeres netværk. Der er stor forskel på forskningskapacitet, overordnet kvalitet og tilgængelige finansielle midler i EU, og der er et betydeligt behov for opbygning af kapacitet og for finansiering til at dække et bredere udvalg af politikområder i forbindelse med EU's narkotikahandlingsplan.

⁽¹⁰⁾ Yderligere oplysninger om EU og national forskning på narkotikaområdet kan ses på <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

⁽¹¹⁾ Se http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/fsj_drugs_intro_en.htm



Kapitel 2

Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt

Indledning

Dette kapitel indeholder en oversigt over tiltag mod narkotikaproblemer i Europa — om muligt med fremhævelse af tendenser, udvikling og kvalitetsspørgsmål. Først gennemgås forebyggende foranstaltninger opdelt efter tiltag på områderne for behandling, skadesreduktion og social reintegration. Tilsammen danner alle disse foranstaltninger en omfattende ordning til begrænsning af efterspørgslen. De kan betragtes som supplerende og leveres nogle gange i kombination og af de samme centre. Dette gælder f.eks. i stigende grad for behandlings- og skadesreduktionsforanstaltninger.

De tiltag, der er udviklet inden for rammerne af håndhævelsen af narkotikalovgivningen, er også omhandlet i et nyt afsnit, som indeholder de seneste data om narkotikalovovertrædelser. Kapitlet afsluttes med en gennemgang af de foreliggende data om stofbrugeres behov i fængslerne og de eksisterende tiltag i dette særlige miljø.

Forebyggelse

Narkotikaforebyggelse kan inddeles i forskellige niveauer eller strategier, som går fra målretning mod samfundet som helhed (miljømæssig forebyggelse) til fokusering på udsatte enkeltpersoner (indiceret forebyggelse). Ideelt set konkurrerer de forskellige strategier ikke med hinanden, men supplerer hinanden. I den følgende oversigt fokuseres der på de aktuelle tendenser og resultater fra nye rapporter om kontrollerede forsøg på forebyggelsesområdet.

Generel forebyggelse

Generel forebyggelse henvender sig til hele befolkninger. Formålet hermed er at afskrække fra stofbrug eller udskyde narkotikarelaterede problemer ved at give unge mennesker de oplysninger og kompetencer, de skal bruge for at undgå at blive narkotikabrugere. Forebyggelsesforanstaltninger overvåges nu for første gang systematisk i de fleste EU-medlemsstater. De seneste rapporter bekræfter, at tiltag, der har til formål at formidle

oplysninger om narkotika, f.eks. særlige foredrag, er den tilgang, der primært benyttes i forbindelse med generel forebyggelse i skoler og lokalsamfund i alle disse lande. Effektiviteten af tiltag af denne type underbygges dog ikke af den tilgængelige dokumentation. Foranstaltninger med bedre videnskabeligt grundlag, f.eks. forebyggelsesprogrammer baseret på standardiserede protokoller, rapporteres nu fra yderligere lande (Tjekkiet, Cypern, Østrig, Polen, Slovenien og Slovakiet).

Det begrænsede antal forebyggelsesprogrammer i Europa med dokumenteret effekt er omhandlet i EU-Dap-undersøgelsen (www.eudap.net). Denne undersøgelse omfatter 7 000 skoleelever i alderen 12-14 år i syv europæiske lande og evaluerer et program baseret på en helhedsorienteret tilgang med fokus på social indflydelse, som kombinerer undervisning i livsfærdigheder med normativ undervisning i og formidling af viden om stoffer. Efter to år vurderes det, at programmet effektivt reducerer omfanget af hyppig beruselse og cannabisbrug.

EU-Dap-resultaterne afhænger af køn, da der kun gøres rede for programmets samlede effektivitet for drenge. Det fremgår ikke, om det skyldes, at piger er mindre udsatte, eller at de ikke reagerede på programmet. Kønsspecifikke virkninger blev også konstateret i en dansk kontrolleret undersøgelse af et livsfærdighedsprogram. Den største effekt blev konstateret blandt piger med hensyn til mobning og alkoholforbrug i sidste uge og sidste måned, mens størst effekt for at have drukket mere end fem genstande ved en lejlighed og for at have prøvet cannabis blev konstateret for drenge.

Et kontrolleret forsøg i Prag sammenlignede et lokalsamfundsbaseret program, som omfattede en undervisningskomponent, en peerbaseret metode, undervisning i livsfærdigheder og forældreprogrammer, med det standardiserede minimumsforebyggelsesprogram i skoler (Miovský et al., 2007). Det lokalsamfundsbaserede program var mere effektivt med hensyn til at reducere alkoholbrug og påvirke holdningen til brug af stoffer blandt elever i alderen 13-15 år, navnlig i visse udsatte grupper af børn, herunder børn af enlige forsørgere. Det fremgik derfor, at programmet var velegnet til selektiv forebyggelse.

Selektiv og indiceret forebyggelse

Ved både selektiv og indiceret forebyggelse anerkendes det, at problemet med stofbrug primært findes blandt udsatte grupper eller enkeltpersoner med begrænsede sociale og personlige muligheder (EONN, 2008c). Selektiv forebyggelse bruges over for særlige grupper, familier eller hele lokalområder, hvor mennesker på grund af deres svage sociale bånd og knappe ressourcer har større sandsynlighed for at udvikle stofbrug eller blive afhængige. Dokumentationsgrundlaget for denne tilgang præsenteres i et nyt afsnit på EONN's portal om bedste praksis ⁽¹²⁾. Indiceret forebyggelse sigter mod at finde frem

Narkotikaspecifikke massemediekampagner

Narkotikaspecifikke massemediekampagner, der er målrettet mod brugen af cannabis (Danmark, Irland, Frankrig, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) og senest brugen af kokain (Irland, Spanien og Det Forenede Kongerige) er udformet i Europa.

Næsten alle disse kampagner advarer mod risiciene i forbindelse med brugen af stoffet, og nogle af dem bruger en choktaktik. Kun to kampagner benytter en anden tilgang. Den britisk-colombianske kampagne »Shared responsibility« omhandler brugernes ansvar for de miljømæssige og sociale problemer, der er forbundet med kokainproduktionen. Den nederlandske cannabis-kampagne i 2006 var målrettet mod de normative anskuelser med virkelige historier om unge som positive rollemodeller i stedet for advarsler og afbildning af brug. I evalueringen heraf blev det konstateret, at de negative sociale holdninger til rygning af cannabis blev styrket, og at der ikke var nogen negativ indvirkning på hensigten om at bruge og på de normative anskuelser (Wammes et al., 2007).

Massemediekampagner, der fremhæver risikoen ved stofbrug, evalueres kun sjældent, hvad angår ændringer i adfærd, holdninger eller hensigt om at tage stoffer. Der er desuden udtrykt bekymring om deres ringe effekt og mulige skadevoldende virkning. En grundig evaluering af den amerikanske nationale cannabis-kampagne afslørede f.eks. ingen generelle virkninger. Der var dog tegn på, at kampagnen havde utilsigtede virkninger til fordel for cannabis, og nogle mennesker, som ikke tidligere havde været interesseret i stoffet, anførte, at de agtede at bruge det (Hornik et al., 2008). Lignende problemer blev rapporteret i evalueringen af den skotske kokain-kampagne »Know the score« (EONN, 2007a).

Unge menneskers beslutningsproces er kompleks og er stærkt påvirket af gruppesamspil og opfattelse af sociale normer. Indtil videre har massemediekampagner ikke effektivt taget højde for denne kompleksitet.

til individer med adfærdsmæssige eller psykologiske problemer, der kan være retningsgivende for udvikling af et problematisk stofbrug senere i livet, og sætte ind med særlige, individuelt målrettede tiltag.

Nye oplysninger om selektiv forebyggelse målrettet mod etniske grupper er fremlagt af Belgien og Luxembourg. For unge lovovertrædere, der har været i kontakt med det strafferetlige system, findes der angiveligt kun protokoller for systematiske tiltag i Tyskland, Spanien (Catalonien), Luxembourg og Østrig, mens andre lande rapporterede om almene eller punktvisse tiltag. Siden 2008 har man gennemført FRED ⁽¹³⁾, en systematisk protokol for tiltag rettet mod unge lovovertrædere, med EU-støtte i 10 medlemsstater. En ny evaluering af FRED i 140 tyske centre har påvist begrænsede niveauer af ny lovovertrædelse og yderligere udvikling af stofbrug blandt deltagerne.

Nye indicerede forebyggelsesprojekter rapporteres kun fra Tyskland, Nederlandene, Slovakiet og Sverige, og de er stadig sjældne i Europa trods oplysningerne om deres effektivitet (EONN, 2009b). Nuværende eksempler på indicerede forebyggelsesprojekter i Europa omfatter forældretræningsprogrammet »Parent Management Training« (PMTO, Oregonmodellen), som gennemføres i Nederlandene og Norge i familier med børn i alderen 4-12 år med adfærdsforstyrrelser. På samme måde er metoden »Komet för föräldrar«, som anvendes i næsten 30 % af alle kommuner i Sverige, rettet mod forældre til børn med sociale adfærdsforstyrrelser kombineret med problemer med at etablere positive relationer med ligesindede. Et randomiseret kontrolleret forsøg, som involverede 159 familier, viste betydeligt forbedrede forældrekompetencer blandt de deltagende forældre og reducerede adfærdsproblemer blandt deres børn.

Behandling

Omkring 400 000 stofbrugere blev i henhold til rapporterne behandlet for stofbrug i 2007 ⁽¹⁴⁾. Under halvdelen af alle, der påbegyndte behandling, gjorde det for første gang. Langt de fleste behandlingsanmodninger (86 %) blev modtaget i ambulante behandlingscentre. Denne andel er vokset i de senere år af forskellige grunde, herunder øget tilgængelighed og spredning af specialiseret ambulant behandling.

I Europa bruges primært psykosociale tiltag, opioids substitution og afgiftning til behandling af stofproblemer. Psykosociale tiltag tilbyder støtte til brugerne, når de forsøger at kontrollere og overvinde

⁽¹²⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice/evidence/selective-prevention>

⁽¹³⁾ http://www.lwl.org/LWL/Jugend/lwl_ks/Projekte_KS1/Fgn-english

⁽¹⁴⁾ Indikatoren for behandlingsefterspørgsel omfatter data fra 23 lande for ambulatorier, som omfatter mere end 70 % af centrene i de fleste lande, og fra 20 lande for døgntilbehandlingscentre, som omfatter mere end 50 % af centrene i de fleste lande.

deres stofproblemer. Disse tiltag omfatter rådgivning, motivationsterapi, kognitiv adfærdsterapi, sagsbehandling, gruppe- og familierapi og forebyggelse af tilbagefald. Psykosociale tiltag danner grundlaget for lokalsamfundsbase­ret behandling i ambulatorier og døgncentre, og de supplerer normalt også opioids­substitutionsbehandling. Afgiftning er et kortvarigt, lægeovervåget tiltag, som har til formål at mildne de abstinenser, der er forbundet med kronisk stofbrug. Det tilbydes generelt i døgncentre. Den relative størrelse af de forskellige behandlingsmodaliteter i hvert land påvirkes af forskellige faktorer, herunder organisationen af det nationale sundhedssystem.

Ambulant behandling

Tidligere blev narkotikabehandling primært tilbudt i døgncentrene, og de fleste klienter var heroinbrugere. Denne situation ændrede sig i 1980'erne og 1990'erne med den hurtige udbygning af det ambulante behandlingssystem og senest med det stigende antal cannabis- og kokainbrugere, der søger behandling. Problemer med lovlige stoffer og receptpligtige lægemidler blev også mere almindelige.

I 2007 var opioider, navnlig heroin, stadig det vigtigste stof i henhold til brugere, der er kommet i ambulant behandling, idet 54 % af klienterne angav det som det primære stof efterfulgt af cannabis (21 %) og kokain (18 %). Flere lande rapporterer en stigning i andelen af klienter, der kommer i behandling for problemer med andre stoffer end opioider, navnlig blandt nye klienter (se kapitel 3 og 5).

Stofbrugere, der kommer i ambulant behandling, er hovedsageligt unge mænd med en gennemsnitsalder på 31 år, og der er næsten fire gange så mange mænd som kvinder (3,7:1). Alders- og kønsprofilen for de behandlede klienter varierer med det primære stof. Cannabis­klienter er i gennemsnit meget yngre (25 år) end opioid­klienter (32 år) og kokain­klienter (33 år). Uanset det primære stof er gennemsnitsalderen for klienter, der kommer i behandling for første gang, omkring to år lavere end for alle klienter. Højere gennemsnit for mænd i forhold til kvinder rapporteres for kokain­klienter (5,1:1) og cannabis­klienter (5,5:1) ⁽¹⁵⁾.

Den mest almindelige henvisningsvej for klienter, der kommer i ambulant behandling, er egenhenvisning, idet næsten en tredjedel af alle klienter selv søger behandling. Omkring en fjerdedel henvises til behandling af det strafferetlige system, og de resterende henvises gennem social- og sundhedsforvaltningerne eller

uformelle netværk, herunder familie og venner. Henvisning til behandling fra hospitaler og andre lægelige kilder er sjælden. Dette gælder dog ikke Finland, hvor 25 % af klienterne henvises ad denne vej. Ungarn er en anden undtagelse, idet mere end 70 % af klienterne henvises af det strafferetlige system ⁽¹⁶⁾. Det skal bemærkes, at en stofbruger i henhold til den ungarske straffelov ikke kan straffes for besiddelse af små mængder stof, hvis den pågældende kan påvise at være gået i behandling.

Ambulant psykosocial behandling leveres oftest af offentlige institutioner (16 lande) eller ikke-statslige organisationer (10 lande). I henhold til nationale eksperter tilbydes denne type behandling til de fleste af dem, der søger den, og tilbydes til næsten dem alle i yderligere 13 lande. I fire lande (Bulgarien, Estland, Rumænien og Tyrkiet) anslås det dog, at psykosocial behandling er tilgængelig for under halvdelen af dem, der aktivt søger den (se figur 1A). Disse tal kan dække over betydelige variationer mellem landene og forskelle i tilgængeligheden af specialiserede behandlingsprogrammer for cannabis- eller kokainbrugere.

Opioids­substitutionsbehandling

Substitutionsbehandling kombineret med psykosocial pleje er den dominerede behandlingsform for opioidbrugere i Europa. Denne behandling tilbydes generelt som ambulant behandling, selv om den i nogle lande også tilbydes i døgntilbehandlingscentre. I Østrig ordineres der f.eks. slow release-morfin til 65 % af de klienter, der gennemgår langvarig behandling i døgntilbehandlingscentre. Substitutionsbehandling tilbydes i stigende grad også i fængsler ⁽¹⁷⁾.

Med indførelsen af behandling med buprenorfin i store doser på Cypern i 2007 er der nu adgang til substitutionsbehandling i alle medlemsstater samt i Kroatien og Norge ⁽¹⁸⁾. I Tyrkiet mangler man stadig at indføre substitutionsbehandling, men det er tilladt i henhold til en forordning om behandlingscentre fra 2004. I 16 lande tilbydes substitutionsbehandling primært af specialiserede offentlige ambulatorier. Kontorbaserede praktiserende læger, der ofte indgår i delte omsorgsordninger med specialiserede ambulatorier, spiller en stadig vigtigere rolle i udbuddet af denne type behandling og er hovedudbyderen af sådan behandling i nogle lande (regionen Vallonien i Belgien, Tjekkiet, Tyskland, Frankrig, Luxembourg, Østrig og Norge) (se kapitel 6).

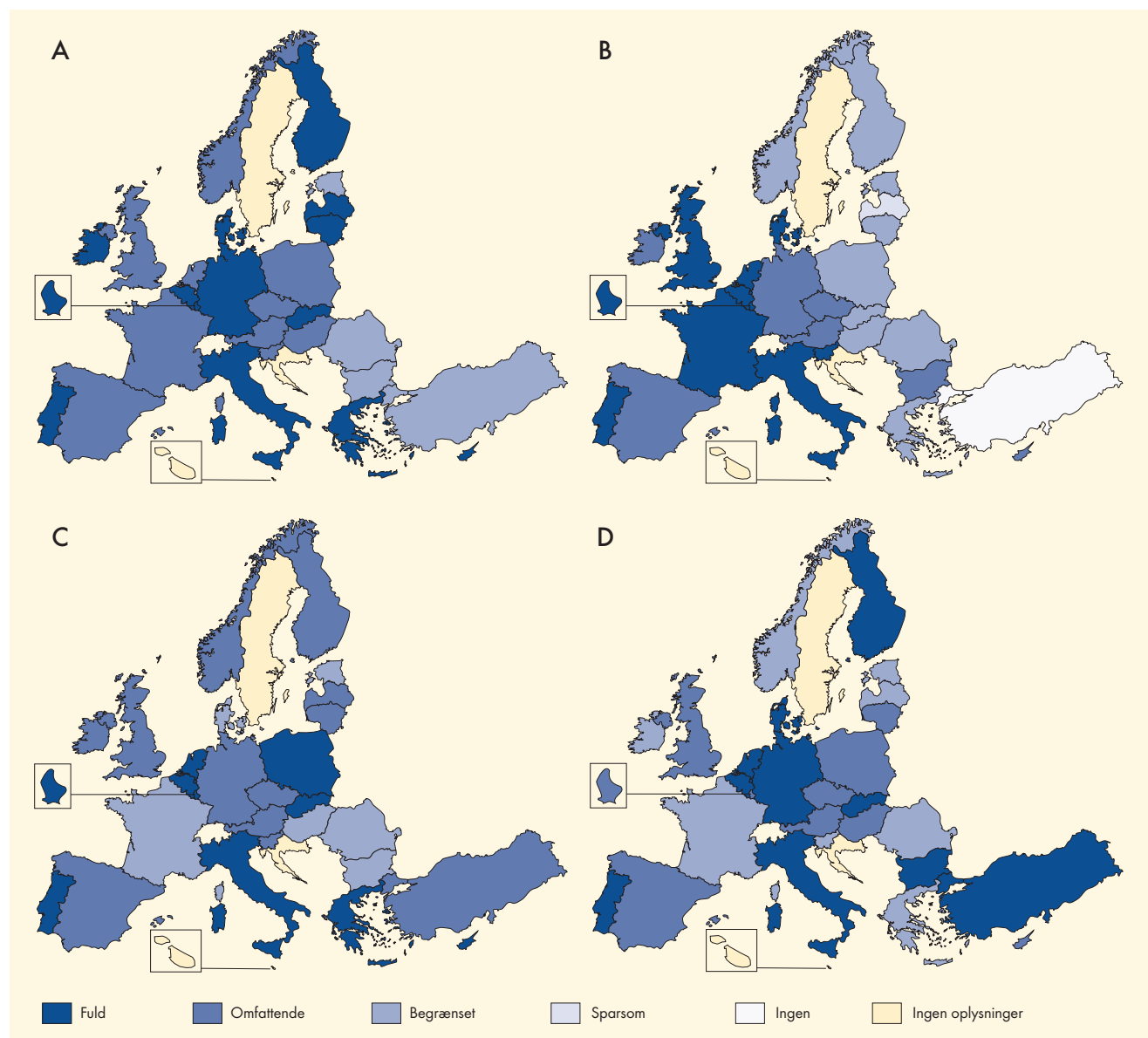
⁽¹⁵⁾ Se tabel TDI-10 og TDI-21 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁶⁾ Se tabel TDI-16 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁷⁾ Se »Hjælp til indsatte stofbrugere«, s. 36.

⁽¹⁸⁾ Se tabel HSR-1 og HSR-2 i Statistical bulletin 2009.

Figur 1: Tilgængelighed af behandlingsformer efter patientens behov, vurderet af nationale eksperter: (A) psykosocial ambulant patient, (B) substitution, (C) psykosocial indlagt patient, (D) afgiftning



NB: Tilgængelighed defineres ved den anslåede andel af stofbrugere med et behandlingsbehov, som kan få dette behov opfyldt: næsten alle (fuld), de fleste, men ikke næsten alle (omfattende), mere end nogle få, men ikke flertallet (begrænset), kun nogle få (sparsom), ingen behandling tilgængelig (ingen). Oplysningerne er indsamlet ved hjælp af et struktureret spørgeskema.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

I 2007 modtog ca. 650 000 opioidbrugere substitutionsbehandling i Europa ⁽¹⁹⁾. I henhold til nationale eksperter er denne type behandling tilgængelig for næsten alle opioidbrugere i ni lande og de fleste brugere i yderligere syv lande. I øvrigt anslås det, at substitutionsbehandling er tilgængelig for et mindretal af opioidbrugere i 10 lande (Estland, Grækenland, Letland, Litauen, Ungarn, Polen, Rumænien, Slovakiet, Finland og Norge). I henhold til dataene om tilgængeligheden af substitutionsbehandling findes der en regional opdeling,

hvor de laveste niveauer af tilgængelighed findes i Øst- eller Nordeuropa (figur 1B).

Døgnbehandling

Døgnbehandling eller stationær behandling kræver, at klienterne opholder sig på centret i perioder på flere uger eller måneder. Disse programmer er generelt baseret på en stoffrihed (uden substitutionsbehandling), så klienten sættes i stand til at afholde sig fra stofbrug. Klienterne

⁽¹⁹⁾ Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2009.

tilbydes et opholdssted, individuelt struktureret psykosocial behandling og deltagelse i aktiviteter, der sigter mod at rehabilitere dem i samfundet. Der benyttes ofte behandlingsgrupper i denne forbindelse. Døgnbehandling tilbydes også af psykiatriske hospitaler, navnlig til klienter med comorbide psykiske lidelser.

I 2007 gik omkring 40 000 personer, hvilket svarer til hver tiende af alle stofbrugere, der gik i behandling, i behandling i døgnbehandlingscentre. Mere end halvdelen af dem anførte opioider som deres primære stof (56 %), mens de fleste andre klienter anførte cannabis (14 %), andre stimulerende stoffer end kokain (14 %) og kokain (7 %) som deres primære stof.

Gennemsnitsalderen for stofbrugere, der gik i døgnbehandling, er 30 år, men opioid- og kokainklienter er i gennemsnit ældre (31 år) end de klienter, der behandles for andre stimulerende stoffer end kokain (28 år) og cannabis (26 år). De fleste klienter i døgnbehandling er mænd, idet forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er 3,6:1. Forholdet er lavere blandt primære brugere af andre stimulerende stoffer end kokain (2,2:1) og højere blandt kokainbrugere (5,1:1) og cannabisbrugere (8:1). Andelen af narkotikaklienter uden beskæftigelse og med ustabile boligforhold er højere blandt klienter i døgnbehandling end blandt ambulante klienter i de fleste lande, hvor det er muligt at sammenligne ⁽²⁰⁾.

Hovedudbyderne af døgnbehandling er ikke-statslige organisationer (12 lande) og offentlige institutioner (11 lande). Private institutioner spiller denne rolle i Danmark og Luxembourg, mens de er den næstvigtigste udbyder i ti lande. Nationale eksperter anslår, at psykosocial døgnbehandling er tilgængelig for de fleste af dem, der søger den, i 12 lande, og til næsten alle, der søger den, i endnu ni lande. I seks lande (Bulgarien, Danmark, Estland, Frankrig, Ungarn og Rumænien) anslås det dog, at denne behandlingsform er tilgængelig for under halvdelen af dem, der aktivt søger den (se figur 1C).

Afgiftning

Afgiftning er generelt et krav for at påbegynde langvarig, abstinensbaseret døgnbehandling. Det er oftest, men ikke udelukkende, en behandling, der under indlæggelse tilbydes på hospitaler, specialklinikker eller døgnbehandlingscentre med medicinske eller psykiatriske afdelinger.

Offentlige institutioner er hovedudbydere af afgiftning i 21 lande. Ikke-statslige organisationer er de største udbydere i Belgien (Flandern) og Nederlandene, mens den private sektor er dominerende i Bulgarien og Luxembourg. Nationale eksperter anslår, at afgiftning er

tilgængelig for de fleste af dem, der søger den, i ni lande, og til næsten alle, der søger den, i endnu ti lande. I otte lande (Estland, Irland, Grækenland, Frankrig, Letland, Rumænien, Slovenien og Norge) anslås det, at afgiftning er tilgængelig for under halvdelen af dem, der aktivt søger den (se figur 1D).

Kvalitetssikring

Sundhedsplanlæggere og -politikere i Europa søger i stigende grad efter ordninger, der kan sikre høj kvalitet i stofbehandling. Ofte prioriterer de dokumentationsbaserede tiltag, når de overvejer behandlingsudbuddet og fordelingen af midler.

Retningslinjer bliver et stadigt vigtigere redskab for kvalitetssikring af stofbehandling. Behandlingsretningslinjer omfatter anbefalinger baseret på videnskabelig dokumentation, ekspertudtalelser, tjenestebrugernes præferencer og nationale sundhedssystemer. De er udformet med henblik på at vælge og anvende de relevante tiltag til stofbehandling. I 20 ud af 27 indberettende lande udformes de nationale retningslinjer for stofbehandling af en autoriseret institution.

Eksisterende retningslinjer omfatter navnlig farmakologisk stofbehandling. 18 lande har indberettet nationale retningslinjer for substitutionsbehandling, og 11 lande har rapporteret retningslinjer for afgiftning. Omkring en tredjedel af disse lande rapporterer dog ikke, at overholdelse af retningslinjerne er en betingelse for at drive eller opnå tilskud til et behandlingscenter.

Nationale retningslinjer for psykosocial behandling og social reintegration er mindre udbredte. Kun syv medlemsstater (Bulgarien, Tjekkiet, Tyskland, Danmark, Nederlandene, Slovenien og Det Forenede Kongerige) rapporterer, at retningslinjer for psykosociale tiltag er tilgængelige, og fem (Tjekkiet, Tyskland, Portugal, Slovenien og Det Forenede Kongerige) for social reintegration. Manglen på nationale retningslinjer skyldes sandsynligvis den begrænsede tilgængelige dokumentation, og det tyder på, at der er brug for flere randomiserede, kontrollerede multicenterforsøg inden for disse områder.

Løbende uddannelse af medarbejderne er vigtig for at sikre, at der leveres tjenester af høj kvalitet. Uddannelse, der er tilrettelagt specielt for behandlingspersonale inden for afhængighed, og en form for videreuddannelse i stofbehandling til læger er almindelige i EU. De fleste lande stiller lignende uddannelsesmuligheder til rådighed for andre grupper, herunder sygeplejersker, socialmedarbejdere og psykologer.

⁽²⁰⁾ Se tabel TDI-10, TDI-13, TDI-15 og TDI-21 i Statistical bulletin 2009.

Portal om bedste praksis: nyt modul om behandling

Efter lanceringen af modulerne om generel og selektiv forebyggelse i 2008 har EONN lanceret et nyt modul om narkotikabehandling på portalen om bedste praksis. Det indeholder en syntese af resultaterne om virkningen af farmakologisk og psykosocial behandling af lidelser i forbindelse med opioider, stimulerende stoffer og cannabis baseret på de seneste litteraturgennemgange. Arbejdet på portalen støttes af en undersøgelse af behandlingskvalitet og udveksling af bedste praksis, der finansieres af Europa-Kommissionen (GD for Sundhed og Forbrugere, 2008b).

Behandlingsmodul præsenterer resultaterne af undersøgelser, der sammenligner virkningen af forskellige tiltag. Virkningen bestemmes ideelt ved hjælp af kontrollerede forsøg eller randomiserede kontrollerede forsøg, hvor tiltagene sammenlignes med specifikke resultatomål. Størstedelen af dokumentationsgrundlaget på dette område er hentet fra undersøgelser gennemført i USA. Undersøgelser er ved at blive mere almindelige i Europa og omfatter banebrydende arbejde med nye stoffer til substitutionsbehandling i forbindelse med opioider.

Det nye modul omfatter også: links til andre informationskilder, evaluerede tiltag, en ordliste og en kort synopsis af manglerne i det aktuelle dokumentationsgrundlag. Portalen vil blive udvidet til at omfatte yderligere emner i fremtiden.

EONN's portal om bedste praksis: <http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

Regelmæssig evaluering af resultaterne af alle former for stofbehandling rapporteres af nogle få lande. Fem medlemsstater evaluerer substitutions- og afgiftningsbehandling, og kun Danmark, Tyskland og Det Forenede Kongerige evaluerer regelmæssigt resultaterne af psykosociale behandlingstiltag. Enkelte eller uregelmæssige evalueringer af behandlingsresultater rapporteres også af nogle lande.

Skadesreduktion

Forebyggelse og begrænsning af narkotikarelaterede skader er et mål på folkesundhedsområdet i alle medlemsstater og i EU's narkotikastrategi (Europa-Kommissionen, 2007). De vigtigste foranstaltninger på dette område er opioidsubstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer rettet mod dødsfald som følge af overdosis samt infektionssygdomme. Disse foranstaltninger meldes tilgængelige i alle lande undtagen Tyrkiet. Selv om der er betydelige forskelle i tilbuddenes omfang og niveau (se kapitel 6 og 7), går den generelle europæiske tendens

i retning af at øge og konsolidere de skadesbegrænsende foranstaltninger.

Endvidere tilbyder de fleste lande en række social- og sundhedsydelse, herunder individuel risikovurdering og rådgivning, uddannelse i sikrere brug, undersøgelse for og rådgivning om smitsomme sygdomme, vaccination og behandling af viral hepatitis. Disse sundhedsydelser tilbydes ofte på lavtærskelcentre. Fokus for skadesreduktionsforanstaltninger er udvidet ud over hiv/aidsepidemien til et bredere spektrum, som også omfatter opfyldelse af problematiske stofbrugeres sundhedsmæssige og sociale behov, herunder især socialt ekskluderede stofbrugere.

Der er også konstateret en professionaliseringsproces i de senere år, og der gennemføres flere granskninger for at sikre standarder af høj kvalitet. I 2006-2007 blev skadesreduktionstjenesterne f.eks. kontrolleret i England med henblik på at kortlægge områder, der skulle forbedres. Kvalitet kan også sikres ved at kræve overholdelse af bestemte standarder i aftaler om tilskud, som det f.eks. rapporteres af Tjekkiet og Estland.

I 14 lande er nationale institutioner ansvarlige for kvalitetssikring, mens agenturer på subnationalt plan er ansvarlige i lande med et forbundssystem. Vejledning understøttes i nogle tilfælde af forskningsresultater vedrørende omkostningseffektivitet, som f.eks. Det Forenede Kongeriges vejledning om nåle- og sprøjteprogrammer (NICE, 2009). Klientinddragelse og feedback fra medarbejdere benyttes også til at udvikle og forbedre tjenestekvaliteten. Systemer til udbredelse af bedste praksis og nye forskningsresultater til professionelle omfatter nationale vidensplatforme, f.eks. »resultaten scoren« (scoringsresultater) i Nederlandene og internationale oplysningskampagner, f.eks. om hepatitis C ⁽²¹⁾. En dataindsamlingsprotokol for specialiserede lavtærskelcentre til skadesreduktion er også udformet af European Network of Social Inclusion and Health i samarbejde med EONN (Hedrich et al., 2008a) som en del af EU-finansierede projekter med henblik på at udvikle og gennemføre europæiske sundhedsindikatorer.

Social reintegration

Social reintegration anerkendes som et væsentligt element i omfattende narkotikastrategier. Det kan gennemføres på et hvilket som helst stadium af stofbrug og i forskellige miljøer og omfatter kapacitetsopbygning, forbedring af de sociale færdigheder samt foranstaltninger til at lette og fremme beskæftigelsen og opnå eller forbedre boligforholdene. I praksis kan reintegrationstjenesterne

⁽²¹⁾ <http://www.hepatitisfachtag.org/>

tilbyde erhvervsvejledning, jobaktivering og boligstøtte. Fængselsbaserede tiltag, som har betydning for tilbagefald og risikoen for nye lovovertrædelser, kan knytte indsatsen til lokalsamfundsbase­rede bolig­mæssige og sociale støttetjenester som forberedelse til deres løsladelse (GD for Sundhed og Forbrugere, 2008a). Generelt afhænger resultaterne af sociale reintegrationsforanstaltninger ofte af effektivt samarbejde mellem forskellige social- og sundhedsinstitutioner.

Hjemløshed er sammen med ustabile boligforhold en af de alvorligste former for social udstødelse, som stofbrugere står over for, og som ramte omkring 10 % af de stofbrugere, der kom i behandling i 2007 ⁽²²⁾. Dette tal er sandsynligvis meget højere for visse grupper af stofbrugere.

Alle medlemsstater rapporterer, at boligordninger for stofbrugere er tilgængelige. Oplysninger om, hvorvidt stofbrugernes boligbehov opfyldes, er dog mangelfulde. I Slovakiet kan rehabiliteringstjenesterne f.eks. ofte ikke imødekomme efterspørgslen som følge af begrænsede økonomiske ressourcer.

Støttede boligtilbud rapporteres af flere lande (f.eks. Tjekkiet, Tyskland, Irland, Nederlandene, Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige). Under disse midlertidige boligordninger tilbydes der normalt overnatning og morgenmad eller små møblerede lejligheder med kortvarige lejemål, som oftest tilbydes ved udskrivning fra døgnbehandling, så de enkelte personer får mulighed for at leve selvstændigt. I Irland er brugerne f.eks. ansvarlige for at betale husleje og udføre visse huslige pligter, mens støttemedarbejdere hjælper dem med at opnå et lejemål og få adgang til uddannelse eller beskæftigelse.

45 % af de brugere, der kommer i behandling, har i bedste fald afsluttet grundskolen, og ca. 40 % af de brugere, der kommer i behandling, er arbejdsløse ⁽²³⁾, og derfor er det afgørende for den sociale reintegration, at stofbrugere hjælpes til at finde beskæftigelse og opnå faglig uddannelse. Programmer på dette område rapporteres af de fleste medlemsstater. I Ungarn, Tjekkiet, Litauen, Slovenien og Slovakiet er reintegrationen af stofbrugere på arbejdsmarkedet blevet støttet af projekter finansieret under EU-initiativet mod forskelsbehandling på arbejdsmarkedet (Equal). De fleste af disse projekter hjælper stabiliserede klienter i stofbehandling med at finde jobaktivering i overensstemmelse med deres evner. Værdien af denne tilgang støttes af resultaterne af en skotsk undersøgelse, som konstaterede, at stofbrugere i bedring, som modtog beskæftigelses­mæssig støtte, havde tre gange større sandsynlighed for at finde lønnet beskæftigelse (McIntosh et al., 2008).

Håndhævelse af narkotikaloggivningen og overtrædelser

Håndhævelsen af narkotikaloggivningen involverer forskellige myndigheder under forskellige ministerier (f.eks. politi, retsvæsen og sundhedsvæsen). I praksis forbindes termen »håndhævelse af narkotikaloggivningen« almindeligvis med det sæt af aktiviteter, der gennemføres af politiet og politilignende institutioner (f.eks. toldvæsenet) med henblik på at håndhæve lovgivningen om narkotikabrug og narkotikamarkedet. Blandt de omhandlede områder er narkotikabrug og -besiddelse, narkotikahandel og -produktion samt ulovlig anvendelse af kemikalier og hvidvaskning af penge.

Håndhævelse af narkotikaloggivningen er en central del af Europas indsats over for narkotika, og dette område tildeles en stor del, måske den største del, af de ressourcer, der er afsat til bekæmpelse af narkotikaproblemet. En nylig sammenligning af fordelingen af narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa viser, at de offentlige udgifter til narkotikarelaterede aktiviteter i forbindelse med »offentlig orden og sikkerhed« er næsten tre gange så høje som udgifterne til bekæmpelse af sundhedsproblemer i forbindelse med narkotikabrug. En betydelig del af de midler, der tildeles »offentlig orden og sikkerhed«, går sandsynligvis til politiet (EONN, 2008e).

Arten og omfanget af indsatsen med hensyn til håndhævelse af narkotikaloggivningen kan variere afhængigt af den nationale lovgivning og dens anvendelse samt af ressourcerne og prioriteterne for de involverede institutioner, som omfatter generelle lovhåndhævelsesorganer og specialiserede enheder (»narkotikapatruljer«).

I modsætning til andre lovhåndhævelsesområder, hvor politiet typisk reagerer på lovovertrædelser, ofte efter anmeldelser fra medlemmer af offentligheden, defineres størstedelen af lovhåndhævelsesindsatsen på narkotikaområdet som proaktiv, da den primært udføres på initiativ af lovhåndhævelsesinstitutioner. Det skyldes, at mange overtrædelser af narkotikaloggivningen betragtes som »konsensuel kriminalitet«, hvor enkeltpersoner i konsensus hemmeligt deltager i en ulovlig aktivitet, som politiet kun får kendskab til, hvis den opdages tilfældigt (f. eks. under fodpatrulje) eller under aktiv opklaring.

Det betyder, at håndhævelsen af narkotikaloggivningen omfatter en lang række aktiviteter, der ofte er baseret på manuel eller elektronisk indsamling, behandling og deling af oplysninger, herunder elektroniske databaser og særlige kommunikationsnetværk. Det er navnlig tilfældet for aktiviteter, der har til formål at reducere udbuddet af

⁽²²⁾ Se tabel TDI-15 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽²³⁾ Se tabel TDI-12 og TDI-13 i Statistical bulletin 2009.

stoffer ⁽²⁴⁾, hvor lovhåndhævelse spiller en central rolle, og omfatter kontakt med meddelere, gennemførelse af skjulte operationer ved brug af politiagenter og elektronisk overvågning, herunder opsnapping af kommunikation.

Kontrollerede narkotikaleverancer og målrettede operationer, der har til formål at fjerne narkotikasalgsteder, er nogle af de operationelle taktikker, som de håndhævende myndigheder i Europa benytter. Gennemførelse af kontroller og undersøgelser af personer og køretøjer på og omkring centrale steder, f.eks. havne, lufthavne og landegrænser, er en mere almen taktik, som også har andre formål, f.eks. immigrationskontrol.

Lovhåndhævelsesinstitutioner, navnlig toldmyndighederne, løser i mange lande også opgaver vedrørende håndhævelsen af lovgivningen om regulerede kemikalier. Det omfatter behandling af import- og eksportanmodninger samt fastlæggelse og undersøgelse af mistænkelige transaktioner. Fjernelse af hemmelige ulovlige narkotikaboratorier er en anden opgave for lovhåndhævelsesinstitutionerne i lande, hvor der fremstilles syntetiske stoffer.

Overtrædelser af narkotikalogvgivningen

Der foreligger kun rutinedata i Europa om de første indberetninger af narkotikaloftertrædelser, hovedsageligt fra politiet ⁽²⁵⁾. Rapporterne omhandler oftest overtrædelser som narkotikaproduktion, -smugling og -handel samt stofbrug eller besiddelse med henblik på brug.

Data om overtrædelser af narkotikalogvgivningen kan normalt betragtes som indirekte indikatorer for stofbrug eller narkotikahandel eller som mere direkte indikatorer for lovhåndhævelsesindsatsen. De omfatter dog kun de narkotikarelaterede aktiviteter, som lovhåndhævelsesinstitutioner er opmærksomme på, og de afspejler også nationale variationer med hensyn til lovgivning, prioriteter og ressourcer. Hertil kommer, at der er variationer mellem de nationale informationssystemer, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer og registreringspraksis. Da disse forskelle gør det vanskeligt at foretage sammenligninger mellem landene, er det mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal.

Data indberettet af 21 medlemsstater, som repræsenterer 85 % af befolkningen i alderen 15-64 år i EU, viser, at antallet af indberettede overtrædelser af

EONN 2009: udvalgt tema om statistikker vedrørende domme

EONN offentliggjorde i 2009 et nyt udvalgt tema om statistikker vedrørende domme, som undersøger resultaterne af overtrædelser af narkotikalogvgivningen i europæiske lande. Rapporten undersøger de tilgængelige nationale statistikker fra politi, anklagere og domstole og undersøger dem efter overtrædelsestype (besiddelse, handel) og resultattype (bøde, fængsel, behandling). Det centrale spørgsmål, der er omhandlet, er: Hvad er det mest sandsynlige resultat i hvert land, hvis man dømmes for narkotikabesiddelse eller -salg?

Dette udvalgte tema findes kun på engelsk i udskrift og på internettet: (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

narkotikalogvgivningen steg med ca. 29 % i perioden 2002-2007. Dataene viser stigende tendenser i alle indberettende lande, undtagen Bulgarien, Tjekkiet, Grækenland, Luxembourg, Ungarn og Slovenien, som alle var stabile eller meldte om et generelt fald i perioden ⁽²⁶⁾.

Brugs- og udbudsrelaterede lovovertrædelser

Balancen mellem lovovertrædelser i form af brug og i form af udbud (handel, smugling, produktion) er den samme som i tidligere år. De fleste europæiske lande indberettede, at flertallet af lovovertrædelser vedrørte stofbrug eller besiddelse til brug, idet tallene i 2007 gik op til 91 % (Spanien) ⁽²⁷⁾. Overtrædelser i forbindelse med udbud er dog dominerende i Tjekkiet (87 %) og Nederlandene (69 %) (figur 2). I Tjekkiet straffes besiddelse af små mængder af narkotika uden hensigt om salg med en advarsel eller bøde, mens narkotikarelaterede lovovertrædelser generelt ikke forfølges i Nederlandene ⁽²⁸⁾.

I perioden 2002-2007 steg antallet af overtrædelser af narkotikalogvgivningen i de fleste indberettende lande, idet kun Bulgarien, Grækenland, Nederlandene og Slovenien rapporterede om et fald i perioden ⁽²⁹⁾. I alt steg antallet af narkotikaloftertrædelser i form af brug i EU med ca. 32 % fra 2002 til 2007.

Antallet af lovovertrædelser i forbindelse med udbud af stoffer er også steget i perioden 2002-2007, men meget langsommere med en gennemsnitlig stigning på 14 % i EU. I denne periode faldt antallet af udbudsrelaterede

⁽²⁴⁾ Se boksen på s. 28 i Årsberetning for 2008: narkotikasituationen i Europa for en definition af begrænsning af narkotikaudbuddet.

⁽²⁵⁾ Se EONN for en beskrivelse af forholdet mellem narkotika og kriminalitet (2007b).

⁽²⁶⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-1 i Statistical bulletin 2009.

⁽²⁷⁾ Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2009.

⁽²⁸⁾ Se landeoversigterne for Tjekkiet og Nederlandene på EONN's websted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-4 i Statistical bulletin 2009.

overtrædelser i otte lande, mens otte lande rapporterede en stigning ⁽³⁰⁾.

Tendenser for de enkelte stoffer

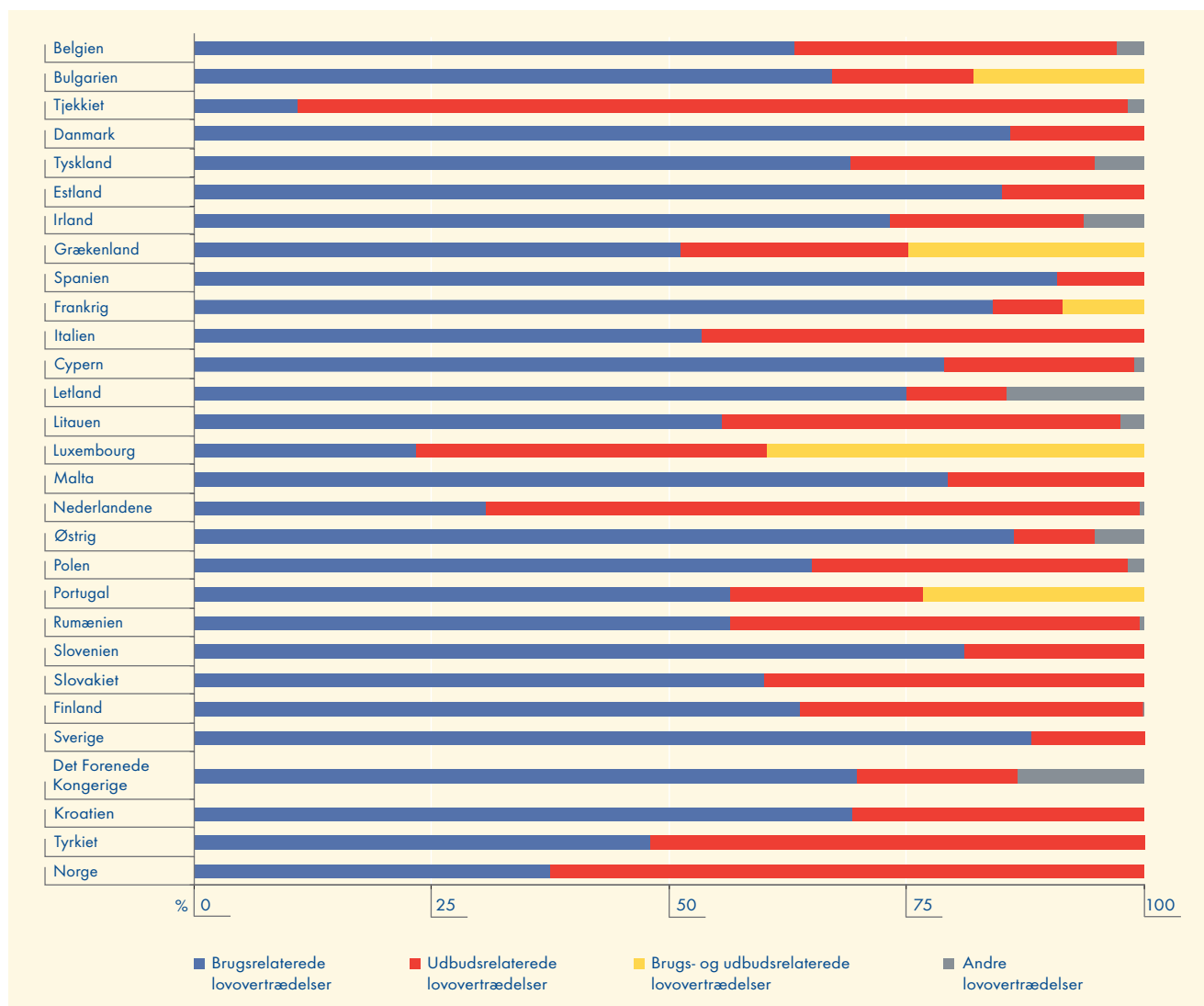
Cannabis er fortsat det ulovlige stof, der i de fleste EU-lande oftest er involveret i indberettede narkotikalovovertrædelser ⁽³¹⁾. I de fleste europæiske lande tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig for mellem 55 % og 85 % af de indberettede narkotikalovovertrædelser i 2007. Andre stoffer end cannabis dominerer kun narkotikalovovertrædelserne i to lande: Litauen (heroin, 26 %) og Tjekkiet (metamfetamin,

59 %). I Letland er narkotikalovovertrædelserne ligeligt fordelt mellem cannabis, heroin og ecstasy.

I femårsperioden 2002-2007 lå antallet af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis stabilt eller steg i størstedelen af de indberettende lande, hvilket resulterede i en generel stigning på gennemsnitligt 23 % på EU-plan. Der blev meldt om nedadgående tendenser i Bulgarien, Tjekkiet og Slovenien ⁽³²⁾.

De kokainrelaterede overtrædelser steg i perioden 2002-2007 i alle europæiske lande undtagen Bulgarien og Tyskland. I EU steg overtrædelserne i forbindelse med kokain med ca. 59 % i samme periode ⁽³³⁾.

Figur 2: Typer af lovovertrædelser i rapporter om narkotikalovovertrædelser i Europa



NB: Se yderligere oplysninger i figur DLO-2 i Statistical bulletin 2009.
Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

⁽³⁰⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-5 i Statistical bulletin 2009.

⁽³¹⁾ Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2009.

⁽³²⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-6 i Statistical bulletin 2009.

⁽³³⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-8 i Statistical bulletin 2009.

Den nedadgående tendens for heroinrelaterede overtrædelser i EU, som blev konstateret i tidligere beretninger, er nu tilsyneladende standset, og der er konstateret en stigning på ca. 7 % for perioden 2002-2007. Dog har de nationale tendenser for overtrædelserne været divergerende i perioden, og den opadgående tendens skyldes navnlig stigninger inden for de sidste to år i Belgien, Grækenland, Spanien, Frankrig, Polen og Portugal og en stabilisering i Tyskland og Østrig ⁽³⁴⁾.

Antallet af amfetaminrelaterede lovovertrædelser stiger stadig, og stigningen anslås at udgøre 59 % i perioden 2002-2007. Ecstasyrelaterede overtrædelser er derimod faldet med ca. 22 % i samme periode ⁽³⁵⁾.

Sundhed og sociale tiltag i fængsler

På en hvilken som helst dag er der mere end 600 000 indsatte i EU's fængsler ⁽³⁶⁾, hvilket betyder, at der i gennemsnit er 120 indsatte pr. 100 000 indbyggere. Antallet af indsatte i de forskellige lande varierer fra 65 til 320 indsatte pr. 100 000 indbyggere, idet de fleste medlemsstater i Central- og Østeuropa indberetter antal, der er højere end gennemsnittet. De nationale tal og EU-gennemsnittet er dog betydeligt lavere end de tal, der rapporteres fra Rusland (629) og USA (756) ⁽³⁷⁾.

I de fleste EU-lande ligger andelen af indsatte med domme for narkotikalovovertrædelser i størrelsesordenen 10-30 %. En ukendt andel af andre er dømt for berigelseskriminalitet til støtte for narkotikaafhængighed eller andre narkotikarelaterede overtrædelser. Selv om de samlede antal er lave, er andelen af indsatte med domme for narkotikalovovertrædelser i forhold til andre indsatte steget i de senere år i flere medlemsstater i Central- og Østeuropa.

Stofbrug i fængselsbefolkninger

Der er stadig ingen standardisering af de definitioner, forskningsspørgsmål og metoder, der benyttes i undersøgelser af stofbrug i fængsler (Vandam, 2009; GD for Sundhed og Forbrugere, 2008a), selv om eksisterende undersøgelser viser, at stofbrug stadig er mere udbredt blandt indsatte end i resten af befolkningen. Data fra flere undersøgelser, der er gennemført fra og med 2002, primært i det vestlige Europa, viser, at mellem

en tredjedel og halvdelen af deltagerne i undersøgelsen rapporterede regelmæssig brug af et ulovligt stof inden fængslingen. De mest skadelige former for stofbrug kan også være koncentreret blandt indsatte, idet nogle undersøgelser viser, at mellem en femtedel og en tredjedel af deltagerne i undersøgelsen på et tidspunkt har brugt stoffer intravenøst ⁽³⁸⁾.

Ved fængsling holder de fleste stofbrugere op med at tage stoffer eller reducerer forbruget, primært som følge af problemer med at skaffe stoffer. Det forhold, at stoffer finder vej ind i de fleste fængsler til trods for alle de foranstaltninger, der træffes for at begrænse udbuddet af stoffer, anerkendes dog af både fængselseksperter og beslutningstagere. Undersøgelser, der er gennemført siden 2002, viser, at mellem 1 % og 50 % af de indsatte anfører at have taget stoffer i fængslet, og op til 27 % anfører, at de har taget stoffer regelmæssigt, mens de var indsat ⁽³⁹⁾. I en undersøgelse foretaget blandt 1 457 indsatte i seks tyske fængsler blev det konstateret, at 22 % havde injiceret stoffer i fængslet, mens undersøgelser i fire andre lande rapporterede en frekvens på 10 % eller mere ⁽⁴⁰⁾. Indsatte intravenøse stofbrugere deler oftere deres udstyr end brugere, der ikke er i fængsel. Det skærper problemerne med potentiel spredning af smitsomme sygdomme blandt de indsatte.

Sundhed i Europas fængsler

Indsatte har ret til samme niveau af lægebehandling som andre mennesker i samfundet, og sundhedstjenesterne i fængslerne skal kunne behandle problemer i forbindelse med stofbrug under samme vilkår som dem, der tilbydes mennesker uden for fængslerne (CPT, 2006; WHO, 2007). Dette generelle princip om ækvivalens anerkendes i EU gennem Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug ⁽⁴¹⁾, og EU's nye narkotikahandlingsplan (2009-12) opfordrer til, at det gennemføres.

Politikerne i Europa er mere opmærksomme på leveringen af sundhedsydelser til indsatte, og der er tegn på, at EU's medlemsstater forbedrer de ydelser, der tilbydes de indsatte. Flere lande indberetter nu f.eks., at der er etableret nationale sundhedspolitikker og -programmer for indsatte. Der er dog stadig meget at gøre med hensyn til

⁽³⁴⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-7 i Statistical bulletin 2009.

⁽³⁵⁾ Se figur DLO-3 i Statistical bulletin 2009.

⁽³⁶⁾ Data om fængsler i Europa offentliggøres af Europarådet på http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE_I/List_Space_I.asp

⁽³⁷⁾ Kilde: <http://www.kcl.ac.uk/depsta/law/research/icps/worldbrief> for tal for Rusland og USA.

⁽³⁸⁾ Se tabel DUP-105 og DUP-2 i Statistical bulletin 2009.

⁽³⁹⁾ Se tabel DUP-3 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁴⁰⁾ Se tabel DUP-4 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁴¹⁾ EUT L 165 af 3.7.2003, s. 31.

at sikre indsatte adgang til sundhedsydelser på et niveau og af en kvalitet, der kan sammenlignes med de ydelser, der tilbydes uden for fængslet. Fængslerne skal endvidere løse de problemer, der forekommer i forbindelse med stofbrugernes særlige behov for sundhedsydelser, f.eks. blodbårne smitsomme sygdomme og comorbide psykiske lidelser.

Hjælp til indsatte stofbrugere

Tjenester, der tilbydes de indsatte i de europæiske fængsler, omfatter: information om stoffer og sundhed, screening for smitsomme sygdomme og vaccination, behandling for narkotikaafhængighed, herunder afgiftning, substitutionsbehandling og stoffrie tilgange samt udslningsprogrammer. Eksempler på den løbende udvidelse af tjenester til indsatte omfatter indførelse af substitutionsbehandling i fængsler i Tjekkiet, Polen og Sverige, et stoffrit behandlingsprogram i Cypern og udvidelsen af den danske behandlingsgaranti til at omfatte adgang til narkotikabehandling til indsatte inden for to uger efter anmodning.

Fortsættelsen af substitutionsbehandling under fængsling er godkendt i bestemmelserne i 26 lande, men anvendes ikke i fem af disse lande, mens iværksættelse af denne type behandling i fængslet er godkendt i 21 lande. I henhold til ekspertvurderinger er der dog forskelle i leveringen af denne foranstaltning.

Substitutionsbehandling tilbydes i næsten alle fængsler i ni lande og i mere end halvdelen af fængslerne i fire andre lande. I Tjekkiet, Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige anslås det, at substitutionsbehandling tilbydes i under halvdelen af fængslerne, mens det i Ungarn, Polen, Finland og Sverige kun tilbydes i få fængsler. Endelig tilbydes denne form for behandling slet ikke i fængsler i Bulgarien, Estland, Grækenland, Cypern, Letland, Litauen, Rumænien, Slovakiet og Tyrkiet, men det forberedes at tilbyde den i Bulgarien og Rumænien, og man drøfter juridiske ændringer i Letland.

Når tilbuddet om substitutionsbehandling er begrænset i samfundet generelt, tilbydes denne behandling kun

i meget begrænset omfang eller slet ikke i fængslerne ⁽⁴²⁾. Andre hindringer for at tilbyde substitutionsbehandling, som medlemsstaterne anfører, omfatter: mangel på lovgivningsramme for iværksættelse heraf (Finland) og krav om betaling for behandling (fransktalende del af Belgien). Tilbuddet om substitutionsbehandling afhænger ofte også af de lokale forhold og i nogle tilfælde også af den enkelte fængselslæges initiativ.

Der foreligger ekspertvurderinger af tilgængeligheden og niveauet af andre former for forebyggelses- og skadesreduktionsforanstaltninger i fængsler for 26 EU-medlemsstater samt Norge og Tyrkiet. Det rapporteres, at der tilbydes individuel rådgivning om smitsomme sygdomme og vurdering af narkotikarelateret risikoadfærd i 26 lande. Test for hepatitis C efter fængsling findes i 22 lande, men ikke i Ungarn, Polen og Tyrkiet. I Ungarn blev mere end 14 % af alle indsatte dog screenet for HCV i løbet af de første ni måneder af en igangværende kampagne, der blev indledt i 2007. Andre tiltag omfatter hepatitis B-vaccinationsprogrammer for indsatte, undervisning af fængselspersonale i narkotikarelaterede sundhedsproblemer samt rådgivning og uddannelse i sikrere brug, som i henhold til indberetningerne tilbydes i 13 lande, om end i forskelligt omfang.

Foranstaltninger til forhindring af overdoser tilbydes på samme niveau. Der tilbydes rådgivning om risikoen for overdoser inden løsladelse i 18 lande, men det anslås, at kun otte lande har tilbudt det til mere end en håndfuld indsatte i løbet af de sidste 12 måneder.

Informationsmaterialer om narkotikarelaterede dødsfald og nødsituationer, som er udformet specielt til fængselsmiljøet, findes kun i syv lande ⁽⁴³⁾.

Nåle- og sprøjteprogrammer inden for fængsler rapporteres kun af Tyskland, Spanien, Luxembourg, Portugal og Rumænien og er under planlægning i Det Forenede Kongerige (Skotland). Modstand fra fængselspersonalet og manglende tillid rapporteres som hindringer for effektiv gennemførelse af nåle- og sprøjteprogrammer i fængsler.

⁽⁴²⁾ Se figur HSR-2 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁴³⁾ Se tabel HSR-7 i Statistical bulletin 2009.



Kapitel 3

Cannabis

Indledning

Det europæiske billede med hensyn til cannabis har udviklet sig betydeligt i det seneste tiår, og det samme gælder debatten om, hvordan man skal reagere hensigtsmæssigt på den udbredte brug af dette stof. I begyndelsen og midten af 1990'erne skilte nogle få lande sig ud med en høj prævalens, mens den europæiske standard var brugsniveauer, som i forhold til i dag var lave. I næsten alle lande voksede brugen af cannabis i 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne, og det har i dag resulteret i et langt mindre varieret europæisk billede, selv om der stadig er forskelle landene imellem. Endvidere har man de sidste par år oplevet en voksende forståelse af følgerne for folkesundheden af langvarig og udbredt brug af dette stof, og der meldes om øget behandlingsefterspørgsel som følge af cannabisrelaterede problemer. Europa kan nu være på vej ind i en ny fase, idet dataene peger på en stabiliseret situation eller endog et fald. Brugsniveauerne er imidlertid fortsat høje med en historisk målestok, og hvad der er effektive tiltag mod cannabisbrug er fortsat et centralt spørgsmål i den europæiske narkotikadebat.

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Cannabis kan dyrkes i en lang række miljøer og vokser vildt i mange dele af verden. Man mener, at planten i øjeblikket dyrkes i 172 lande og territorier (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Disse forhold tilsammen betyder, at det sandsynligvis vil være meget vanskeligt at udarbejde præcise skøn over den verdensomspændende produktion af cannabis. UNODC (2009) anslår den globale produktion af cannabisblade i 2008 til mellem 13 300 tons og 66 100 tons.

Cannabisdyrkning i Europa er udbredt og muligvis stigende (Korf, 2008). I 2007 anførte 19 europæiske lande hjemlig cannabisproduktion, selv om omfanget af dette fænomen tilsyneladende varierer betydeligt. En betydelig del af den ulovlige handel foregår dog sandsynligvis mellem regioner.

Cannabisblade i Europa importeres også primært fra Afrika (f.eks. Ghana, Marokko, Nigeria, og Sydafrika) og mindre hyppigt fra det sydvestlige Asien (Pakistan) og Nord-, Syd- og Mellemamerika (Jamaica) (INCB, 2009a).

Tabel 2: Cannabisblade og cannabisharpiks – produktion, beslaglæggelse, pris og styrke

	Cannabisharpiks	Cannabisblade
Anslået global produktion (tons)	2 200–9 900	13 300–66 100
Global beslaglagt mængde (tons)	1 300	5 600
Beslaglagt mængde (tons)		
EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	853 (859)	70 (96)
Antal beslaglæggelser		
EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g)		
Område (Kvartilafstand) ⁽¹⁾	3–11 (5–9)	1–12 (4–9)
Område for gennemsnitsstyrke (THC-indhold)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser.

NB: Alle data er for 2007 med undtagelse af tallene for global produktion, som er for 2008.

Kilder: Verdensnarkotikarapporten fra De Forenede Nationers Program for Narkotikakontrol (2009) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

⁽⁴⁴⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer se s. 39.

Den samlede produktion af cannabisbark blev anslået til mellem 2 200 tons og 9 900 tons i 2008 (UNODC, 2009), idet Marokko fortsat er den største internationale producent. Arealet med cannabisbarkproduktion faldt fra 134 000 ha i 2003 til 76 400 ha i 2005 (UNODC og den marokkanske regering, 2007). Der meldes også om barkproduktion i andre lande, herunder Afghanistan og Pakistan (UNODC, 2009). Cannabisbark produceret i Marokko smugles typisk ind i Europa via Den Iberiske Halvø og Nederlandene, hvorefter det videredistribueres til andre europæiske lande.

Beslaglæggelser

I 2007 blev der på verdensplan beslaglagt 5 600 tons cannabisblade og 1 300 tons cannabisbark, hvilket er en stigning på ca. 10 % i forhold til året før. Nordamerika tegnede sig fortsat for hovedparten af de beslaglagte cannabisblade (66 %), mens mængderne af beslaglagt bark fortsat var koncentreret i Vest- og Centraleuropa (66 %) (UNODC, 2009).

I Europa blev der i 2007 foretaget anslået 241 000 beslaglæggelser af cannabisblade på 96 tons ⁽⁴⁵⁾. Antallet af beslaglæggelser blev mere end fordoblet i perioden 2002-2007. Mængden af beslaglagte cannabisblade blev halveret i de første to år af denne periode og steg derefter, men forblev noget under de 130 tons, der blev beslaglagt i 2002. Det Forenede Kongerige er den EU-medlemsstat, der indberetter flest beslaglæggelser af cannabisblade, og tegnede sig for ca. halvdelen af det samlede antal i 2005 og 2006. Tyrkiet (25,5 tons) og Belgien (12,8 tons) indberettede rekordstore beslaglæggelser i 2007.

Beslaglæggelserne af cannabisbark i Europa overstiger beslaglæggelserne af blade både med hensyn til antal og mængde ⁽⁴⁶⁾. I 2007 var der 325 000 beslaglæggelser af cannabisbark, hvilket resulterede i beslaglæggelse af 859 tons af stoffet, næsten ni gange mere end den beslaglagte mængde cannabisblade. Fra 2002 til 2007 steg antallet af beslaglæggelser af cannabisbark, selv om den beslaglagte mængde har varieret i den samme periode. Lidt mere end halvdelen af beslaglæggelserne af bark og omkring tre fjerdedele af den beslaglagte mængde blev indberettet af Spanien i 2007, mens Belgien (59 tons), Portugal (43 tons) og Tyrkiet (6 tons) beslaglagde rekordstore barkmængder.

Antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i Europa er steget støt siden 2002 og nåede i 2007 op på ca. 15 000 tilfælde. Landene indberetter den beslaglagte

mængde enten som antallet af planter eller som et overslag af vægten. Antallet af beslaglagte planter var 2,4 millioner, et tal, der har været relativt stabilt i de sidste to år, og som er steget fra ca. 1,5 millioner i 2002. Vægten af de beslaglagte planter er steget markant i perioden og nåede op på 27 tons i 2007, hvoraf Spanien indberettede de 25 tons.

Styrke og pris

Cannabisprodukternes styrke bestemmes ud fra deres indhold af delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det

Udbud og tilgængelighed af stoffer: data og kilder

Systematiske og rutinemæssige oplysninger til beskrivelse af markederne for ulovlige stoffer og smugling er stadig begrænsede. Skøn over produktionen af heroin, kokain og cannabis opnås på grundlag af skøn over dyrkningen baseret på feltarbejde (udtagelse af prøver på jorden) og luft- og satellitfotos. Disse skøn er underlagt store begrænsninger, der f.eks. hænger sammen med udsving i udbytte eller med problemet med at overvåge afgrøder, der ikke dyrkes i afgrænsede geografiske områder, såsom cannabis.

Narkotikabeslaglæggelser betragtes sædvanligvis som en indirekte indikator for udbud, smuglerruter og tilgængelighed af narkotika, selv om de også afspejler de retshåndhævende myndighedernes ressourcer, prioriteringer og strategier, smuglernes sårbarhed og indberetningsprocedurerne. Oplysninger om renhed eller styrke og detailpriser på ulovlige stoffer kan også analyseres for at forstå detailmarkederne for narkotika. Tilgængeligheden af denne type oplysninger kan imidlertid være begrænset, og der kan være tvivl om pålidelighed og sammenlignelighed. Efterretningsoplysninger fra de retshåndhævende myndigheder kan bidrage til at tegne et klarere billede.

EONN indsamler nationale oplysninger om beslaglæggelser af narkotika, renhed og detailpriser i Europa. Andre data om narkotikaudbuddet stammer i vid udstrækning fra UNODC's informationssystemer og analyser, suppleret med yderligere oplysninger fra Europol. Information om narkotikaprækursorer fås fra Europa-Kommissionen, som indsamler data om beslaglæggelser af disse stoffer i EU, og INCB, der er involveret i internationale initiativer til forebyggelse af utilsigtet anvendelse af prækursorkemikalier, der anvendes ved fremstillingen af ulovlige stoffer.

Da mange dele af verden mangler avancerede informationssystemer vedrørende narkotikaudbuddet, må nogle af skønnene og andre indberettede data fortolkes med forsigtighed, selv om de repræsenterer de bedste tilgængelige skøn.

⁽⁴⁵⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-1 til SZR-6 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁴⁶⁾ Forskelle i forsendelsesstørrelse og de tilbagelagte afstande samt behovet for at krydse internationale grænser betyder, at der er større risiko for beslaglæggelse for cannabisbark end for hjemligt producerede cannabisblade.

primære aktive stof. Der er stor forskel på styrken af cannabis inden for et land, mellem landene og mellem forskellige cannabisprodukter. Information om styrken af cannabis er især baseret på retsvidenskabelige analyser af beslaglagt cannabis, som er udvalgt ved stikprøver. Det omfang, hvor de analyserede prøver, afspejler det samlede marked, er usikker, og derfor skal data om styrke fortolkes med forsigtighed. I 2007 varierede det indberettede THC-indhold af harpiksprøver fra 2,9 % til 13,3 %. Den gennemsnitlige styrke af cannabisblade, med undtagelse af den hjemligt dyrkede sinsemilla («nederwiet») i Nederlandene, varierede fra 1,2 % til 10,2 %. I perioden 2002-2007 forblev styrken af harpiks og cannabisblade stabil eller faldt i mange af de 16 europæiske lande, der indberettede tilstrækkelige data. Dog blev der konstateret stigende tendenser for det gennemsnitlige THC-indhold af cannabisbark i Luxembourg og Portugal. Stigninger i styrken af cannabisblade blev konstateret i fem andre lande. Skøn over styrken i lokalt producerede cannabisblade over en årrække foreligger kun for Nederlandene, der indberettede et fald til 16,0 % i 2006 og 2007 fra et maksimum på 20,3 % i 2004 ⁽⁴⁷⁾.

Den gennemsnitlige detailpris for cannabisbark varierede i 2007 fra 3 EUR til 11 EUR pr. gram i de 18 lande, der har indberettet information, idet halvdelen af dem har rapporteret værdier mellem 5 EUR og 9 EUR. Den gennemsnitlige detailpris for cannabisblade varierede fra 1 EUR til 12 EUR pr. gram i de 17 lande, der har indberettet information, idet halvdelen af dem har rapporteret værdier mellem 4 EUR og 9 EUR. For de 11 lande, hvor data dækker perioden 2002-07, faldt den gennemsnitlige detailpris for cannabisbark (justeret for inflation). I samme periode tyder dataene for cannabisblade på en mere stabil situation.

Udbredelse og brugsmønstre

Cannabisbrug i befolkningen som helhed

Det anslås forsigtigt, at over 70 millioner europæere har brugt cannabis mindst én gang (langtidsprævalens), dvs. mere end én ud af fem af alle 15-64-årige (se et resumé af dataene i tabel 3). Der er betydelige forskelle mellem landene, idet de nationale tal for prævalens varierer fra 1,5 % til 38,6 %. For de fleste lande ligger prævalensen i størrelsesordenen 10-30 %.

Mange lande indberetter forholdsvis høje prævalensniveauer for brug af cannabis inden for det seneste år og inden for den seneste måned. Det anslås, at ca. 22,5 millioner europæere har brugt cannabis inden for

det seneste år — eller gennemsnitligt ca. 6,8 % af alle 15-64-årige. Skøn over brug inden for den seneste måned omfatter personer, som bruger cannabis mere regelmæssigt, om end ikke nødvendigvis intensivt. Det anslås, at ca. 12 millioner europæere har brugt stoffet i løbet af den seneste måned, gennemsnitligt ca. 3,6 % af alle 15-64-årige.

Befolkningsstatistikker: et vigtigt redskab til at forstå stofbrugsmønstre og -tendenser i Europa

Stofbrug i den almindelige befolkning eller blandt skoleelever vurderes gennem undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en andel af personerne der angiver at have brugt stoffer i nærmere bestemte tidsrum. Undersøgelser giver også nyttig baggrundsviden om brugsmønstre, brugernes sociodemografiske karakteristika og opfattelser af risici og tilgængelighed.

EONN har i tæt samarbejde med nationale eksperter udviklet en række fælles kerneelementer («europæisk modelspørgeskema») til brug i voksenundersøgelser. Denne protokol er nu blevet gennemført i de fleste af EU's medlemsstater. Der er imidlertid stadig forskelle mellem landene med hensyn til dataindsamlingsmetode og -år, og mindre forskelle mellem landene bør fortolkes med forsigtighed.

Da det er dyrt at foretage undersøgelser, er det kun få lande, der indsamler oplysninger hvert år, men mange indsamler oplysninger med intervaller på to til fire år. I denne beretning fremlægges data på grundlag af den seneste tilgængelige undersøgelse, som i de fleste tilfælde vil være fra mellem 2004 og 2007.

Der anvendes almindeligvis tre mål for stofbrug over tid til indberetning af undersøgelsesdata. Langtidsprævalens er det bredeste. Dette mål afspejler ikke den aktuelle stofbrugssituation blandt voksne, men giver indsigt i brugsmønstre og forekomst. For voksne er EONN's standardaldersgrupper 15-64 år (alle voksne) og 15-34 år (unge voksne), og der fokuseres på brug inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned inden undersøgelsen ⁽¹⁾. For skoleelever er langtidsprævalensen og prævalensen inden for det seneste år de samme, da ulovlig stofbrug inden 15-årsalderen er sjælden.

Det europæiske skoleprojekt om alkohol og andre stoffer (ESPAD) bruger standardiserede metoder og instrumenter til at måle stof- og alkoholbrug blandt repræsentative stikprøver af 15-16-årige skoleelever. Undersøgelser er gennemført i 1995, 1999, 2003 og 2007. I 2007 blev der indsamlet data i 35 lande, herunder 25 EU-medlemsstater, Norge og Kroatien ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Se <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview> for flere oplysninger.

⁽²⁾ Et resumé af de vigtigste resultater af ESPAD-undersøgelsen fra 2007 findes på 23 sprog på <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>. Hele rapporten findes på ESPAD's websted (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Se tabel PPP-1 og PPP-5 i Statistical bulletin 2009 for oplysninger om renhed og pris.

Tabel 3: Prævalensen af cannabisbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	Det seneste år	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	74 millioner	22,5 millioner	12 millioner
Europæisk gennemsnit	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Område	1,5-38,6 %	0,4-14,6 %	0,1-7,2 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgarien (5,6 %) Cypern (6,6 %)	Rumænien (0,4 %) Malta (0,8 %) Grækenland (1,7 %) Bulgarien (1,9 %)	Rumænien (0,1 %) Malta (0,5 %) Sverige (0,6 %) Litauen (0,7 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (38,6 %) Italien (31,2 %) Frankrig (30,6 %) Det Forenede Kongerige (30,0 %)	Italien (14,6 %) Spanien (10,1 %) Tjekkiet (9,3 %) Frankrig (8,6 %)	Italien (7,2 %) Spanien (7,1 %) Frankrig, Tjekkiet (4,8 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	41,5 millioner	17 millioner	9 millioner
Europæisk gennemsnit	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Område	2,9-48,0 %	0,9-20,9 %	0,3-13,4 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (2,9 %) Malta (4,8 %) Cypern (9,9 %) Grækenland (10,8 %)	Rumænien (0,9 %) Malta (1,9 %) Grækenland (3,2 %) Cypern (3,4 %)	Rumænien (0,3 %) Sverige (1,3 %) Grækenland, Litauen (1,5 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (48,0 %) Frankrig (43,6 %) Det Forenede Kongerige (40,1 %) Tjekkiet (38,3 %)	Italien (20,9 %) Tjekkiet (19,3 %) Spanien (18,8 %) Frankrig (16,7 %)	Spanien (13,4 %) Italien (10,4 %) Tjekkiet, Frankrig (9,8 %)
15-24 år			
Anslået antal brugere i Europa	19 millioner	10 millioner	5 millioner
Europæisk gennemsnit	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Område	3,7-43,9 %	1,5-28,2 %	0,5-16,9 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (3,7 %) Malta (4,9 %) Cypern (6,9 %) Grækenland (9,0 %)	Rumænien (1,5 %) Grækenland, Cypern (3,6 %) Sverige (6,0 %) Portugal (6,6 %)	Rumænien (0,5 %) Grækenland (1,2 %) Sverige (1,6 %) Cypern, Litauen (2,0 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (43,9 %) Frankrig (42,0 %) Danmark (41,1 %) Tyskland (39,0 %)	Tjekkiet (28,2 %) Spanien (24,1 %) Italien (22,6 %) Frankrig (21,7 %)	Spanien (16,9 %) Tjekkiet (15,4 %) Frankrig (12,7 %) Italien (11,5 %)

Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001 til 2008 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner), 15-34 år (133 millioner) og 15-24 (63 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2009.

Brug af cannabis blandt unge voksne

Cannabisbrug er i vid udstrækning koncentreret blandt unge (15-34 år), idet den højeste prævalens generelt registreres blandt de 15-24-årige. Det er tilfældet i næsten alle europæiske lande med undtagelse af Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Data fra befolkningsundersøgelser viser, at gennemsnitligt 31,1 % af unge europæiske voksne (15-34 år) på et tidspunkt har brugt cannabis, mens 12,5 % har brugt stoffet inden for det seneste år, og 6,8 % har brugt det inden for den seneste måned. Det anslås, at en endnu

⁽⁴⁸⁾ Se figur GPS-1 i Statistical bulletin 2009.

større del af europæerne i alderen 15-24 år har brugt cannabis inden for det seneste år (15,9 %) eller seneste måned (8,3 %). Nationale skøn over udbredelsen af cannabisbrug svinger meget mellem landene i alle prævalensmålinger, idet landene i den øverste ende af skalaen melder om værdier, der er op til ti gange højere end lande med den laveste prævalens.

Cannabisbrug er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder (se EONN, 2006a), selv om der kan konstateres markante forskelle mellem landene. Forholdet mellem mænd og kvinder, der anførte, at de havde brugt cannabis inden for det seneste år, varierede f.eks. fra 6,4:1 i Portugal til 1,4:1 i Østrig.

Cannabisbrug blandt skoleelever

ESPAD-undersøgelsen ⁽⁴⁹⁾ giver sammenlignelige oplysninger om alkohol- og stofbrug blandt 15-16-årige skoleelever i Europa (Hibell et al., 2009). I 2007 blev undersøgelsen gennemført i 25 EU-lande samt Norge og Kroatien. Nogle lande (f.eks. Spanien, Sverige og Det Forenede Kongerige) gennemfører deres egne nationale skoleundersøgelser, som giver data, herunder cannabisbrug, der kan sammenlignes med ESPAD- og HBSC-undersøgelserne.

I henhold til ESPAD-undersøgelsen fra 2007 blev den højeste langtidsprævalens for cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever konstateret i Tjekkiet (45 %) ⁽⁵⁰⁾, mens Estland, Frankrig, Nederlandene, Slovakiet og Det Forenede Kongerige indberettede prævalensniveauer fra 26 % til 32 %. 15 lande har rapporteret langtidsprævalens for cannabisbrug på 13-25 %. De laveste niveauer (under 10 %) rapporteres af Grækenland, Cypern, Rumænien, Finland, Sverige og Norge. Generelt varierer langtidsprævalensen for cannabisbrug kun lidt mellem kønnene.

Den højeste prævalens for brug af cannabis inden for den seneste måned blandt 15-16 årige i Europa rapporteres af Spanien (20 %) og Tjekkiet (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Internationale sammenligninger

Europæiske tal kan sammenlignes med tal fra andre dele af verden. Den nationale undersøgelse af stofbrug og sundhed i USA (Samhsa, 2007) indeholdt f.eks. skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug på 49 % blandt unge voksne (15-34 år, beregnet af EONN) og prævalensen inden for det seneste år på 21 %. For samme aldersgruppe var langtidsprævalensen for cannabisbrug 58 % og prævalensen inden for det seneste år 28 % i Canada (2004), mens tallene

i Australien (2007) var henholdsvis 47 % og 16 %. Alle disse tal ligger over de tilsvarende europæiske gennemsnit, der er på henholdsvis 31,1 % og 12,5 %.

Blandt skoleelever rapporterer kun Tjekkiet og Spanien niveauer for langtidsprævalens, der kan sammenlignes med de niveauer, der rapporteres af USA og Australien.

Tendenser i cannabisbrug

Det fremgår af nationale undersøgelsesdata, der er indberettet til EONN, at brugen af cannabis steg markant i næsten alle EU-lande i 1990'erne, især blandt unge (figur 3) og skoleelever. Omkring år 2000 brugte eller havde en betydelig del af de unge europæere brugt stoffet, som det fremgår af den kendsgerning, at langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt de 15-34-årige i perioden 1998-2003 steg til niveauer på ca. 30 % i syv lande og til mere end 40 % i to andre lande. Tilsvarende nåede niveauet for prævalensen inden for det seneste år op på 15-20 % i syv lande, og prævalensen inden for den seneste måned var på 8-15 % i seks lande.

Af særlig interesse er tendensen i brugen af cannabis i Det Forenede Kongerige, som er det land, der indberettede de højeste skøn over prævalens i begyndelsen og midten af 1990'erne. Dette billede har ændret sig progressivt, mens brugsniveauerne steg i andre lande. Cannabisbrugen i Det Forenede Kongerige er endvidere faldet støt siden 2003, især blandt de 16-24-årige ⁽⁵²⁾, hvilket tyder på et generationsskifte. En nedadgående eller stabiliserende tendens kan nu ses andre steder, hvilket fremgår af data fra skoleundersøgelser og nationale undersøgelser af befolkningen som helhed. Af de 11 lande, hvor det er muligt at analysere tendensen fra 2002 til 2007, rapporterer fire et fald på mindst 15 % i forhold til den oprindelige værdi, og i fire andre er situationen tilsyneladende stabil ⁽⁵³⁾. I tre lande steg prævalensen inden for det seneste år blandt unge voksne med 15 % eller derover, selv om andre data sætter spørgsmålstegn ved denne stigende tendens.

Tendenser blandt skoleelever

Som blandt voksne steg cannabisbrugen blandt skoleelever i en række europæiske lande i perioden 1995-2003, men der er generelt sket en stagnation eller et fald i den seneste tid. Kun to af de lande, der overvåges af EONN, og som deltog i ESPAD-skoleundersøgelsen i 2007 (Litauen og Slovakiet) rapporterer en stigning på mere end tre procentpoint i cannabisbrug gennem levetiden siden 2003, mens ni lande rapporterer om et tilsvarende fald

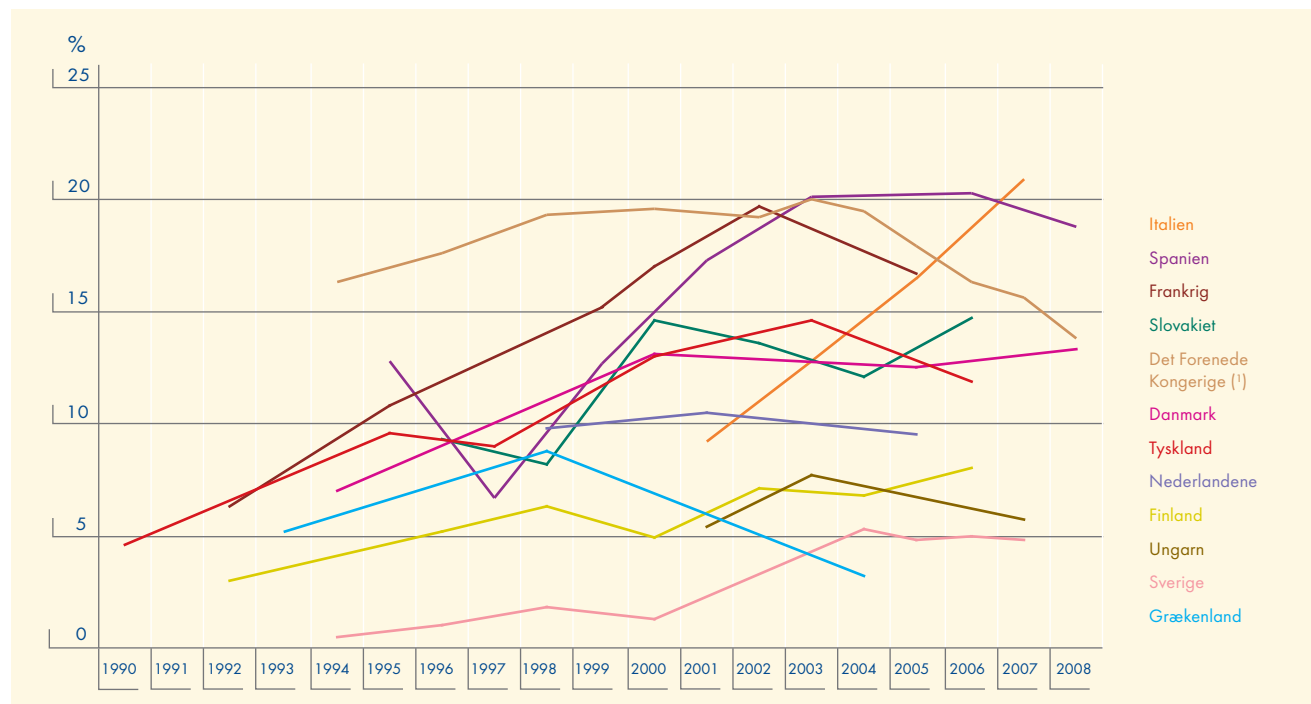
⁽⁴⁹⁾ Se boksen om befolkningsundersøgelser på s. 40.

⁽⁵⁰⁾ Se figur EYE-1 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁵¹⁾ Se figur EYE-1 (del i) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁵²⁾ Se figur GPS-10 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁵³⁾ Hvor der ikke forelå information om de nøjagtige år, blev der brugt information fra det foregående eller følgende år.

Figur 3: Tendenser i det seneste års prævalens af cannabisbrug blandt unge voksne (15-34 år)

(¹) England og Wales.

NB: Se yderligere oplysninger i figur GPS-4 i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxrapporter (2008) taget fra befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

i perioden (⁵⁴). Data fra skoleundersøgelser i USA og Australien viser også en faldende tendens, som først blev observeret i Australien i 1999 (⁵⁵).

Mønstrene i tidstendenserne for cannabisbrug blandt skoleelever i perioden 1995-2007 varierer på tværs af Europa (figur 4). Syv lande, som primært ligger i det nordlige og sydlige Europa (Grækenland, Cypern, Malta, Rumænien, Finland, Sverige og Norge), rapporterer generelt lav og stabil langtidsprævalens af cannabisbrug for hele perioden. De fleste vesteuropæiske lande samt Slovenien og Kroatien, som havde høje eller stærkt stigende langtidsprævalens af cannabis indtil 2003, oplevede et fald eller en stabilisering i 2007. Blandt disse 11 lande rapporterede ni et fald på mere end tre procentpoint, og to var stabile. Situationen er en noget anden i størstedelen af Central- og Østeuropa, hvor den stigende tendens, der blev observeret i perioden 1995-2003, tilsyneladende er ved at jævne sig ud. I denne region rapporterer seks lande en stabil situation, og to lande rapporterer en stigning på mere end tre procentpoint (⁵⁶).

I nogle europæiske lande var stigninger i cannabisbrug gennem levetiden blandt skoleelever ledsaget af stigninger i langtidsprævalensen af cigaretrykning i perioden 1995-

2003. Siden 2003 er begge tendenser vendt i mange lande, hvilket tyder på, at der er en forbindelse mellem tobaks- og cannabisrygning blandt unge mennesker (⁵⁷).

Mønstre i cannabisbrug

De foreliggende data peger på forskellige mønstre for cannabisbrug. Af de 15-64-årige, der på et tidspunkt har brugt cannabis, har kun 30 % gjort det inden for det seneste år (⁵⁸). Men blandt dem, der har brugt stoffet inden for det seneste år, har gennemsnitligt 50 % gjort det inden for den seneste måned, og ny forskning viser, at gentagen brug af dette stof kan være stabil over lange perioder, selv blandt yngre brugere (Perkonig, 2008).

Det er vigtigt for folkesundheden at anslå intensive og langvarige brugsmønstre på grund af den tætte sammenhæng med negative konsekvenser, som f.eks. respirationsproblemer, dårlige præstationer eller afhængighed (Hall og Solowij, 1998). Daglig eller næsten daglig brug (brug på 20 dage eller derover inden for de sidste 30 dage) er i dag den bedste tilgængelige indikator for intensiv brug. Data om denne form for cannabisbrug i Europa blev indsamlet i 2007-2008 som led i et »feltforsøg« koordineret af EONN i samarbejde med

(⁵⁴) ESPAD betegner stigninger eller fald på mere end tre procentpoint som indikationer for ændringer.

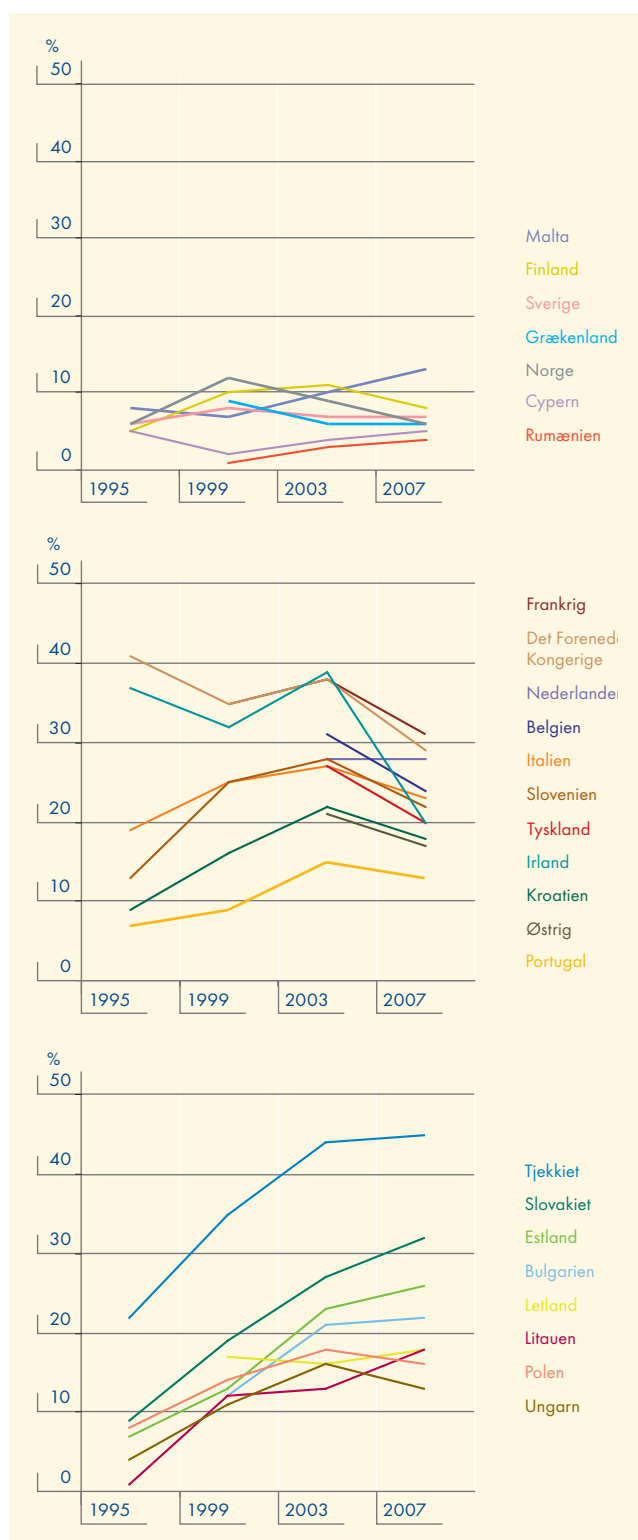
(⁵⁵) Se figur EYE-1 (del xii) i Statistical bulletin 2009.

(⁵⁶) Se figur EYE-1 (del xiii) i Statistical bulletin 2009.

(⁵⁷) Se det udvalgte tema om blandingsbrug.

(⁵⁸) Se figur GPS-2 i Statistical bulletin 2009.

Figur 4: Forskellige mønstre i tendenserne i langtidspævalensen af cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever



Kilde: ESPAD.

ationale eksperter og Reitoxknudepunkter i 13 lande, som tegner sig for 77 % af den voksne befolkning i EU (15-64 år). På grundlag af disse data anslås det, at over 1 % af alle voksne europæere, ca. 4 millioner, bruger cannabis dagligt eller næsten dagligt. De fleste af disse cannabisbrugere, ca. 3 millioner, er mellem 15 og 34 år og udgør omkring 2-2,5 % af alle europæere i denne aldersgruppe ⁽⁵⁹⁾.

Det er vanskeligt at vurdere tendenserne i intensiv cannabisbrug i Europa på grund af de mangelfulde oplysninger. Af de syv lande, der har indberettet de seneste tendenser, rapporterer fire lande (Spanien, Frankrig, Italien og Portugal) en stigning i prævalensen af daglig cannabisbrug, ét en stabil situation (Irland), mens kun to (Grækenland og Nederlandene) rapporterer et fald ⁽⁶⁰⁾. Disse resultater viser, at det samlede antal intensive cannabisbrugere muligvis er steget i Europa i de sidste 10 år.

Afhængighed af cannabis anerkendes i stigende grad som en mulig konsekvens af regelmæssig brug af stoffet, selv om omfang og følger kan forekomme mindre alvorlige end dem, der almindeligvis ses med visse andre psykoaktive stoffer (f.eks. heroin eller kokain). Men fordi en relativt større andel af befolkningen bruger cannabis regelmæssigt, kan den samlede påvirkning af folkesundheden som følge af intensive former for cannabisbrug alligevel være betydelig. Brugere, navnlig tunge brugere, kan også have problemer uden nødvendigvis at opfylde de kliniske kriterier for afhængighed.

I henhold til undersøgelser sker udviklingen af cannabisafhængighed mindre abrupt end i forbindelse med andre stoffer (f.eks. kokain), og blandt personer, der har brugt stoffet mindst én gang i deres liv, overstiger den andel, der udvikler afhængighed, ikke 10 % (Wagner og Anthony, 2002). Data fra en national befolkningsundersøgelse for USA viser, at omkring 20-30 % af de daglige brugere var afhængige ⁽⁶¹⁾. Andre undersøgelser viser, at cannabisafhængighed kan være relativt stabil over tid (Swift et al., 2000). Sandsynligvis kan mere end halvdelen af de afhængige cannabisbrugere, der holder op med at bruge stoffet, alligevel gøre det uden behandling (Cunningham, 2000; Ellingstad et al., 2006).

Mønstre blandt skoleelever

ESPAD-undersøgelsen fra 2007 viser også, at cannabisbrug gennem levetiden hænger sammen med

⁽⁵⁹⁾ De anførte europæiske gennemsnit er et groft skøn baseret på et vægtet gennemsnit (for befolkningen) for lande, hvor der foreligger information. Gennemsnitsresultatet er beregnet for lande uden information. De opnåede tal er 1,2 % for alle voksne (15-64 år) og 2,3 % for unge voksne (15-34 år). Se tabel GPS-7 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁶⁰⁾ Se tabel GPS-7 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁶¹⁾ Analyse af nationale befolkningsundersøgelserdata for USA (2000-2006). NSDUH's onlineanalysefacilitet: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml> fra den 25. februar 2008 og analyserede brugsvariable MJDY30A og DEPNDMRJ.

opfattelser af lavere risiko og med højere tilgængelighed af stoffet ⁽⁶²⁾. Sammenlignet med befolkningen af skoleelever som helhed har cannabisbrugere større sandsynlighed for at bruge alkohol, tobak og andre ulovlige stoffer ⁽⁶³⁾.

Nye data fra ESPAD-undersøgelsen kaster også lys på mere intensive mønstre for cannabisbrug. I 10 europæiske lande anførte mellem 5 % og 12 % af de 15-16-årige drenge, at de havde brugt cannabis ved 40 eller flere lejligheder. Denne andel er mindst dobbelt så høj som mellem pigerne, hvilket understøtter andre data, der viser, at intensive brugsmønstre oftest findes blandt unge mænd.

Skalaer til måling af problematiske former for cannabisbrug i generelle befolkningsundersøgelser

Der er dokumentation for, at cannabisafhængighed kan måles lige så pålideligt i den generelle befolkning som i stikprøver af behandlede brugere, herunder måling af abstinenser (Mennes et al., 2009). EONN udvikler derfor i samarbejde med en række lande metoder til overvågning af de mere intensive og betydelige langsigtede former for cannabisbrug.

I de senere år er forskellige metoder til at anslå prævalensen af intensive og problematiske former for stofbrug, navnlig cannabisbrug, udviklet inden for de generelle befolkningsundersøgelser. Tyske eksperter har gennemgået den aktuelle litteratur og det arbejde, der aktuelt udføres på området, og har identificeret fire cannabis skalaer, der er blevet testet i stikprøver udtaget af befolkningen som helhed i Europa. Disse er SDS (Severity of Dependence Scale), PUM (Problematic Use of Marijuana), CAST (Cannabis Abuse Screening Test) og CUDIT (Cannabis Use Disorders Identification Test) (Piontek et al., 2008). Disse skalaer omfatter 4-10 elementer, og det blev konstateret, at deres psykometriske egenskaber (f.eks. deres evne til at adskille tilfælde fra ikke-tilfælde på en ensartet måde og i overensstemmelse med den ønskede opfattelse af cannabisafhængighed eller -problemer) generelt var meget gode.

Der er dog stadig nogle problemer på dette område som følge af den manglende konsensus vedrørende det begreb (f.eks. afhængighed, misbrug, skadelig brug, brugsrelaterede problemer) eller det sæt begreber, der skal måles for at vurdere problematiske former for cannabisbrug. Der er også problemer med beregninger, da målinger af et fænomen med lav prævalens kan producere mange falske positive tilfælde og dermed en overvurdering af den problematiske cannabisbrug i befolkningen som helhed. Yderligere valideringsundersøgelser, der aktuelt gennemføres, kan hjælpe med at løse disse problemer.

Tidlig påbegyndelse af brug forbindes med senere udvikling af mere intensive og problematiske former for stofbrug. I de fleste af de ti lande med relativt høje frekvenser af hyppig brug anførte mellem 5 % og 9 % af skoleeleverne, at de var begyndt at bruge cannabis, da de var 13 år eller yngre ⁽⁶⁴⁾.

Behandling

Behandlingsefterspørgsel

I 2007 var cannabis det primære stof ved ca. 20 % af alle påbegyndte behandlinger (73 000 klienter), hvilket gør cannabis til det næstmest indberettede stof efter heroin. Forskellene landene imellem var imidlertid betydelige, idet cannabis blev nævnt som den primære årsag til at komme i behandling af under 5 % af alle klienter i Bulgarien, Litauen og Slovenien, mens det indberettes som det vigtigste stof af over 30 % af klienterne i Danmark, Frankrig, Ungarn, Nederlandene og Tyrkiet. Disse variationer kan forklares af forskelle i udbredelsen af cannabisbrug, stofbehandlingsbehov, behandlingstilbud eller henvisningspraksis. I de to lande med de største andele af cannabis klienter, Frankrig og Ungarn, er rådgivningscentre målrettet mod unge franske stofbrugere, mens ungarske lovovertrædere, der bruger cannabis, tilbydes stofbehandling som alternativ til straf. Det strafferetlige system spiller en betydelig rolle i behandlingshenvisningen i begge disse lande, men EU-landene som helhed rapporterer, at de fleste cannabisbrugere i Europa, der går i behandling, gør det på eget initiativ.

Klienter, der kommer i behandling på grund af cannabisbrug, melder ofte om brugen af andre stoffer. Data indsamlet i 14 lande viser, at 85 % af dem bruger et andet stof, oftest alkohol (65 %) eller kokain (13 %), og nogle anfører, at de bruger både alkohol og kokain (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Tendenser i nye anmodninger om narkotikabehandling

I de 19 lande, der har indberettet data, steg antallet og andelen af primære cannabisbrugere blandt alle, der kommer i behandling for første gang, fra ca. 19 000 til 34 000 (fra 25 % til 31 %) i perioden 2002-2007 ⁽⁶⁶⁾. Denne tendens blev dog tilsyneladende brudt mellem 2006 og 2007, idet de fleste lande indberettede, at andelen af nye cannabis klienter var faldende eller stabil. Dette kan hænge sammen med de seneste tendenser for cannabisbrug, men kan også afspejle ændringer i rapporteringspraksis, kapacitetsmætning for tjenesterne

⁽⁶²⁾ Se figur EYE-1 (del v) og (del vi) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁶³⁾ Se det udvalgte tema om blandingsbrug.

⁽⁶⁴⁾ Se figur EYE-1 (del iii) og (del vii) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁶⁵⁾ Se det udvalgte tema om blandingsbrug.

⁽⁶⁶⁾ Se figur TDI-1 og TDI-2 samt tabel TDI-3 (del iv) og TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

eller brug af andre tjenester (f.eks. primær behandling og psykisk behandling).

Klientprofiler

Cannabisbrugere, der kommer i ambulant behandling, er fortrinsvis unge mænd, idet forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er 5,5:1, og gennemsnitsalderen er 25 år ⁽⁶⁷⁾. Blandt dem, der kommer i behandling første gang, anføres primært brug af cannabis af 67 % af de 15-19-årige ⁽⁶⁸⁾ og af 78 % af dem, der er under 15 år.

Overordnet er 24 % af de primære cannabisbrugere, der kommer i ambulant behandling, lejlighedsvis brugere, som sandsynligvis er henvist af det strafferetlige system. 12 % bruger cannabis hver uge eller sjældnere, ca. 18 % bruger det 2-6 gange om ugen, og 47 % bruger det dagligt, dvs. den mest problematiske gruppe. Der kan imidlertid observeres betydelige forskelle mellem landene. I Ungarn, Rumænien og Kroatien er de fleste cannabis klienter lejlighedsvis brugere, mens de fleste i Belgien, Danmark, Spanien, Frankrig, Malta og Nederlandene er daglige brugere ⁽⁶⁹⁾. En fransk undersøgelse blandt klienterne på specialiserede rådgivningscentre viste, at 63 % af de daglige cannabisbrugere var afhængige (Obradovic, 2008).

Mange cannabis klienter er stadig skoleelever og lever under stabile boligforhold (EONN, 2008a). I Frankrig har 34 % af cannabis klienterne dog gået på tekniske skoler sammenlignet med 6,8 % af befolkningen som helhed (Obradovic, 2008), hvilket afspejler et lavere uddannelsesniveau.

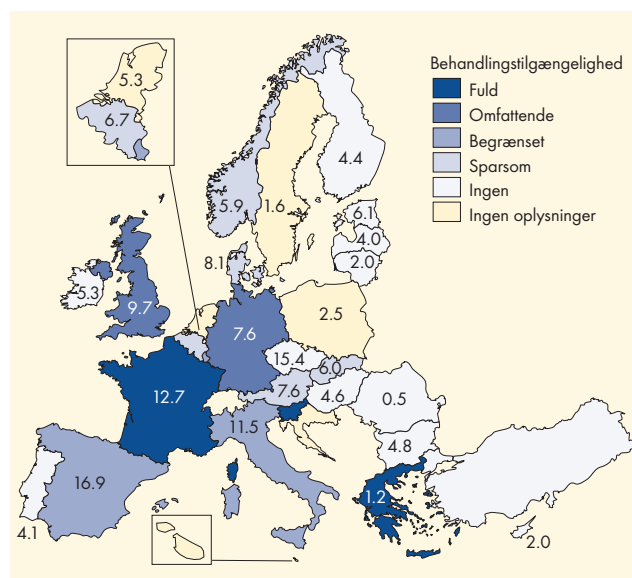
Forholdet mellem cannabisbrug og comorbide psykiatriske lidelser er stadig et uløst og komplekst problem (EONN, 2008a). Undersøgelser har dog vist, at personer med mentale lidelser, navnlig skizofreni, har en højere risiko for at udvikle intensiv cannabisbrug (Henquet et al., 2005). Der er endvidere klar dokumentation for, at cannabisbrug kan påvirke personer med allerede eksisterende mentale sundhedsproblemer negativt (ACMD, 2008). Narkotikatjenester støder også relativt ofte på unge mennesker, der er henvist for cannabisproblemer, som har underliggende mentale sundhedsproblemer (Schroder et al., 2008). Det kan skyldes, at de ikke søger eller finder behandling for deres problemer i det almindelige sundhedssystem (Zachrisson et al., 2006).

Behandlingsudbud

Særlige behandlingsprogrammer til cannabisbrugere kan tilbyde tjenester, der er skræddersyede til denne gruppes

behov, og som også kan reducere risikoen for, at unge mennesker kommer i kontakt med mere problematiske og ældre stofbrugere. I 2008 indsamlede EONN oplysninger om tilgængeligheden af sådanne programmer i Europa. I henhold til nationale eksperter findes de i 13 af de 25 indberettende lande (figur 5). Tilgængeligheden af tjenester varierede fra land til land. Det blev anslået, at næsten alle, der søger specifik behandling, får den i Frankrig, Grækenland og Slovenien, mere end halvdelen af dem i Tyskland og Det Forenede Kongerige, og kun et fåtal af dem i de øvrige otte lande. Blandt de 12 lande, der rapporterede, at der ikke findes specifikke programmer for cannabisbrugere, planlægger Bulgarien, Tjekkiet, Estland, Cypern, Rumænien og Tyrkiet at etablere sådanne programmer inden for de næste tre år.

Figur 5: Tilgængelighed af specifikke behandlingsprogrammer for cannabisbrugere og prævalensen inden for den seneste måned af cannabisbrug (%) blandt 15-24-årige.



NB: Tilgængelighed defineres ved den anslåede andel af cannabisbrugere med et behandlingsbehov, som kan få dette behov opfyldt: næsten alle (fuld), de fleste, men ikke næsten alle (omfattende), mere end nogle få, men ikke flertallet (begrænset), kun nogle få (sparsom), ingen behandling tilgængelig (ingen). Oplysningerne om tilgængeligheden af specifikke behandlingsprogrammer blev leveret af nationale eksperter, der vurderer, i hvilken grad behandlingskapaciteten opfylder behovet blandt de cannabisbrugere, der aktivt søger behandling. Specifikke programmer kan sikre struktureret behandling til problematiske cannabisbrugere, støtte til pårørende, rådgivning til ikke-problematiske cannabisbrugere eller unge lovovertrædere. Der meldes om sådanne programmer i Nederlandene, men der findes ikke oplysninger om deres tilgængelighed. Prævalensen inden for den seneste måned af cannabisbrug blandt 15-24-årige er en indikation på den andel af unge, der kan komme i kontakt med et sådant program. Den angiver ikke behandlingsbehovet eller graden af problematisk cannabisbrug i et land. Se flere oplysninger om prævalens i tabel GPS-16 i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

⁽⁶⁷⁾ Se tabel TDI-21 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁶⁸⁾ Se tabel TDI-10 (del iv) og (del vi) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁶⁹⁾ Se tabel TDI-18 (del i) og TDI-111 (del viii) i Statistical bulletin 2009.

Behandlingsprogrammer til cannabisbrugere i Europa

I Grækenland tilbydes OKANA's enheder til unge et tidligt interventionsprogram til forsøgsvis eller lejlighedsvis cannabisbrugere, mens mere struktureret behandling tilbydes til intensive og problematiske brugere. Behandlingen er ofte baseret på systemisk behandling og familierterapi.

I Frankrig tilbydes 275 dedikerede rådgivningscentre, som er spredt i hele landet, forebyggende information, kortvarige tiltag og støtte til unge stofbrugere (primært cannabis), unge lovovertredere og deres pårørende. Ved problematisk stofbrug (f.eks. afhængighed) eller alvorlige comorbiditeter henvises klienterne til specialiserede tjenester.

I Østrig gennemfører en række rådgivningscentre (f.eks. ChEck it!, B.I.T. og Clean Bregenz) specifikke koncepter for unge cannabisbrugere, der har til formål at adskille dem fra andre deltagere, primært opioidbrugere, og inddrage deres pårørende og venner i rådgivnings- eller behandlingsprocessen.

I Tyskland er det internetbaserede cannabisprogram »Quit the shit«⁽⁷⁰⁾ blevet indført på 12 narkotikarådgivningscentre i syv delstater. FRED (se kapitel 2) tilbyder motiverende samtalebaseret rådgivning til personer, der er henvist af det strafferetlige system. CANDIS, et behandlingsprogram til patienter med cannabisrelaterede lidelser, der er baseret på motivationsforbedring, kognitiv adfærdsterapi og løsning af psykosociale problemer, gennemføres i øjeblikket i Dresden. En evaluering af dette program viste positive resultater, og en opfølgende undersøgelse i yderligere centre vil afgøre, om det skal gennemføres andre steder.

Belgien, Frankrig, Nederlandene, Schweiz og Tyskland samarbejder endvidere om en international undersøgelse kaldet INCANT, som undersøger effektiviteten af omfattende familiebasert behandling for problematisk cannabisbrug.

Den videnskabelige litteratur på dette område tyder på, at en række psykoterapier har vist sig effektive til cannabisbehandling, herunder motivationsterapi og kognitiv adfærdsterapi, men ingen bestemt form for psykoterapi har vist sig mere effektiv end andre (Nordstrom og Levin, 2007). Nogle problematiske cannabisbrugere kan også have gavn af kortvarige tiltag, der f.eks. leveres af sociale tjenester for unge, praktiserende læger og skoler.

Et nyligt randomiseret kontrolleret forsøg med 326 unge intensive cannabisbrugere som deltagere konstaterede, at

der ved enten tre eller seks måneders opfølgning ikke kunne konstateres forskelle i frekvensen af brugere, der stoppede brugen af cannabis, mellem brugere, der deltog i motiverende samtaler, og brugere, der blot modtog rådgivning eller information om stofbrug (McCambridge et al., 2008). Der blev dog efter tre måneder konstateret virkninger i forbindelse med individuelle behandlere og interaktion ved behandlertiltag i forhold til at stoppe brugen af cannabis. Disse resultater illustrerer vigtigheden af at uddanne det personale, der leverer tiltagene til unge cannabisbrugere, navnlig uden for de specialiserede tjenester.

Internetbaseret behandling

Man har benyttet internetbaseret stofbehandling i EU siden 2004, men det tilbydes stadig i begrænset omfang. En nylig undersøgelse beskriver den aktuelle status for udviklingen af denne type tiltag i EU (EONN, 2009a). Internetbaseret behandling kan defineres som »stofbehandlingstiltag, der er specifikt udarbejdet eller tilpasset, og som tilbydes på og formidles via internettet«. Tiltag til behandling af lidelser i forbindelse med cannabisbrug findes i Tyskland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, mens andre, der udviklet til brugere af kokain og »klubstoffer« (f.eks. ecstasy), også findes i Nederlandene.

Internetbaseret behandling er udviklet af organisationer på behandlings- eller forebyggelsesområdet og har til formål at hjælpe brugerne med at vurdere deres stofbrug og bistå dem i deres forsøg på at ændre denne adfærd. Tiltagene tilbyder viden, test af viden eller spil om stoffer og stofafhængighed eller test af eget stofforbrug. Fælles for dem alle er tilgængeligheden af et struktureret behandlingstilbud, som enten er et allerede skræddersyet selvhjælpsprogram uden kontakt til rådgivere eller et struktureret program med planlagte kontakter. Sidstnævnte kan gennemføres via en-til-en-chat eller elektroniske opslagstavler. Kontakt med andre brugere via et forum tilbydes også i nogle tilfælde, hvor der oprettes virtuelle selvhjælpsgrupper.

Der mangler stadig dokumentation om effektiviteten af denne type interventioner, men resultaterne af de første randomiserede kontrollerede forsøg viser, at der er en mulig fordel. De foreløbige evalueringsresultater af tiltaget »Quit the shit« for cannabisbrugere i Tyskland har vist, at 32 % af deltagerne anførte, at de havde abstinenser efter gennemførelse af programmet, og at man navnlig nåede ud til brugere, der søgte behandling for første gang. Den lave adgangstærskel for disse tiltag kan betyde, at de kan nå ud til personer, der ellers er tøvende med at bruge andre tjenester. Samtidig kan de komme ud for alvorlige problemer, f.eks. afhængighed eller andre mentale problemer, der ligger uden for den internetbaserede behandlings kapacitet.

⁽⁷⁰⁾ Se »Internetbaseret behandling«.

Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy og hallucinogene stoffer

Indledning

Amfetaminer (en fællesbetegnelse for både amfetamin og metamfetamin) og ecstasy er blandt de mest almindeligt brugte illegale stoffer i Europa. I absolutte tal er brug af kokain muligvis højere, men dens geografiske koncentration betyder, at enten ecstasy eller amfetaminer, efter cannabis, er det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof i mange lande. I nogle lande er brug af amfetaminer endvidere en vigtig del af stofproblemet og tegner sig for en betydelig andel af dem, der har brug for behandling.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer, som stimulerer centralnervesystemet. Af de to stoffer er amfetamin langt det mest tilgængelige i Europa, mens det kun synes at være Tjekkiet og Slovakiet, der har et større forbrug af metamfetamin.

Ecstasy er syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men som virker på en lidt anden måde. Det mest velkendte stof i ecstasygruppen er 3,4-methylendioxyamfetamin (MDMA), men undertiden findes der også andre analogstoffer i ecasytabletter

(MDA, MDEA). Brug af ecstasy var praktisk talt ukendt i Europa før slutningen af 1980'erne, men voksede dramatisk i løbet af 1990'erne. Stoffets popularitet har traditionelt været knyttet til dansemusikscenen, og generelt knyttes syntetisk stofbrug til særlige subkulturelle grupper eller sociale miljøer.

Forbruget af lysergsyredietylamid (lsd), som er langt det mest velkendte syntetiske hallucinogen i Europa, har i længere tid været lavt og nogenlunde stabilt. I de senere år ser der dog ud til at være voksende interesse blandt unge for naturligt forekommende hallucinogene stoffer såsom dem, der findes i hallucinogene svampe.

Udbud og tilgængelighed

Syntetiske narkotikaprækursorer

Retshåndhævelsesindsatsen fokuserer på de kontrollerede kemikalier, der er nødvendige til fremstilling af ulovlige stoffer, og her er der tale om et område, hvor internationalt samarbejde er særligt værdifuldt.

Tabel 4: Amfetamin, metamfetamin, ecstasy og lsd – produktion, beslaglæggelse, pris og renhed

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	Lsd
Anslået global produktion (tons)	230-640 ⁽¹⁾		72-137	ingen data
Global beslaglagt mængde (tons)	23,6	18,2	7,9	0,9
Beslaglagt mængde EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	7,9 tons (8,1 tons)	340 kg (340 kg)	Tabletter 21 millioner (22 millioner)	Enheder 68 000 (68 000)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Gennemsnitlig detailpris (EUR) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	Gram 5-30 (12-23)	Gram 8-51	Tablet 3-19 (4-8)	Dosis 4-30 (7-12)
Gennemsnitlig renhed (område)	4-40 %	3-66 %	21-90 mg	-

⁽¹⁾ Der foreligger kun samlede beregninger af den globale amfetamin- og metamfetaminproduktion.

⁽²⁾ Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser.

NP: Alle data er for 2007; ingen data: data ikke tilgængelige.

Kilder: Verdensnarkotikarapporten fra De Forenede Nationers Program for Narkotikakontrol (2009) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

Prismeprojektet er et internationalt initiativ, der har til formål at forhindre ulovlig anvendelse af prækursorkemikalier til illegal fremstilling af syntetiske stoffer ⁽⁷¹⁾ gennem et system af anmeldelser forud for eksport i forbindelse med legal handel, indberetning af ladninger, der er blevet stoppet, og beslaglæggelser, der er foretaget, når der foregår mistænkelige transaktioner. Oplysninger om aktiviteter på dette område indberettes til Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB, 2009b).

Ifølge INCB var der i 2007 store stigninger i beslaglæggelserne på verdensplan af to væsentlige prækursorer til fremstilling af metamfetamin, efedrin med 22 tons (i forhold til 10,2 tons i 2006) og pseudoefedrin med 25 tons (i forhold til 0,7 ton i 2006).

Hvad er en narkotikaprækursor?

På narkotikaområdet refererer termen »prækursor« til stoffer, der har lovlige anvendelser, men som også kan bruges til at fremstille stoffer ulovligt. Andre termer, f.eks. »basale kemikalier«, benyttes også for disse stoffer.

Det retlige grundlag for den internationale regulering af »prækursorer« er artikel 12 i FN-konventionen om ulovlig handel med narkotika og psykotrope stoffer fra 1988. Konventionen omfatter to tabeller med 23 stoffer, der hyppigt anvendes til fremstilling af narkotika og psykotrope stoffer, hvis anvendelse til ulovlige formål bør forhindres.

Artikel 12 blev først gennemført i den europæiske lovgivning, som blev vedtaget i 1990 om foranstaltninger til modvirkning af ulovlig anvendelse af visse stoffer til fremstilling af narkotika og psykotrope stoffer (EØF nr. 3677/90), og senere forordninger, der blev vedtaget med henblik på at regulere handelen med disse stoffer i EU (EF nr. 273/2004) og mellem Fællesskabet og tredjelande (EF nr. 111/2005) og fastlægge godkendelsesprocedurer og overvågningsregler (EF nr. 1277/2005).

Kategori 1 i EU-forordningerne omfatter primært stoffer, der er uundværlige for fremstillingen af syntetiske stoffer, f.eks. efedrin og pseudoefedrin (til metamfetamin), 3,4-methylendioxyphenyl-2-propanon (PMK), isosafrol og safrol (til ecstasy) samt 1-phenyl-2-propanon (P2P, BMK) (til amfetamin og metamfetamin). Kategori 2 omfatter vigtige reagenser, som f.eks. kaliumpermanganat og eddikesyreanhydrid, der bruges til fremstilling af henholdsvis kokain og heroin. Kategori 3 omfatter mere almindelige reagenser, som f.eks. saltsyre og svovlsyre (til heroin og kokain), og opløsningsmidler, som f.eks. acetone (til kokain og MDMA) og toluen (til metamfetamin og MDMA).

EU-medlemsstaterne (hovedsageligt Bulgarien og Sverige) tegnede sig for 0,6 ton efedrin, hvilket er mere end dobbelt så meget som beslaglæggelserne i 2006, og over 7 tons pseudoefedrin, næsten det hele i Frankrig.

I modsætning hertil faldt beslaglæggelserne på verdensplan af 1-phenyl-2-propanon (P-2-P, BMK), der anvendes til illegal fremstilling af amfetamin og metamfetamin, kraftigt i 2007 til 834 liter (i forhold til 2 600 liter i 2006). Beslaglæggelserne i EU af P-2-P udgjorde 582 liter i forhold til 2 005 liter i 2006.

Beslaglæggelserne på verdensplan af 3,4-methylendioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), der anvendes til fremstilling af MDMA, fortsatte med at falde i 2007 til 2 300 liter, fra 8 800 liter i 2006. Beslaglæggelserne på verdensplan af safrol, der kan erstatte 3,4-MDP-2-P i syntesen af MDMA, steg imidlertid kraftigt i 2007, idet der blev beslaglagt 46 000 liter (62 liter i 2006), hvoraf der dog kun blev beslaglagt 8 liter i EU.

Amfetamin

Den globale amfetaminproduktion er stadig koncentreret i Europa, som tegnede sig for 81 % af alle indberettede amfetaminlaboratorier i 2007 (UNODC, 2009), men findes også i andre dele af verden, især Nordamerika ⁽⁷²⁾. På verdensplan blev der beslaglagt næsten 24 tons amfetaminer i 2007, hvoraf ca. to tredjedele blev taget i Nær- og Mellemøsten i form af »Captagon«-tabletter ⁽⁷³⁾, der fremstilles i Sydøsteuropa (se tabel 4). Vest- og Centraleuropa tegnede sig for 36 % af de globale beslaglæggelser, hvilket afspejler Europas rolle som både en stor producent og aftager af dette stof (CND, 2008, UNODC, 2009).

Det meste af den amfetamin, der beslaglægges i Europa, er, efter produktionsmængde, fremstillet i Belgien, Nederlandene, Polen, og, i mindre omfang, i Estland og Litauen. I 2007 blev der afsløret 29 steder i EU, som var involveret i produktion, pakning eller oplagring af amfetaminer, og indberettet til Europol.

I Europa blev der i 2007 foretaget anslået 40 000 beslaglæggelser på i alt 8,1 tons amfetaminpulver ⁽⁷⁴⁾. I perioden 2002-07 er antallet af beslaglæggelser steget støt, mens mængden af konfiskeret amfetamin har været svingende, om end der generelt har kunnet konstateres en stigende tendens, og der blev nået et nyt højdepunkt i 2007 ⁽⁷⁵⁾.

⁽⁷¹⁾ Se »Hvad er en narkotikaprækursor?«

⁽⁷²⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer se s. 39.

⁽⁷³⁾ Captagon er et af de registrerede varemærker for fenetyllin, der er et syntetisk stof, som stimulerer centralnervesystemet; tabletter solgt med dette logo på det illegale marked indeholder dog jævnligt amfetamin blandet med koffein.

⁽⁷⁴⁾ Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2007.

⁽⁷⁵⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-11 til SZR-18 i Statistical bulletin 2009.

Renhedsgraden i prøver af den amfetamin, der blev beslaglagt i Europa i 2007, varierede betydeligt og i en sådan grad, at enhver bemærkning om gennemsnitsværdier skal fremsættes med forsigtighed. Ikke desto mindre svingede den gennemsnitlige renhedsgrad i prøver fra under 10 % i Danmark, Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige, til over 30 % i Nederlandene, Polen og enkelte baltiske og nordiske lande. I løbet af de seneste fem år har amfetaminens renhedsgrad været stabil eller faldende i de fleste af de 20 lande, hvorfra der foreligger tilstrækkelige data til at foretage en analyse af tendenserne.

I 2007 varierede den gennemsnitlige detailpris for amfetamin fra 10 til 20 EUR pr. gram i mere end halvdelen af de 17 indberettende lande. Af de 11 lande, hvor det var muligt at foretage en sammenligning af data for 2007 og 2006, indberettede Spanien, Frankrig og Østrig stigninger i detailprisen, mens resten meldte om stabile eller faldende priser.

Metamfetamin

Produktionen af metamfetamin er koncentreret i Øst- og Sydøstasien og Nordamerika, og der er et stigende antal indberetninger om relateret aktivitet i Latinamerika og Oceanien. Ca. 18,2 tons metamfetamin blev beslaglagt i 2007, og dermed fortsættes den stabile tendens siden 2004. Det meste af stoffet blev beslaglagt i Øst- og Sydøstasien (56 %), efterfulgt af Nordamerika, og under 2 % af beslaglæggelserne kom fra Europa (UNODC, 2009).

Der finder ulovlig produktion af metamfetamin sted i Europa, men den er stort set begrænset til Tjekkiet, hvor ca. 390 mindre »køkkenlaboratorier« blev afsløret i 2007. Der meldes også om produktion af stoffet i Slovakiet og i Litauen.

Metamfetaminproduktion i Europa: fælles EONN-Europaludgivning

I 2009 lancerede EONN og Europol en serie af fælles udgivelser om narkotikaforsyningen i Europa. Den første rapport i serien giver et omfattende overblik over metamfetaminproduktionen og -handelen i Europa og gennemgår reaktionerne på europæisk og internationalt plan (¹).

Rapporter om forsyningen af andre syntetiske stoffer i Europa, herunder amfetamin og ecstasy, føjes senere til serien.

(¹) Findes på: <http://emcdda.europa.eu/publications/>

Der blev rapporteret om ca. 4 500 beslaglæggelser af metamfetamin på i alt 340 kg stof i Europa i 2007. Norge tegner sig for de fleste beslaglæggelser og største konfiskerede mængder af metamfetamin. Mellem 2005 og 2007 har både antallet af beslaglæggelser og mængden af beslaglagt metamfetamin i Europa været stigende, om end stadig lav sammenlignet med andre stoffer.

Ecstasy

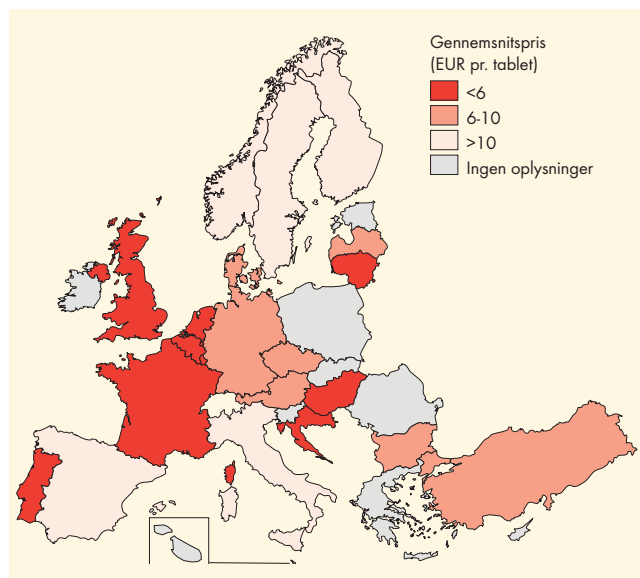
Ifølge UNODC (2009) lå den globale produktion af ecstasy i 2007 på mellem 72 og 137 tons. Produktionen ser ud til at være blevet mere geografisk diffus, idet fremstilling sker tættere på forbrugsmarkedene i Nordamerika, Øst- og Sydøstasien samt Oceanien. Til trods for det er Europa fortsat det vigtigste produktionssted for ecstasy, hvor fremstillingen er koncentreret i Belgien, Nederlandene og i mindre grad i Tyskland, Det Forenede Kongerige og Polen.

Der blev beslaglagt 7,9 tons ecstasy på verdensplan i 2007, idet der blev rapporteret om stigninger i de fleste regioner. Vest- og Centraleuropa tegnede sig for 36 % af de globale beslaglæggelser og Sydøsteuropa for 2 % (UNODC, 2009). Alt i alt rapporterede Europa om over 24 000 beslaglæggelser, der førte til konfiskering af anslået 22 millioner ecstasytabletter i 2007. Nederlandene tegnede sig for den største mængde beslaglagt ecstasy (8,4 millioner tabletter), hvilket udgør en fordobling i forhold til den indberettede mængde i 2006. Kun to andre europæiske lande meldte om beslaglæggelser i denne størrelsesorden i 2007, idet både Frankrig og Tyskland indberettede ca. en million beslaglagte tabletter. Det Forenede Kongerige rapporterede desuden om over seks millioner beslaglagte tabletter i 2006, men der foreligger endnu ikke data herfra for 2007.

I perioden 2002-2007 faldt antallet af ecstasybeslaglæggelser markant i 2003, men har siden udvist en let stigning år for år. I samme periode faldt den beslaglagte mængde til det laveste niveau i 2005, men er steget igen og synes at nærme sig niveauet fra 2002.

I Europa indeholdt de fleste ecstasytabletter, der blev analyseret i 2007, MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA) som det eneste tilstedeværende psykoaktive stof, idet 17 lande anførte, at det var tilfældet i over 70 % af det samlede antal analyserede tabletter. Gruppen af lande, der meldte om lavere andele af ecstasytabletter med MDMA eller et analogstof, omfattede Bulgarien (47 %), Cypern (44 %) og Østrig (61 %). I Luxembourg indeholdt størstedelen (83 %) af de analyserede tabletter ikke noget kontrolleret stof, og det samme var tilfældet på Cypern (53 %). I Tyrkiet var det

Figur 6: Detailpris på ecstasytabletter



NB: Lande, der kun indberettede en minimums- og en maksimumsværdi, er medtaget, hvis disse værdier falder inden for en af prisgrupperne. Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

kun 23 % af de analyserede tabletter, der indeholdt MDMA-lignende stoffer.

Det typiske MDMA-indhold i ecstasytabletter, der blev analyseret i 2007, lå på 19-75 mg i de 11 lande, der indberettede data. Endvidere rapporterede nogle lande (Bulgarien, Frankrig, Nederlandene, Slovakiet og Norge) om højdosis-ecstasytabletter med et indhold på over 130 mg MDMA. Der kan ikke observeres nogen klar tendens i ecstasytabletternes renhedsgrad.

Ecstasy er blevet betydeligt billigere sammenlignet med, da stoffet først blev almindeligt tilgængeligt i 1990'erne. Skønt der meldes om tabletter, som sælges for mindre end 2 EUR, melder de fleste lande nu om gennemsnitlige detailpriser i størrelsesordenen 4-10 EUR pr. tablet (figur 6). De foreliggende data for 2002-2007 tyder på, at detailprisen (justeret for inflation) er fortsat med at falde.

Hallucinogene stoffer

Brug af lsd og handelen hermed anses stadig for marginal i Europa. De foreliggende data viser et fald i de beslaglagte mængder i perioden 2002-07, mens antallet af beslaglæggelser steg en anelse mellem 2003 og 2007. Detailpriserne på lsd (justeret for inflation) har været let faldende siden 2003 og lå i 2007 gennemsnitligt på mellem 5 og 12 EUR pr. enhed i de fleste indberettende lande.

Hallucinogene svampe, som vokser vildt i mange europæiske lande og kan købes på internettet, blev nævnt af 11 ud af de 28 lande, der indberettede narkotikabeslaglæggelser i 2007. I fem af de seks lande, der rapporterede om en tendens i enten beslaglæggelser, prævalens for brug eller tilgængelighed af hallucinogene svampe, var tendensen nedadgående. Ét land (Frankrig) meldte om en stigning i prævalensen for brug og beslaglæggelser, hvilket blev forklaret med svampenes tilgængelighed og svampekits, der købes via internettet.

Udbredelse og brugsmønstre

Nogle EU-medlemsstater rapporterer om relativt høje brugsniveauer af amfetaminer eller ecstasy i den almindelige befolkning (Tjekkiet, Estland og Det Forenede Kongerige). I et begrænset antal lande tegner brugen af amfetamin eller metamfetamin, ofte intravenøst, sig for en betydelig andel af det samlede antal problematiske stofbrugere og af dem, der søger hjælp for narkotikaproblemer. I modsætning til disse kroniske brugergrupper findes der en mere generel forbindelse mellem brugen af syntetiske stoffer, især ecstasy, og natklubber og dansearrangementer. Det fører til, at der rapporteres om betydeligt højere brugsniveauer blandt unge, og der kan konstateres stadigt højere brugsniveauer i visse miljøer eller bestemte subpopulationer. Endelig er forbruget af hallucinogene stoffer, f.eks. lysergsyrediaetylamid (lsd) og hallucinogene svampe, generelt lavt og har stort set været stabilt i de senere år.

Amfetaminer

Nye befolkningsundersøgelser viser, at langtidsprævalensen for brug af amfetaminer ⁽⁷⁶⁾ i Europa varierer landene imellem fra omkring nul til 11,7 % af alle voksne (15-64 år). Gennemsnitligt anslås det, at 3,5 % af alle voksne europæere har brugt amfetaminer mindst én gang. Brug af stoffet inden for de seneste 12 måneder er langt lavere med et europæisk gennemsnit på 0,5 %. Det anslås, at omkring 12 millioner europæere har prøvet amfetaminer, og omkring 2 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se et resumé af dataene i tabel 5).

Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidsprævalensen for brug af amfetaminer betydeligt landene imellem, fra 0,1 til 15,3 % med et vægtet europæisk gennemsnit på ca. 5 %. Brug af amfetaminer i denne aldersgruppe inden for de seneste 12 måneder ligger på 0,1-3,1 %, idet de fleste lande melder om prævalensskøn på mellem 0,5 og 2,0 %. Det anslås, at

⁽⁷⁶⁾ I undersøgelingsdata om »amfetaminbrug« sondres der ofte ikke mellem amfetamin og metamfetamin, men disse vil typisk vedrøre brugen af amfetamin (sulfat eller dexamfetamin), da brug af metamfetamin er sjælden i Europa.

Tabel 5: Prævalensen af amfetaminbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Leveltid	Det seneste år
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	12 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	3,5 %	0,5 %
Område	0,0-11,7 %	0,0-1,3 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %) Malta (0,4 %) Cypern (0,8 %)	Grækenland, Malta, Rumænien (0,0 %) Frankrig (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (11,7 %) Danmark (6,3 %) Spanien (3,8 %) Norge (3,6 %)	Estland (1,3 %) Danmark (1,2 %) Norge (1,1 %) Det Forenede Kongerige (1,0 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,0 %	1,1 %
Område	0,1-15,3 %	0,1-3,1 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Cypern (0,8 %)	Grækenland, Rumænien (0,1 %) Frankrig (0,2 %) Cypern (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (15,3 %) Danmark (10,5 %) Letland (6,1 %) Norge (5,9 %)	Danmark (3,1 %) Estland (2,9 %) Norge (2,0 %) Letland (1,9 %)
Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001 til 2008 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner) og 15-34 år (133 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2009.		

gennemsnitligt 1,1 % unge europæere har brugt amfetaminer inden for det seneste år.

Blandt 15-16-årige skoleelever varierer langtidspævalensen for brug af amfetaminer fra 1-8 % i de 26 EU-medlemsstater samt i Kroatien og Norge, som blev undersøgt i 2007, om end der kun blev rapporteret om prævalensniveauer på mere end 5 % i Bulgarien og Letland (begge 6 %) samt i Østrig (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

Problematiske amfetaminbrug

EONN's indikator for problematisk stofbrug kan bruges for amfetaminbrug, hvor den som sådan definerer intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig stofbrug. Kun Finland har forelagt et nyere nationalt skøn over

problematiske amfetaminbrugere, der i 2005 blev anslået til at ligge på mellem 12 000 og 22 000 ⁽⁷⁸⁾, hvilket er ca. fire gange så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere i landet.

Antallet af indberettede behandlingsanmodninger vedrørende brug af amfetamin som det primære stof er relativt lavt i de fleste europæiske lande, men tegner sig for en betydelig andel af de indberettede påbegyndte behandlinger, hovedsageligt i Sverige (34 %), Finland (23 %), Letland (16 %) og Ungarn (11 %). Fire andre lande (Belgien, Danmark, Nederlandene og Tyskland) rapporterede, at 6-10 % af de stofbrugere, der kom i behandling, anførte amfetamin som deres primære stof, hvor andelen andre steder ligger under 3 % ⁽⁷⁹⁾.

⁽⁷⁷⁾ Data fra alle ESPAD-lande og Spanien. Se figur EYE-2 (del vi) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁷⁸⁾ Det svarer til 3,4-6,3 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år, beregnet på basis af det oprindelige udsnit i alderen 15-54 år, hvis man antager, at der ikke var nogen tilfælde i aldersgruppen 55-64 år.

⁽⁷⁹⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

Det samlede antal og andelen af amfetaminbrugere blandt nye klienter, der kom i behandling for stofbrug, har i det store og hele ligget stabilt mellem 2002 og 2007. Kun Danmark, Letland og Nederlandene rapporterer om væsentlige stigninger, mens Sverige og Finland melder om et fald i andelen af nye amfetaminklienter ⁽⁸⁰⁾. Ser man på tendensdata, bør der imidlertid tages højde for metodiske begrænsninger på grund af de seneste ændringer i nogle nationale overvågningssystemer (f.eks. i Letland).

Gennemsnitsalderen for amfetaminbrugere, der kommer i behandling, er 29 år. Skønt forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er ca. 2:1, er den samlede andel af kvinder blandt amfetaminklienter højere end for andre stoffer. Amfetaminbrugere i behandling melder ofte om brugen af andre stoffer, først og fremmest cannabis og alkohol, og nogle gange opioider ⁽⁸¹⁾. I de lande, hvor primære amfetaminbrugere udgør en høj andel af dem, der kommer i behandling, er injektion den hyppigst rapporterede indtagelsesmåde (63-83 %).

Problematiske metamfetaminbrug

I modsætning til andre dele af verden, hvor brugen af metamfetamin er vokset i de seneste år, ser brugen i Europa ud til at være begrænset. Traditionelt har brugen af dette stof i Europa været koncentreret i Tjekkiet og Slovakiet. I 2007 var der i Tjekkiet anslået ca. 20 400-21 400 problematiske metamfetaminbrugere (2,8-2,9 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), dobbelt så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere, og i Slovakiet ca. 5 800-15 700 metamfetaminbrugere (1,5-4,0 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), ca. 20 % færre end det anslåede antal opioidbrugere.

I begge disse lande anføres metamfetamin som det primære stof af en stor andel af de klienter, der kommer i behandling: 61 % i Tjekkiet og 26 % i Slovakiet. Mellem 2002 og 2007 har behandlingsefterspørgslen i forbindelse med metamfetaminbrug været stigende i begge lande ⁽⁸²⁾.

Injektion er den hyppigst rapporterede indtagelsesmåde blandt metamfetaminbrugere i behandling (82 % i Tjekkiet og 41 % i Slovakiet). Desuden anføres brug af andre stoffer jævnligt, herunder især cannabis, alkohol og opioider. I Slovakiet er der blevet konstateret en markant stigning i antallet af klienter i opioidsubstitutionsbehandling, der melder om brug af metamfetamin.

Metamfetaminbrugere, der kommer i behandling i Tjekkiet og Slovakiet, er relativt unge, i gennemsnit 24-25 år, og overvejende mænd. Kvinder udgør dog en større andel af dem, der er i behandling for problemer i forbindelse med metamfetaminbrug, end for andre stoffer.

Ecstasy

Det anslås, at omkring 10 millioner voksne europæere har prøvet ecstasy (gennemsnitligt 3,1 %), og at ca. 2,5 millioner (0,8 %) har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se tabel 6 for et resumé af dataene). Der er en betydelig variation mellem landene, idet nye undersøgelser tyder på, at mellem 0,3 og 7,5 % af alle voksne (15-64 år) på et tidspunkt har prøvet stoffet, og de fleste lande melder om skøn for langtidsprævalensen i størrelsesordenen 1-5 %. Brug af stoffet inden for de seneste 12 måneder varierede i hele Europa fra 0,1 til 3,5 %. Ved alle målinger, og som for de fleste andre ulovlige stoffer, er den indberettede brug langt højere blandt mænd end blandt kvinder.

Ecstasyforbruget er meget mere almindeligt blandt unge voksne (15-34 år), hvor skøn over langtidsprævalensen på nationalt plan lå på 0,6-14,6 %, idet mellem 0,2 og 7,7 % af denne aldersgruppe anførte, at de havde brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder. Det anslås, at 7,5 millioner unge europæere (5,6 %) på et tidspunkt har prøvet ecstasy, idet ca. 2 millioner (1,6 %) anførte, at de havde brugt det inden for de seneste 12 måneder. Den skønnede prævalens er endnu højere, hvis fokus begrænses til en yngre aldersgruppe: i gruppen på 15-24 år ligger langtidsprævalensen fra 0,4 til 18,7 %, selv om de fleste lande indberettede skøn i størrelsesordenen 2,1-6,8 %. De fleste lande indberettede skøn på 1,0-3,9 % for denne aldersgruppes brug inden for det seneste år, men der er alligevel en betydelig forskel mellem det laveste nationale skøn på 0,3 % og det højeste på 12 % ⁽⁸³⁾.

Langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15-16-årige skoleelever varierer fra 1 til 5 % i de fleste af de 28 undersøgte lande i 2007. Kun fire lande har indberettet højere prævalensniveauer: Bulgarien, Estland, Slovakiet (alle 6 %) og Letland (7 %).

Antallet af primære ecstasybrugere, der kom i behandling i 2007, var fortsat ubetydeligt. I to tredjedele af landene nævnes ecstasy af mindre end 1 % af klienterne; andre steder varierer andelen mellem 1 og 5 %. Med en gennemsnitsalder på 24 år er ecstasybrugere blandt de yngste grupper, der kommer i narkotikabehandling, og de

⁽⁸⁰⁾ Se figur TDI-1 og tabel TDI-36 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁸¹⁾ Se tabel TDI-37 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁸²⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁸³⁾ Se figur GPS-9 (del ii) og tabel GPS-17 og GPS-18 i Statistical bulletin 2009.

Tabel 6: Prævalensen af ecstasybrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	Det seneste år
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	10 millioner	2,5 millioner
Europæisk gennemsnit	3,1 %	0,8 %
Område	0,3-7,5 %	0,1-3,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,3 %) Grækenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Litauen (1,0 %)	Rumænien (0,1 %) Grækenland, Malta (0,2 %) Polen (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (7,5 %) Tjekkiet (7,1 %) Irland (5,4 %) Letland (4,7 %)	Tjekkiet (3,5 %) Estland (1,7 %) Slovakiet (1,6 %) Det Forenede Kongerige, Letland (1,5 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7,5 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	5,6 %	1,6 %
Område	0,6-14,6 %	0,2-7,7 %
Lande med den laveste prævalens	Grækenland, Rumænien (0,6 %) Malta (1,4 %) Litauen, Polen (2,1 %)	Rumænien (0,2 %) Grækenland (0,4 %) Polen (0,7 %) Italien, Litauen, Portugal (0,9 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (14,6 %) Det Forenede Kongerige (12,7 %) Irland (9,0 %) Letland (8,5 %)	Tjekkiet (7,7 %) Estland (3,7 %) Det Forenede Kongerige (3,1 %) Letland, Slovakiet, Nederlandene (2,7 %)
Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001 til 2008 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner) og 15-34 år (133 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2009.		

anfører ofte samtidig brug af andre stoffer, herunder cannabis, kokain, alkohol og amfetaminer ⁽⁸⁴⁾.

Lsd og hallucinogene svampe

Langtidsprævalens for lsd-brug blandt den voksne befolkning (15-64 år) ligger fra næsten nul til 5,2 %. Blandt unge voksne (15-34 år) er skøn over langtidsprævalensen lidt højere (nul til 6,6 %), selv om der rapporteres om meget lavere prævalens for brug inden for det seneste år samt blandt de 15-24-årige ⁽⁸⁵⁾. I modsætning hertil overgås brugen af lsd i nogle få lande, der forelægger sammenlignelige data, ofte af hallucinogene svampe, hvor skøn over langtidsprævalensen for unge voksne går fra 0,3-8,3 %, og skøn over prævalensen inden for det seneste år ligger på 0,2-2,8 %.

EONN: udvalgt tema om blandingsbrug

Parallelt med årsberetningen for 2009 udgiver EONN et udvalgt tema om blandingsbrug. I dokumentet gennemgås de anvendte definitioner af dette meget almindelige stofbrugsmønster, og der fremlægges data, som kan give en bedre forståelse af prævalensen af og karakteristika for blandingsbrug i forskellige befolkninger (skoleelever, voksne og problematiske stofbrugere). Eksisterende tiltag, der er målrettet mod dette fænomen på områderne for forebyggelse, behandling og skadesreduktion, beskrives også. Rapporten giver også en kort oversigt over risiciene i forbindelse med nogle af de mest almindelige stofblandinger og en drøftelse af overvågningen af blandingsbrug i fremtiden.

Dette udvalgte tema findes kun på engelsk i udskrift og på internettet: (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

⁽⁸⁴⁾ Se tabel TDI-5 og TDI-37 (del i), (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁸⁵⁾ Se tabel GPS-8 (del i), GPS-9, GPS-11 og GPS-17 i Statistical bulletin 2009.

Blandt 15-16-årige skoleelever er skøn over prævalensen for brug af hallucinogene svampe højere end for LSD og andre hallucinogener i ti af de 26 lande, som indberettede data om disse stoffer. De fleste lande melder om skøn over langtidspævalensen for brug af hallucinogene svampe på mellem 1-4 %, idet Slovakiet (5 %) og Tjekkiet (7 %) rapporterer højere niveauer ⁽⁸⁶⁾.

Tendenser for brug af amfetaminer og ecstasy

Rapporter om stabiliserede eller endog faldende tendenser i forbruget af amfetamin og ecstasy i Europa, der blev konstateret i tidligere rapporter, bakkes op af de nyeste data. Efter generelle stigninger i 1990'erne peger befolkningsundersøgelser nu mod en overordnet stabilisering eller endda et moderat fald i begge stoffers popularitet, selv om dette mønster ikke ses i alle lande.

Amfetaminbrug (seneste 12 måneder) blandt unge voksne (15-34 år) i Det Forenede Kongerige faldt betydeligt mellem 1998 (6,2 %) og 2008 (1,8 %). Der meldes om en stigning i amfetaminbrug i Danmark mellem 1994 (0,5 %) og 2000 (3,1 %) med et lignende tal i 2008 ⁽⁸⁷⁾. Blandt de øvrige lande, der indberettede gentagne undersøgelser over en lignende tidshorisont (Tyskland, Grækenland, Spanien, Frankrig, Nederlandene og Slovakiet), er tendenserne stort set stabile (figur 7). Af de 11 lande med tilstrækkelige data om prævalensen for brug af amfetamin inden for de seneste 12 måneder blandt de 15-34-årige i den femårige periode 2002-2007 melder fire om et fald

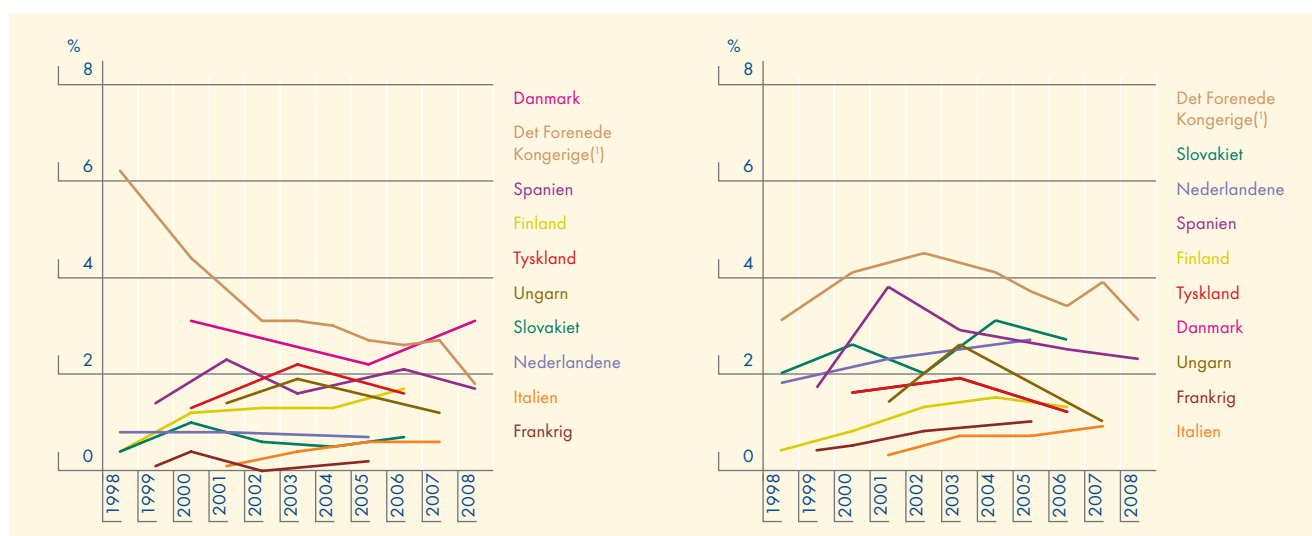
på 15 % eller derover, tre melder om stabilisering, og fire melder om en stigning.

For ecstasybrug blandt unge voksne (15-34 år) er billedet mere blandet. Efter generelle stigninger i brugen i nogle europæiske lande i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, der førte til samme niveau for ecstasybrug i Tyskland, Spanien og Det Forenede Kongerige i midten af 1990'erne, er prævalensen for brugen inden for de seneste 12 måneder faldet til et skønnet europæisk gennemsnit på 1,6 %. I lande, hvorfra der foreligger nyere undersøgelser, er prævalensen fortsat højere i Det Forenede Kongerige sammenlignet med andre lande ⁽⁸⁸⁾. I den femårige periode 2002-2007 faldt prævalensen for brug af ecstasy inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne med mindst 15 % af den oprindelige værdi i tre af de 11 lande, der fremlagde tilstrækkelig information, mens den forblev stabil i fire lande og steg i fire.

Kokain kunne være ved at erstatte amfetaminer og ecstasy i nogle lande og i nogle dele af den stofbrugende population. Det kan være tilfældet i Det Forenede Kongerige og i en vis udstrækning i andre lande (f.eks. Danmark og Spanien), hvor der er blevet observeret samtidige stigninger i brugen af kokain og fald i brugen af amfetaminer (EONN, 2008b).

ESPAD og andre skoleundersøgelser, der blev udført i 2007, viser generelt små ændringer i graden af eksperimentering med amfetamin og ecstasy blandt

Figur 7: Tendenser i sidste års prævalens af amfetaminbrug (venstre) og ecstasybrug (højre) blandt unge voksne (15-34 år)



(1) England og Wales.

NB: Kun data for lande med mindst tre undersøgelser i perioden 1998 til 2008 er medtaget. Se yderligere oplysninger i GPS-8 og GPS-21 i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxrapporter taget fra befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

⁽⁸⁶⁾ Data fra ESPAD for alle lande undtagen Spanien. Se figur EYE-2 (del v) i Statistical bulletin 2009.

⁽⁸⁷⁾ I Danmark vedrører informationen i 1994 »hårde stoffer«, som hovedsageligt blev anset for at være amfetaminer.

⁽⁸⁸⁾ Se figur GPS-21 i Statistical bulletin 2009.

skoleelever i alderen 15-16 år. I betragtning af at der var forskelle på mindst to procentpoint mellem 2003 og 2007, steg langtidsprævalensen for amfetamin i ni lande. På samme måde steg ecstasybrugen i syv lande. Der blev kun observeret et fald i langtidsprævalensen for amfetamin i Estland, mens Tjekkiet, Portugal og Kroatien meldte om et fald i brugen af ecstasy.

Amfetaminer og ecstasy i fritidsmiljøer: brug og tiltag

Narkotika- og alkoholbrug bliver undertiden sat i forbindelse med visse specifikke fritidsmiljøer, hvor unge samles (f.eks. dansearrangementer eller musikfestivaler). Undersøgelser af narkotikabrug i disse miljøer kan give et billede af adfærden hos brugere af amfetaminer og ecstasy eller andre stoffer, f.eks. ketamin og GHB. Det skønnede forbrug af narkotika i disse miljøer er typisk højt, men kan ikke generaliseres ud til den bredere befolkning, og en stor del af forbruget har tendens til at forekomme i weekender og ferieperioder (EONN, 2006b).

Der foreligger prævalensdata fra undersøgelser, som er gennemført i fritidsmiljøer i 2007, fra fem lande (Belgien, Tjekkiet, Letland, Litauen og Østrig). Skøn over langtidsprævalensen gik fra 15-71 % for ecstasybrug og fra 17-68 % for amfetaminer. Fire af disse undersøgelser indeholdt også skøn over langtidsprævalensen for hallucinogene svampe, der gik fra 4-64 %. Hyppig brug af ecstasy eller amfetaminer kan ligeledes findes i disse miljøer, men det er generelt meget lavere.

En indikation af i hvilket omfang brugen af disse stoffer kan være koncentreret blandt den unge del af befolkningen, der går ud i nattelivet, fås i British Crime Survey 2007-2008. Blandt de 16-24-årige, der anførte at have besøgt en natklub fire eller flere gange i løbet af den seneste måned, var sandsynligheden for at have brugt ecstasy (8 %) inden for de seneste 12 måneder mere end tre gange så stor i forhold til dem, der ikke gik på natklub (2,3 %) (Hoare og Flatley, 2008).

Sundheden og sikkerheden for dem, der går på natklubber og bruger stoffer, er et voksende offentligt sundhedsproblem. Retningslinjer, f.eks. retningslinjer for »sikker dans«, der er udarbejdet i Det Forenede Kongerige, er blevet et vigtigt redskab på dette område. Mens der nu er 12 lande, som indberetter at have udarbejdet sådanne retningslinjer for nattelivet, er det kun Nederlandene, Slovenien, Sverige og Det Forenede Kongerige, som rapporterer, at der sker overvågning og håndhævelse heraf.

Formålet med retningslinjerne for sikkert natteliv er at nedbringe risikoen for, at der forekommer narkotikarelaterede problemer, hvilket omfatter adgangen til rindende, koldt vand, umiddelbar førstehjælp samt opsøgende forebyggelsesarbejde. Rapporter om adgangen til sådanne foranstaltninger i natklubber med tilstrækkeligt store målpopulationer til, at tiltaget skal gennemføres, blev stillet til rådighed af nationale eksperter. Overordnet viser dette den begrænsede adgang til enkle foranstaltninger til undgåelse eller reduktion af sundhedsrisici og stofbrug i det europæiske natteliv. Kun i Litauen og Slovenien oplyses der at ske opsøgende forebyggelsesarbejde i flertallet af de relevante natklubber, hvorimod det i 18 lande sker i et mindretal af natklubberne. I seks lande sker det slet ikke. Fem lande rapporterer om umiddelbar adgang til førstehjælp i flertallet af de relevante natklubber (Luxembourg, Portugal, Slovenien, Det Forenede Kongerige og Norge); denne foranstaltning er kun til rådighed i et mindretal af de relevante natklubber i 15 lande, og den er ikke til rådighed i Grækenland og Sverige. Endelig er der adgang til rindende, koldt vand i flertallet af de relevante natklubber i 11 lande og i et mindretal af disse i ni lande. Denne foranstaltning er ikke til rådighed i Grækenland, Cypern og Rumænien.

Behandling

Brugere af amfetaminer får generelt behandling i ambulante narkotikabehandlingstjenester, der, i lande med tidligere betydelige forbrugsniveauer af amfetaminer, kan være specialiseret i behandling af denne type narkotikaproblem. Behandling til de mest problematiske brugere af amfetaminer kan gives i døgnbehandlingscentre eller på psykiatriske klinikker eller hospitaler.

Der rapporteres om særlige behandlingsprogrammer til problematiske amfetaminbrugere i ni lande (Tyskland, Estland, Spanien, Italien, Østrig, Portugal, Slovenien, Slovakiet og Det Forenede Kongerige). Tilgængeligheden af disse programmer varierer imellem landene. Kun tre af disse lande (Portugal, Slovenien og Det Forenede Kongerige) indberetter, at der stilles specialiserede programmer til rådighed for flertallet af de brugere af amfetaminer, som aktivt søger behandling. I de andre seks lande skønner nationale eksperter, at der er specialiseret behandling for brug af amfetaminer til rådighed for mindre end halvdelen af de brugere, der ønsker det. Indholdet af de specifikke programmer til brugerne af disse stoffer er ofte ikke veldokumenteret.

Der mangler generelt behandlingsmuligheder med en dokumenteret virkning, som kan styre behandlingen af afhængighed af psykostimulanter såsom amfetaminer. Der meldes om lovende resultater af nylige undersøgelser af farmakologiske stoffer til at styre abstinenser eller mindske trangene i forbindelse med afhængighed af amfetaminer, hvilket har manglet indtil nu. I en finsk undersøgelse af brugen af methylphenidat og aripiprazol var de første resultater positive hos dem, der fik methylphenidat. Det betød, at de producerede færre amfetaminpositive urinprøver end dem, der fik aripiprazol eller et placebopræparat (Tiihonen et al., 2007). Desuden viste en nylig gennemgang af litteraturen positive resultater med både methylphenidat og dexamfetamin i behandlingen af afhængighed af metamfetamin (Elkashef et al., 2008).

Dexamfetamin har længe været til rådighed i forbindelse med behandlingen af svært problematiske brugere af amfetaminer i England og Wales, hvor det kan ordineres af enhver læge. Der foreligger imidlertid kun begrænsede oplysninger om denne praksis i Det Forenede Kongerige. I en undersøgelse af apotekernes serviceydelser, der blev gennemført for over ti år siden, skønnede man, at 900-1 000 klienter fik denne behandling (Strang and Sheridan, 1997). De fleste recepter blev udstedt af læger på hospitaler eller klinikker, og næsten alle af læger, der arbejder i det offentlige sundhedsvæsen. En undersøgelse af 265 specialtjenester i det offentlige sundhedsvæsen, som blev foretaget i 2000, afslørede, at ordinerings af dexamfetamin var tilgængelig i ca. en tredjedel af de undersøgte tjenester (Rosenberg et al., 2002). I Det Forenede Kongeriges retningslinjer for klinisk håndtering af narkotikaafhængighed frarådes substitutionsordination af dexamfetamin imidlertid, da der mangler dokumentation for effektiviteten heraf (NTA, 2007).

Der er endnu ingen særlige psykosociale foranstaltninger, som har haft nogen dokumenteret effektiv virkning

i retning af at hjælpe brugere af psykostimulanter med at fastholde deres afholdenhed. Litteraturen viser, at de tiltag, der har haft den største effekt i behandlingen af brugere af stimulerende stoffer, er kognitive adfærdstilgange, f.eks. forebyggelse af tilbagefald. Effektiviteten af andre tiltagstyper er ikke veldokumenteret. Dokumenterbarheden hæmmes navnlig af knapheden på velgennemførte undersøgelser blandt primære amfetaminbrugere, især undersøgelser af behandlingsresultater (Baker et al., 2004). Et nyligt Cochranereview om psykosociale foranstaltninger mod afhængighed af psykostimulanter konkluderede endvidere, at der kun er observeret konsistente positive adfærdresultater (fastholdelse i behandling, nedsættelse af narkotikaforbruget) i tiltag, hvori »contingency management« indgik. Denne tilgang er dog sjældent anvendt i Europa, om end der har været nogle pilotprojekter (se kapitel 5).

Der er behov for mere forskning i psykosocial og farmakologisk behandling af dem, der har problemer i forbindelse med brugen af amfetaminer, især dem, der injicerer stoffer. Desuden skal nuværende behandlingspraksis og behandlingsdækning i Europa også dokumenteres bedre, og der forestår fortsat meget arbejde med hensyn til udveksling af bedste praksis. Manglen på målrettede programmer kan virke demotiverende for amfetamin- og metamfetaminbrugere i forhold til at søge behandling, navnlig i de tidlige faser af brugen. Endvidere ville tilgængeligheden af sådanne programmer kunne få flere brugere i behandling, hvilket netop var tilfældet for problematiske cannabisbrugere i Frankrig og Tyskland, da disse lande udvidede tilgængeligheden af målrettede behandlingsprogrammer. Sådanne foranstaltninger kan være særligt nyttige i de lande, der for nylig har kunnet konstatere en stigning i antallet af problematiske amfetamin- og metamfetaminbrugere, især dem, der injicerer stoffer (Talu et al., 2009).



Kapitel 5

Kokain og crackkokain

Indledning

Der er observeret en samlet stigning i brugen af kokain og i kokainbeslaglæggelser i EU i det seneste årti, om end dette stort set er begrænset til de vestlige medlemsstater, og der er stor forskel fra land til land. De foreliggende data viser desuden betydelig forskel blandt kokainbrugere, både hvad angår brugsmønstre og sociodemografi. Dem, der kun eksperimenterer med stoffet ved én eller nogle få lejligheder, udgør den største gruppe. En anden gruppe omfatter socialt integrerede, regelmæssige brugere, som i nogle lande udgør et forholdsvis stort antal unge. Nogle af dem vil intensivere brugen af kokain eller bruge den i en lang periode, hvilket kan føre til kroniske helbredsproblemer og sociale problemer samt til behov for behandling. En tredje gruppe brugere omfatter medlemmer af socialt udstødte grupper, herunder nuværende og tidligere opioidbrugere. De fleste af dem har intensive kokainbrugsmønstre og bruger muligvis crack eller injicerer stoffet, hvilket kan videreføre eller forværre eksisterende sundhedsmæssige og sociale problemer, og kan komplicere behandlingen af opioidbrug. På grund af

kokainbrugernes mange forskellige profiler udgør vurderingen af udbredelsen af stoffet, de sundhedsmæssige og sociale konsekvenser samt de nødvendige tiltag en enestående udfordring.

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Dyrkning af kokabusken, der er kilden til kokain, er fortsat koncentreret i nogle få lande i Andesregionen ⁽⁸⁹⁾. UNODC (2009) anslog, at den samlede dyrkning af kokabusken for året 2008 ville blive til en potentiel produktion på 845 tons ren kokainhydroklorid, hvoraf Colombia tegnede sig for 51 %, Peru for 36 % og Bolivia for 13 %. Den globale kokainproduktion skønnes at være faldet med 15 % i 2008, primært som følge af faldende kokainproduktion i Colombia — fra 600 tons i 2007 til 430 tons i 2008. I modsætning hertil fortsætter kokainproduktionen i Peru og Bolivia med at stige en smule.

Tabel 7: Kokain og crackkokain — produktion, beslaglæggelse, pris og renhed

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Anslået global produktion (tons)	845	ingen data
Global beslaglagt mængde (tons)	710 ⁽²⁾	0,8
Beslaglagt mængde (tons) EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽³⁾	44-88 (58-67)	20-112
Område for gennemsnitlig renhed (%)	22-57	35-98

⁽¹⁾ Som følge af at få lande har indberettet data, skal disse data fortolkes med forsigtighed.

⁽²⁾ I henhold til UNODC svarer dette tal til 412 tons ren kokain.

⁽³⁾ Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser.

NB: Alle data er for 2007 med undtagelse af tallene for global produktion, som er for 2008; ingen data: data ikke tilgængelige.

Kilder: Verdensnarkotikarapporten fra De Forenede Nationers Program for Narkotikakontrol (2009) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

⁽⁸⁹⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer se s. 39.

Det meste af processen med at omdanne kokabladene til kokainhydroklorid er fortsat placeret i Colombia, Peru og Bolivia, selv om det også kan foregå i andre sydamerikanske lande. Colombias vigtige position i produktionen af kokain bekræftes af oplysninger om lukkede laboratorier og beslaglæggelser af kaliumpermanganat, et kemisk reagens, der bruges i blandingen af kokainhydroklorid. I 2007 blev 2 471 kokainlaboratorier lukket (78 % af verdens samlede antal) og i alt 144 tons kaliumpermanganat blev beslaglagt i Colombia (94 % af beslaglæggelserne på verdensplan) (INCB, 2009a).

De foreliggende oplysninger viser, at kokain fortsat smugles til Europa via forskellige ruter (EONN, 2008d). Kokainen kommer til Europa via syd- og mellemamerikanske lande, f.eks. Argentina, Brasilien, Ecuador, Mexico og Venezuela. Caribien benyttes også hyppigt ved omladningen af stoffet til Europa. Kokainen smugles ad disse ruter via fly eller skibe. I de seneste år er der identificeret en alternativ rute via Vestafrika. Kokainen fragtes ofte herfra til Europa med fiskerfartøjer og sejlbåde, selv om der også er rapporter om smugling med fly eller over land gennem Nordafrika (Europol, 2007).

Andre transitlande er også nævnt i de senere år. Disse omfatter Sydafrika, Rusland, men også lande i Central- og Østeuropa, hvor antallet af kokainbeslaglæggelser steg fra et skøn på 412 tilfælde i 2002 til 1 065 i 2007. Belgien, Spanien, Frankrig, Italien, Nederlandene, Portugal og Det Forenede Kongerige er nævnt som vigtige transitlande for forsendelse af kokain i Europa.

Beslaglæggelser

Kokain er det mest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisharpiks. I 2007 lå de samlede beslaglæggelser af kokain stabilt på omkring 710 tons. Sydamerika indberettede fortsat den største beslaglagte mængde og tegnede sig for 45 % af det samlede tal efterfulgt af Nordamerika med 28 % og Vest- og Centraleuropa med 11 % (UNODC, 2009).

Antallet af kokainbeslaglæggelser har været stigende i de sidste 20 år i Europa og især siden 2003. I 2007 steg antallet af kokainbeslaglæggelser til 92 000 tilfælde, selv om den samlede konfiskerede mængde faldt til 77 tons fra 121 tons i 2006. Det er hovedsageligt Portugal, der tegner sig for faldet i den samlede mængde beslaglagt kokain, i mindre omfang Spanien og Frankrig, som indberettede mindre beslaglagte mængder i 2007 sammenlignet med det foregående år ⁽⁹⁰⁾. Spanien var i 2007 fortsat det land, der indberettede både den største beslaglagte mængde

Love til bekæmpelse af narkotikahandel i rum sø

Narkotikahandel til søs kan kun bekæmpes i samarbejde mellem stater, og denne indsats støttes af to internationale konventioner.

I henhold til artikel 108 i FN's havretskonvention (1982) kan en stat, der mistænker et skib, der fører dens flag ⁽¹⁾, for at være involveret i narkotikahandel, anmode andre stater om hjælp til at standse en sådan handel. Yderligere samarbejde er omhandlet i artikel 17 i FN's konvention mod illegal narkotikahandel (1988). Denne konvention fastlægger en ordning, som tillader en stat, der har rimelig grund til at mistænke, at et skib, der er registreret i et andet land, deltager i narkotikahandel, at anmode skibets flagstat om tilladelse til at borde fartøjet, søge efter og beslaglægge eventuelle stoffer og efterfølgende retsforfølge lovovertræderne. Disse handlinger kan finde sted uden for territorielt farvand. Kompetente nationale myndigheder udpeges som kontaktpunkter, der kan kontaktes døgnet rundt for at besvare sådanne anmodninger så hurtigt som muligt. Anmodninger kan imødekommes, imødekommes med betingelser eller afvises. Selve handlingen må kun udføres af krigsskibe, militærfly eller andre fartøjer eller fly, der tydeligt kan identificeres som fartøjer eller fly, der er i offentlig tjeneste og dermed bemyndiget.

Den faktiske entring og de efterfølgende handlinger udføres af et team af retshåndhævelsespersoner fra den anmodende stat (en såkaldt »Law Enforcement Detachment« (LEDET)). Når indsatsen koordineres af mellemstatslige agenturer, f.eks. MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre – Narcotics), gennemføres en LEDET nogle gange af et andet lands krigsskib. I det tilfælde fører helikoptere og små både, der bruges under entringsoperationen, midlertidigt flaget for LEDET's stat i stedet for det flag, det tilhørende krigsskib fører.

⁽¹⁾ Jurisdiktion over et skib og dets besætning overtages af den stat, som fartøjet er registreret i (»flagstaten«).

kokain og det højeste antal beslaglæggelser, omkring halvdelen af det samlede tal i Europa.

Renhed og pris

Den gennemsnitlige renhed for kokain i Europa lå på 22-57 % i 2007 ⁽⁹¹⁾. De fleste lande med tilstrækkelige data til tendensanalyser over tid meldte om et fald i kokainens renhed i perioden 2002-2007 — med undtagelse af Spanien og Portugal.

I 2007 lå den gennemsnitlige detailpris for kokain i området 44-88 EUR pr. gram i de indberettede data fra 19 lande, hvoraf omkring halvdelen meldte om gennemsnitlige priser på mellem 58-67 EUR pr. gram. I de

⁽⁹⁰⁾ Se tabel SZR-9 og SZR-10 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁹¹⁾ Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-3 og PPP-7 i Statistical bulletin 2009.

Om de faldende kokainpriser i Europa

Siden 2000 har kokainpriserne (justeret for inflation) været faldende i Europa, mens efterspørgslen efter stoffet er steget, hvilket fremgår af prævalensen af kokainbrug i befolkningen som helhed og blandt problematiske stofbrugere. Denne selvmodsigende udvikling kan forklares af flere faktorer. En stigning i forsyningen af kokain til Europa, som afspejles i de stigende mængder, der beslaglægges, er bestemt en central faktor her. De sydamerikanske kokainhandlers eftersøgning efter et alternativ til det amerikanske marked kan som en push-faktor have medvirket til øget målretning mod det europæiske marked. En pull-faktor kan have været den stigende efterspørgsel efter kokain i Europa. Det øgede europæiske kokainforbrug og de europæiske valutaers relative styrke i forhold til den amerikanske dollar kan have kompenseret for de faldende priser og muligvis faldende avancer.

Andre faktorer kan dog have påvirket kokainprisen. Den teknologiske udvikling og brugen af nye handelsruter, f. eks. den vestafrikanske rute, hvor narkotikakontrol ikke håndhæves effektivt, og hvor udgifterne til kurerer er lave, kan have resulteret i faldende transportomkostninger og lavere handelsrisici. Øget konkurrence på kokainmarkedet (Desroches, 2007) kan også have påvirket stoffets pris i Europa.

Manglen på data på dette område betyder, at denne analyse er spekulativ, og understreger betydningen af at opnå en bedre forståelse af de faktorer, der påvirker Europas narkotikamarked. Det er EONN's mål at fortsætte udviklingen af samarbejdet og forskningen på dette område.

lande, der indberettede tilstrækkelige data til at foretage en sammenligning, er kokain solgt på gaden blevet billigere i perioden 2002-2007.

Udbredelse og brugs mønstre

Kokainbrug i befolkningen som helhed

Alt i alt er kokain fortsat det næstmest brugte illegale stof i Europa efter cannabis, selv om brugen varierer stærkt landene imellem. Det anslås, at ca. 13 millioner europæere mindst én gang i deres liv har brugt det, dvs. i gennemsnit 3,9 % af de voksne i alderen 15-64 år (se et resumé af dataene i tabel 8). De nationale tal svinger fra 0,1 til 8,3 %, idet 12 ud af 23 lande, herunder mest central- og østeuropæiske lande, har indberettet lave langtidsprævalenser blandt alle voksne (0,5-2 %).

Det anslås, at ca. 4 millioner europæere har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (1,2 % i gennemsnit),

selv om der igen er variation mellem landene. De seneste nationale undersøgelser melder om skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder på 0-3,1 %; om end brugsniveauet i 18 af 24 lande ikke overstiger 1 %. Med omkring 1,5 millioner udgør den skønnede prævalens for kokainbrug i Europa inden for den seneste måned ca. 0,4 % af den voksne befolkning. Disse skøn er formentlig forsigtige.

Overordnet ser kokainbrug ud til at være koncentreret i nogle få lande, især Danmark, Irland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige, mens brugen af stoffet fortsat er relativt lav andre steder i Europa. I lande, hvor amfetamin dominerer markedet for ulovlige stimulanser, er skønnene over kokainbrug lave i næsten alle tilfælde. Omvendt meldes der om et lavt niveau for amfetaminbrug i de fleste lande, hvor kokain er den vigtigste illegale stimulant.

Kun en lille del af dem, der har brugt kokain mindst én gang i deres liv, ser ud til at udvikle intensive brugs mønstre. Data fra generelle befolkningsundersøgelser tyder på høj ophørsfrekvens blandt kokainbrugere. I lande, hvor langtidsprævalensen er på over 2 %, har de fleste voksne, der nogensinde har brugt kokain (80-95 %), ikke brugt det inden for den seneste måned ⁽⁹²⁾.

Brug af kokain blandt unge voksne

I Europa anslås det, at 7,5 millioner unge voksne (15-34 år), eller gennemsnitligt 5,6 %, har brugt kokain mindst én gang i deres liv. De nationale tal varierer fra 0,1 til 12,0 %. Det europæiske gennemsnit for brug af kokain inden for de seneste 12 måneder i denne aldersgruppe anslås til 2,2 % (3 millioner) og for brug inden for den seneste måned til 0,8 % (1 million).

Brugen er særligt høj blandt unge mænd (15-34 år), idet seneste års prævalens for kokainbrug ligger på mellem 4,2 og 7,7 % i Danmark, Irland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige ⁽⁹³⁾. I de fleste lande var prævalensforholdet mellem kvindelige og mandlige brugere blandt unge voksne sidste år mindst 2:1.

Prævalensen for kokainbrug inden for de seneste 12 måneder blandt 15-24-årige anslås til 2,2 %, hvilket betyder 1,5 millioner brugere i Europa. I modsætning til den skønnede prævalens for brug af cannabis eller ecstasy, som er højest blandt de 15-24-årige, er målinger af nyere kokainbrug (seneste 12 måneder og seneste måned) ens blandt aldersgrupperne 15-34-årige og 15-24-årige ⁽⁹⁴⁾.

Kokainbrug er også knyttet til brug af alkohol og bestemte livsstile. En analyse af data fra British Crime Survey 2007-

⁽⁹²⁾ Se figur GPS-16 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁹³⁾ Se figur GPS-13 i Statistical bulletin 2009.

⁽⁹⁴⁾ Se figur GPS-15 og tabel GPS-14, GPS-15 og GSP-16 for alle år. Tabel GPS-17, GPS-18 og GPS-19 for de seneste data i Statistical bulletin 2009.

Tabel 8: Prævalensen af kokainbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	Det seneste år	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	13 millioner	4 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Område	0,1-8,3 %	0,0-3,1 %	0,0-1,1 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Litauen, Malta (0,4 %) Grækenland (0,7 %)	Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %) Tjekkiet, Ungarn, Polen (0,2 %)	Tjekkiet, Grækenland, Estland, Rumænien (0,0 %) Malta, Litauen, Polen, Finland (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Spanien (8,3 %) Det Forenede Kongerige (7,6 %) Italien (6,8 %) Irland (5,3 %)	Spanien (3,1 %) Det Forenede Kongerige (2,3 %) Italien (2,2 %) Irland (1,7 %)	Spanien (1,1 %) Det Forenede Kongerige (1,0 %) Italien (0,8 %) Irland (0,5 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	7,5 millioner	3 millioner	1 million
Europæisk gennemsnit	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Område	0,1-12,0 %	0,1-5,5 %	0,0-2,1 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Grækenland (1,0 %)	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Polen (0,3 %) Ungarn, Tjekkiet (0,4 %)	Estland, Rumænien (0,0 %) Tjekkiet, Grækenland, Polen (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (12,0 %) Spanien (11,8 %) Danmark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Spanien (5,5 %) Det Forenede Kongerige (4,5 %) Danmark (3,4 %) Irland, Italien (3,1 %)	Det Forenede Kongerige (2,1 %) Spanien (1,9 %) Italien (1,2 %) Irland (1,0 %)
15-24 år			
Anslået antal brugere i Europa	3 millioner	1,5 millioner	0,6 millioner
Europæisk gennemsnit	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Område	0,1-9,9 %	0,1-5,6 %	0,0-2,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,6 %) Litauen (0,7 %) Malta, Polen (1,1 %)	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Polen (0,3 %) Tjekkiet (0,4 %)	Estland, Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %) Tjekkiet, Polen, Portugal (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (9,9 %) Spanien (9,3 %) Danmark (9,2 %) Irland (7,0 %)	Danmark (5,6 %) Spanien (5,4 %) Det Forenede Kongerige (5,0 %) Irland (3,8 %)	Det Forenede Kongerige (2,5 %) Spanien (1,7 %) Italien (1,2 %) Irland (1,1 %)
Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001 til 2008 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner), 15-34 år (133 millioner) og 15-24 (63 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2009.			

08 viste f.eks., at 13,5 % af de 16-24-årige, der gik på pub mindst ni gange i den seneste måned, har brugt kokain inden for de seneste 12 måneder sammenlignet med 1,7 % blandt dem, der ikke gik på pub. Besøg på natklub var også forbundet med øget kokainbrug, idet næsten 10 % af de 16-24-årige, som gik på natklub

mindst fire gange i den seneste måned, rapporterede brug af kokain i de seneste 12 måneder sammenlignet med 3,3 % blandt dem, der ikke gik på natklub. Den indberettede brug af crackkokain i samme undersøgelse var lav, selv blandt kokainbrugere, hvilket bekræfter resultaterne af andre undersøgelser, som viser forskelle

i profilerne for brugere af disse to stoffer (Hoare and Flatley, 2008). Undersøgelser gennemført i fritidsmiljøer viser også højere prævalens for kokainbrug end i befolkningen som helhed (EONN, 2007a). Desuden viste en ny internetundersøgelse gennemført blandt fans af elektronisk musik i Tjekkiet, at 30,9 % af respondenterne havde brugt kokain.

Eurobarometerundersøgelsen fra 2008, som blev gennemført i de 27 EU-medlemsstater, viser, at 85 % af de 15-25-årige anser kokainbrug for at være en stor sundhedsrisiko. Andelen af respondenter, der anser brugen af andre substanser for at have en lignende sundhedsrisiko, er meget lavere: 40 % for cannabis, 28 % for tobak og 24 % for alkohol. Kun heroinbrug opfattes at indebære en høj risiko af en større andel af respondenterne. Der er kun lille variation landene imellem, og 95 % af respondenterne mente, at kokain fortsat skulle være forbudt (Europa-Kommissionen, 2008b).

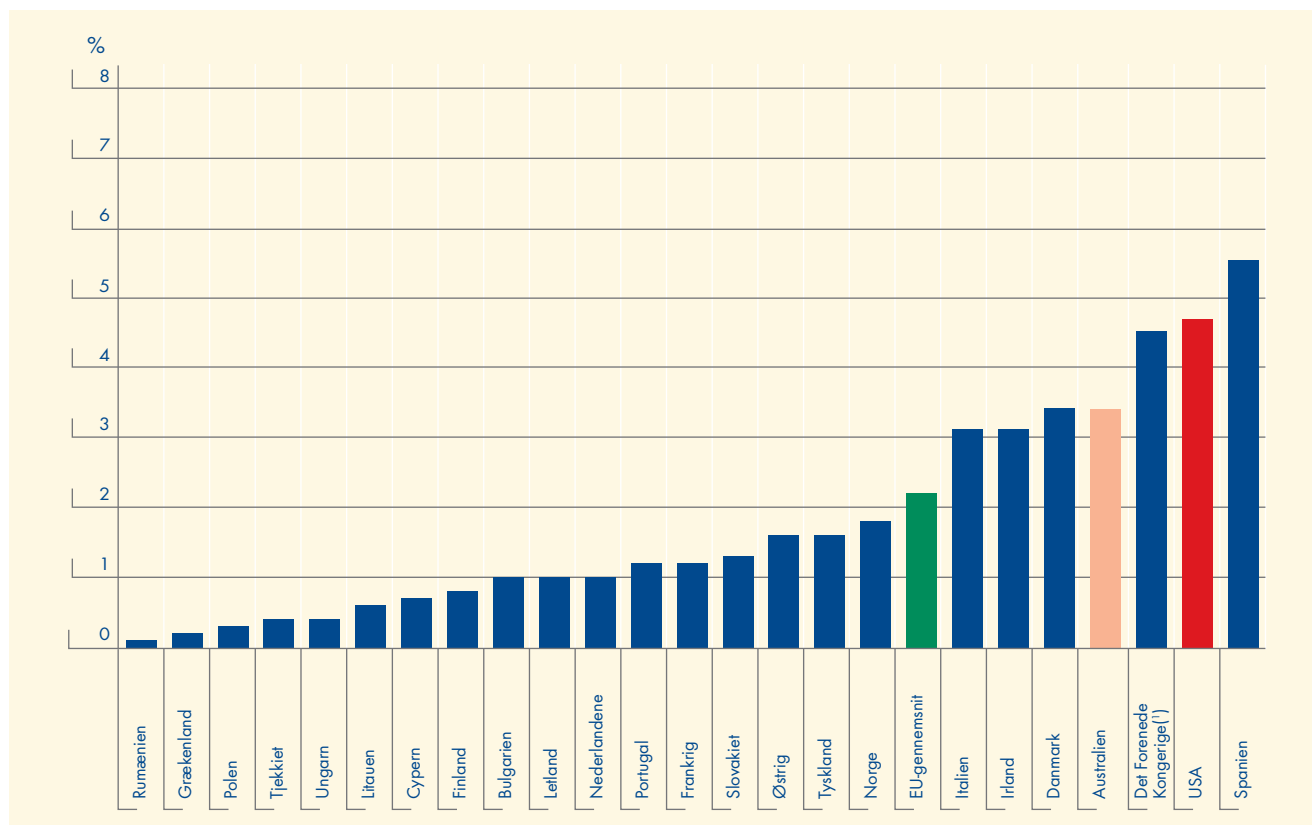
Kokainbrug blandt skoleelever

Blandt skoleelever er den skønnede prævalens for kokainbrug meget lavere end for cannabisbrug. I ESPAD-undersøgelsen er langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever mellem 1 og 2 % i halvdelen af de 28 rapporterende lande. De fleste af de resterende lande har indberettet prævalensniveauer på mellem 3 og 4 %, mens Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige har rapporteret 5 %. Langtidsprævalensen for kokainbrug blandt mænd er højere end blandt kvinder i de fleste lande, og de højeste niveauer (6 %) rapporteres af Frankrig og Italien ⁽⁹⁵⁾.

Internationale sammenligninger

Overordnet er den anslåede langtidsprævalens for kokainbrug i de seneste 12 måneder lavere blandt unge voksne i EU end blandt unge voksne i Australien og USA. Men to lande, Det Forenede Kongerige (England og

Figur 8: Sidste års prævalens af kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år) i Europa, Australien og USA



⁽¹⁾ England og Wales.

NB: Dataene stammer fra den senest tilgængelige undersøgelse for hvert land. Den gennemsnitlige europæiske prævalensgrad blev beregnet som gennemsnittet af de nationale prævalensgrader vægtet efter national befolkning af 15-34-årige (2006, taget fra Eurostat). Amerikanske og australske data er blevet genberegnet ud fra de oprindelige undersøgelsesresultater for aldersgruppen 15-34 år. Se yderligere oplysninger i figur GPS-20 i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). National survey on drug use and health, 2007. Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series nr. 22. Cat. Nr. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽⁹⁵⁾ Se tabel EYE-12 i Statistical bulletin 2009.

Wales) samt Spanien, indberetter højere tal end Australien, og kun Spanien indberetter et højere skøn end USA (figur 8).

Tendenser i kokainbrug

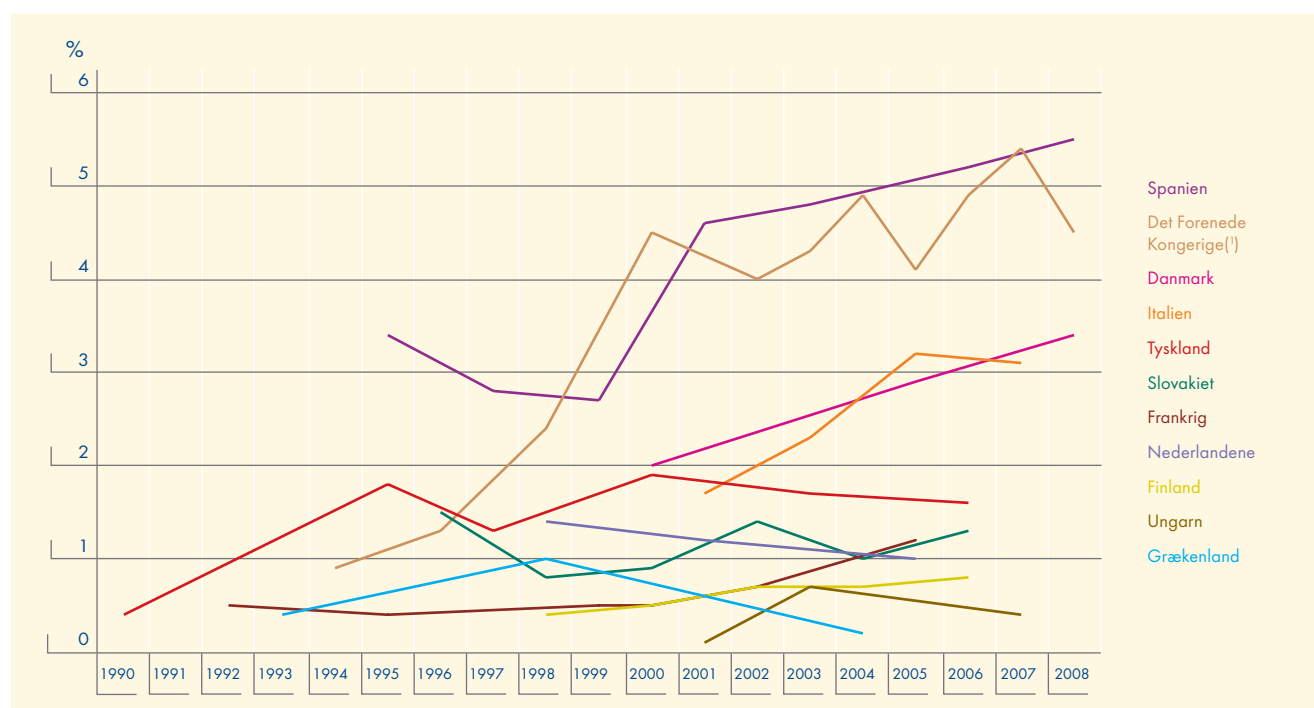
Forenklet sagt har tendenserne i kokainbrug i Europa fulgt forskellige mønstre. I de to lande med den højeste prævalens for kokainbrug (Spanien og Det Forenede Kongerige), voksede brugen af stoffet dramatisk i slutningen af 1990'erne, inden tendensen blev mere stabil, om end stadig generelt stigende. I en anden gruppe lande, herunder Danmark, Irland og Italien, har øget prævalens været mindre udtalt og er forekommet en del senere. Brugsniveauerne i de tre lande er ikke desto mindre høje sammenlignet med andre europæiske lande. Andre steder i Europa er billedet vanskeligt at tolke med generelt lave prævalensniveauer og med både små stigninger og små fald observeret i nogle lande. I de 11 lande, hvor det er muligt at analysere tendensen fra 2002-2007, steg prævalensen i de seneste 12 måneder blandt unge voksne (15-34 år) med mindst 15 % af den oprindelige værdi i fem lande (Irland, Italien, Letland, Portugal og Det Forenede Kongerige) ^(%), faldt i to lande (Ungarn og Polen) og var stabil i fire (Tyskland, Spanien, Slovakiet og Finland) (figur 9).

I ESPAD-skoleundersøgelserne gennemført i 2007 er langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever steget med mindst to procentpoint siden 2003 i Frankrig, Cypern, Malta, Slovenien og Slovakiet. Den spanske skoleundersøgelse indberettede et fald på to procentpoint fra 2004 til 2007.

Sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug

Omfanget af de sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug undervurderes formentlig. Det skyldes dels den ofte ukarakteristiske eller kroniske patologi, der typisk opstår som følge af langvarig brug af kokain, og dels vanskelighederne ved at fastslå årsagssammenhænge mellem sygdomme og brugen af stoffet. Regelmæssig kokainbrug, herunder snifning, kan være forbundet med kardiovaskulære, neurologiske og psykiatriske problemer samt med øget risiko for ulykker og vold. Samtidig brug af andre stoffer, herunder alkohol, kan også øge visse kokainrelaterede problemer (se EONN, 2007a). En undersøgelse, der blev gennemført i USA, anslog, at hyppige brugere af kokain havde syv gange højere risiko for hjerteinfarkt uden dødelig udgang end ikke-brugere (Qureshi et al., 2001). Det blev generelt skønnet, at en fjerdedel af hjerteinfarkter uden dødelig udgang

Figur 9: Tendenser i det seneste års prævalens af kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år)



⁽¹⁾ England og Wales

NB: Se yderligere oplysninger i figur GPS-14 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

Sources: Nationale Reitoxrapporter (2008) taget fra befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

^(%) Danmark observerede også en stigning, men i en anden periode.

i aldersgruppen 18-45 år kunne tilskrives »hyppig brug af kokain«.

Nye rapporter viser, at stoffet i lande med relativt høje prævalensniveauer for kokainbrug ser ud til at være involveret i størstedelen af de narkotikarelaterede hasteindlæggelser. American Drug Abuse Warning Network (DAWN) skønnede, at kokain alene eller kombineret med andre stoffer var involveret i seks af hver ti narkotikarelaterede skadestuebesøg i 2006. I Spanien viste det nationale rapporteringssystem for hasteindlæggelser i forbindelse med ikke-medicinsk brug af psykoaktive stoffer, at kokain i 2006 var det stof, der hyppigst blev indberettet (59 %) efterfulgt af cannabis (31 %), beroligende midler (28 %) og heroin (22 %), og alkohol var ofte forbundet med alle disse stoffer. I en undersøgelse blandt patienter på en hospitalsskadestue i Barcelona for problemer med direkte relation til kokainbrug var de primære symptomer angst eller agitation (48 %), smerter i brystet eller hjertebanken (25 %).

Injektion af kokain og brug af crack er forbundet med de største sundhedsrisici (herunder kardiovaskulære problemer og mentale sundhedsproblemer, forringet sundhed). Disse forværres i reglen af social marginalisering og yderligere specifikke problemer, f.eks. risici i forbindelse med injektion. Samtidig brug af opioider og kokain ser ud til at være forbundet med en større risiko for opioidoverdosis (EONN, 2007a).

Afhængighed er en af de negative konsekvenser af kokainbrug for den enkelte person. En undersøgelse gennemført i USA viste, at omkring 5 % af kokainbrugere kan blive afhængige i det første år, selv om kun omkring 20 % af brugerne udviklede langtidsafhængighed (Wagner and Anthony, 2002). En anden undersøgelse viste, at næsten 40 % af dem, der bliver afhængige, helbredes uden stof- eller alkoholbehandling (Cunningham, 2000). Der er også noget, der tyder på, at mange kokainbrugere kontrollerede brugen af stoffet ved at fastsætte regler, f.eks. for mængde, hyppighed eller i hvilken sammenhæng stoffet bruges (Decorte, 2000).

Problematiske kokainbrug og behandlingsefterspørgsel

Nationale skøn over problematiske kokainbrug (intravenøs brug eller langvarig/regelmæssig brug) foreligger kun for Italien og Spanien, og der foreligger regionale skøn og skøn over crackkokain ⁽⁹⁷⁾ for Det Forenede Kongerige.

Det blev anslået, at der i Italien i 2007 var mellem 3,8 og 4,7 problematiske kokainbrugere pr. 1 000 voksne. Ifølge de seneste data for Spanien var der i 2002 mellem 4,5 og 6 problematiske kokainbrugere pr. 1 000 voksne (15-64 år). Skønnene for problematiske kokainbrugere undervurderer formentlig gruppen, der har behov for behandling eller kortvarige indgreb, fordi socialt integrerede problematiske kokainbrugere kan være underrepræsenterede i de benyttede datakilder.

I 2007 blev kokain, især pulverkokain, af omkring 17 % af alle behandlingsklienter anført som den vigtigste grund til at komme i behandling, hvilket svarer til ca. 61 000 indberettede tilfælde i 25 europæiske lande. Andelen, der rapporterer kokain som deres primære stof, er højere (22 %) blandt dem, der kommer i behandling for første gang.

Der er store udsving landene imellem, hvad angår andelen af kokainklienter blandt både alle og blandt nye klienter. Spanien tegner sig for den højeste andel blandt alle klienter (45 %) og nye klienter (60 %), fulgt af Nederlandene (32 % og 29 %) og Italien (23 % og 26 %). I Belgien, Irland, Cypern, Luxembourg og Det Forenede Kongerige udgør kokainklienterne mellem 11 og 13 % af alle narkotikaklienter og mellem 11 og 19 % af nye klienter. Andre steder i Europa tegner kokain sig for mindre end 10 % af narkotikaklienterne, og syv lande tegner sig for mindre end 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Antallet af klienter, der kommer i behandling for primært kokainbrug, har været stigende i Europa i flere år, selv om tendensen påvirkes kraftigt af nogle få lande. Mellem 2002 og 2007 indberettede Irland, Italien og Spanien de største forholdsmæssige stigninger blandt nye klienter. I lande, hvorfra dataene er tilstrækkelige til at foretage en tendensanalyse over tid, steg antallet af alle klienter, der kom i behandling, og som anførte kokain som deres primære stof, forholdsmæssigt fra 13 til 19 % (baseret på 18 lande) ⁽⁹⁹⁾. For nye behandlingsklienter steg andelen fra 17 til 25 % (baseret på 19 lande). Blandt landene med den højeste andel af kokainklienter har Spanien og Italien siden 2005 meldt om en stabil situation, mens Nederlandene viser en faldende andel af nye klienter, der kommer i behandling for kokain. Andelen er imidlertid nu stigende i andre lande, f.eks. Danmark, Irland, Grækenland og Portugal ⁽¹⁰⁰⁾.

Behandlingsklienters profil

Ambulatorier tegner sig for næsten alle kokainklienter, selv om nogle kokainbrugere behandles på private klinikker,

⁽⁹⁷⁾ Se »Brug af crackkokain i Europa«, s. 67.

⁽⁹⁸⁾ Se figur TDI-2 og tabel TDI-5 (del i) og (del ii) i Statistical bulletin 2009. For Spanien vedrører dataene 2006.

⁽⁹⁹⁾ Omfatter kun klienter, der anfører primært brug af opioider, cannabis, kokain og andre stimulanser.

⁽¹⁰⁰⁾ Se figur TDI-1, TDI-3 og tabel TDI-3 (del i) i Statistical bulletin 2009.

Brug af crackkokain i Europa

Kokain findes i to former i Europa: som kokainpulver (kokain-HCl, hydrokloridsalt) og den mindre anvendte crackkokain (en fri base). Crack ryges oftest og er kendt for at give en intens rus, der kan resultere i problematiske brugsmønstre. Det fremstilles generelt af kokain-HCl i nærheden af de steder, hvor det forhandles og bruges.

Brugen af crack begyndte at vinde frem i USA i midten af 1980'erne, primært i de mest belastede områder i storbyerne og primært blandt etniske minoriteter. Det har været frygtet, at et lignende fænomen kunne opstå i Europa, men indtil videre er der ikke konstateret en alvorlig crackepidemi.

Crackkokain bruges dog i nogle europæiske byer, selv om det er vanskeligt at anslå fænomenets faktiske udbredelse. Rapporter om situationen i London (GLADA, 2004) og Dublin (Connolly et al., 2008) viser også, at der kan forekomme stigninger. I London betragtes crackbrug som en væsentlig del af byens narkotikaproblem, og dens stigning siden midten af 1990'erne tilskrives navnlig en voksende befolkning af opioidbrugere, der også bruger crack.

Det Forenede Kongerige rapporterer om flest behandlingskrav i forbindelse med crack og det største antal beslaglæggelser af stoffet. Et forsøg anslår, at antallet af problematiske crackkokainbrugere i England er 5,2-5,6 pr. 1 000 voksne i 2006-2007. Betydelige crackproblemer rapporteres også af byer i andre europæiske lande.

Crackbrug forekommer primært blandt marginaliserede og dårligt stillede grupper, f.eks. sexarbejdere og problematiske opioidbrugere, og nogle lande rapporterer, at crack bruges af specifikke etniske minoriteter (f.eks. Frankrig, Nederlandene og Det Forenede Kongerige). Blandt socialt integrerede personer, navnlig regelmæssige brugere af pulverkokain, er crackbrug meget usædvanlig (Prinzleve et al., 2004). Persistensen af crackbrug blandt visse grupper og i visse byer understreger dog risikoen for, at den spredes til større dele af befolkningen.

som stort set ikke er repræsenteret i det nuværende overvågningssystem.

Kokainklienter har et af de højeste forhold mellem mænd og kvinder (fem mænd for hver kvinde) og deres gennemsnitsalder er blandt de højeste (omkring 32 år) for narkotikaklienter. Dette er især tilfældet i nogle lande med et stort antal klienter, som primært tager kokain, specielt Italien, hvor forholdet mellem mænd og kvinder er 8:1 og gennemsnitsalderen 35 år. Næsten halvdelen af kokainklienterne begynder at bruge stoffet, inden de er 20 år, og 88 %, inden de er 30 år. Italien, Nederlandene og

Spanien melder om langtidsintervaller (9-12 år) mellem første brug af kokain og første behandling ⁽¹⁰¹⁾.

De fleste kokainklienter sniffer (55 %) eller ryger (32 %) stoffet, og mindre end 7 % injicerer det ⁽¹⁰²⁾. En analyse gennemført i 14 lande i 2006 viste, at omkring 63 % af kokainklienterne er blandingsbrugere. Blandt dem bruger 42 % også alkohol, 28 % cannabis og 16 % heroin. Kokain omtales desuden ofte som et sekundært stof, især blandt klienter med et primært heroinproblem (28 %) ⁽¹⁰³⁾.

Omkring 8 000 klienter rapporteres i 2007 at være kommet i ambulant behandling for primær brug af crackkokain, hvilket udgør 15 % af alle kokainklienter og 2,7 % af alle narkotikaklienter i ambulant behandling. De fleste crackklienter (ca. 6 500) er indberettet af Det Forenede Kongerige, hvor de udgør 45 % af kokainklienterne i behandling. Næsten en fjerdedel (22 %) af primære crackklienter bruger også heroin, og disse klienter melder om høj arbejdsløshed og hjemløshed ⁽¹⁰⁴⁾.

Overordnet er der identificeret to hovedgrupper af kokainklienter blandt dem, der er i behandling: de socialt integrerede individer, der bruger pulverkokain, og en mere marginaliseret gruppe af klienter, der bruger kokain, ofte crackkokain, kombineret med opioider. Den første gruppe sniffer typisk stoffet og bruger det sommetider sammen med andre stoffer, f.eks. alkohol eller cannabis, men ikke med opioider. Nogle medlemmer af denne gruppe henvises til behandling af det strafferetlige system. Den anden gruppe injicerer ofte stoffet, bruger både kokain og opioider, ryger sommetider crack og har dårlige sundhedsmæssige og sociale forhold. Gruppen omfatter tidligere heroinbrugere, der kommer tilbage i behandling for kokainbrug.

Behandling og skadesreduktion

Behandling

I Europa er de offentlige narkotikabehandlingscentre oftest tilpasset til at opfylde opioidbrugeres behov, og centre, der fokuserer på behandling af kokainbrugere, er sjældne og ofte private. Nogle lande (f.eks. Irland, Spanien og Italien) har imidlertid iværksat strategier eller behandlingsprogrammer målrettet mod kokainbrugere, og Frankrig er i gang med at udvikle sådanne programmer.

Kokainbrugeres forskelligartethed og den forskelligartede natur af deres problemer og behov komplicerer organisationen og tildelingen af behandling til dem, der har brug for den. Visse grupper af kokainbrugere er svære

⁽¹⁰¹⁾ Se tabel TDI-10, TDI-11 (del iii), TDI-21 og TDI-103 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁰²⁾ Se tabel TDI-17 (del iv) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁰³⁾ Se det udvalgte tema om blandingsbrug.

⁽¹⁰⁴⁾ Se »Brug af crackkokain i Europa« samt tabel TDI-7 og TDI-115 i Statistical bulletin 2009.

at nå og derfor vanskelige at få i behandling. Marginaliserede brugere, der injicerer kokain, og crackbrugere søger f.eks. ofte ikke hjælp frivilligt. Opsøgende arbejde og andre tiltag anbefales derfor i Irland for at tiltrække brugere, som ellers ikke ville blive nået, til at få behandling (Connolly et al., 2008). Opsøgende behandlingsprogrammer kan desuden være en fordel for visse grupper. Et eksempel herpå gives i en nederlandsk undersøgelse målrettet mod marginaliserede crackbrugere. Behandlingsprogrammet opnåede høje niveauer af efterlevelse og behandlingstilfredshed blandt klienterne. De behandlede meldte om forbedring af sundhed, levevilkår, familiemæssige og sociale relationer samt psykiatrisk status (Henskens et al., 2008).

Det kan også være vanskeligt at få socialt integrerede kokainbrugere i behandling. De kan f.eks. være af den opfattelse, at deres behov ikke er omfattet af behandlingstjenester, hvor opioidbrugere er det primære klientel. Nogle lande melder om foranstaltninger til at overvinde disse problemer. I Italien yder »Progetto nazionale cocaina«, der blev lanceret i 2007, f.eks. specialiserede tjenester med åbningstider, der egner sig bedre til socialt integrerede kokainbrugere og deres familier (f.eks. efter arbejdstid). Et lignende tiltag er rapporteret i Irland, hvor specifikke programmer er udviklet for at tiltrække pulverkokainbrugere.

Det er desuden vigtigt at fastholde problematiske kokain- og crackbrugere i behandling, idet intensiv kokainbrug er forbundet med adfærdsmæssige, sociale og psykologiske funktionsforstyrrelser (f.eks. impulsiv og aggressiv adfærd) samt i nogle grupper med kaotisk livsstil og alvorlig mental og fysisk forværring. Sundhedspersonalet melder således, at det er vanskeligt at fastholde regelmæssigt fremmøde ved behandlingssessioner og en meningsfuld terapeutisk dialog (Connolly et al., 2008). Kokainbrug kan også forstyrre behandlingen af afhængighed af andre stoffer og sætte vellykket heroinafholdenhed på spil. I Tyskland er samtidig kokainbrug f.eks. identificeret som en bestemmende faktor hos dem, der falder fra opioidsubstitutionsbehandling.

Tiltrækning og fastholdelse af brugere i behandling er desuden vanskeligt, når der ikke findes særlige psykosociale tiltag, der kan fremvise en stærk, dokumenteret effektivitet, og ingen effektiv farmakoterapi til at hjælpe afhængige brugere med at fastholde afholdenhed eller nedbringe brug i denne periode.

Disse problemer kan håndteres med udviklingen af specifikke behandlingsprogrammer og uddannelseskurser tilpasset problemerne i forbindelse med kokain- og crackbrug. Irland, Italien og Det Forenede Kongerige

melder om kokainspecifik uddannelse af behandlingspersonale. 11 medlemsstater, herunder alle dem med den højeste kokainbrug og behandlingsefterspørgsel, rapporterer desuden, at specifikke behandlingsprogrammer, ved siden af traditionelle behandlingstjenester, er til rådighed for kokain- eller crackkokainbrugere. Mens nationale eksperter fra Italien, Portugal, Slovenien og Det Forenede Kongerige skønnede, at disse programmer var til rådighed for størstedelen af de kokainbrugere, der havde behov for behandling, anslog eksperter fra Danmark, Tyskland, Irland, Spanien, Frankrig, Nederlandene og Østrig imidlertid, at de kun var til rådighed for et mindretal af dem.

Efter en periode, hvor næsten al forskning stammede fra USA, er der nu gennemført flere undersøgelser af behandlingen af kokainafhængighed i Europa. Et klinisk forsøg i Det Forenede Kongerige undersøger effektiviteten af kognitiv adfærdsterapi sammen med »contingency management« (se EONN, 2008b) til primære kokainbrugere. Ifølge et nyligt Cochranereview har denne kombination givet de bedste resultater af behandlingen af afhængighed af stimulanser (Knapp et al., 2007). Et andet klinisk forsøg i Det Forenede Kongerige undersøger effektiviteten af modafinil sammen med kuponbaseret contingency management blandt patienter, der får opioidsubstitutionsbehandling, og som bruger crackkokain. Modafinil har allerede vist terapeutisk potentiale i adskillige forsøg som et substitutionsmiddel for afhængighed af stimulanser.

I Nederlandene undersøger fem kliniske forsøg i øjeblikket effektiviteten af en række farmaceutiske midler til behandling af kokainafhængighed, herunder dexamfetamin og modafinil. Et andet nederlandsk klinisk forsøg undersøgte kombinationen af et tiltag med styrkelse af fællesskabet og contingency management hos opioidsubstitutionsklienter med kokainafhængighed. Resultaterne viste en betydelig nedgang i brugen af kokain sammenlignet med standardbehandlingen.

Endelig undersøger et fælles spansk og italiensk multicenterforsøg effektiviteten af kokainvaccinen TA-CD. Det er det største forsøg med denne vaccine til dato med adskillige hundrede frivillige deltagere. Indledende sikkerhedsforsøg med TA-CD-vaccinen i USA har vist reduktioner i den subjektive effekt af kokain og i brugen af stoffet, samt bedre fastholdelse i behandling.

Skadesreduktion

Skadesreducerede tiltag, der er målrettet mod problematiske crack- og kokainbrugere er et nyt

arbejdsområde i mange medlemsstater. En af grundene til det begrænsede udbud af foranstaltninger på området, især for crackbrugere, kan være nøglemedarbejderes manglende viden om stoffet, målgruppen og deres behov.

Medlemsstaterne giver normalt intravenøse kokainbrugere samme tilbud og faciliteter som opioidbrugere såsom henstillinger om sikrere brug, uddannelse i sikrere injektion samt nåle- og sprøjteprogrammer. Injektion af kokain kan imidlertid være forbundet med større risiko for fælles brug af injektionsudstyr og med hyppig injektion, som kan medføre sammenklapning af vene, og til injektion i dele af kroppen med højere risiko (f.eks. benene, hænderne,

fødderne samt lysken). anbefalinger af sikrere brug bør derfor tilpasses disse specifikke risici. I nogle lande (f.eks. Belgien og Frankrig) udleveres rene crackpiber i visse lettilgængelige narkotikatjenester.

Skadesreducerende tiltag målrettet mod kokainbrugere i fritidsmiljøer fokuserer primært på at skærpe opmærksomheden. Programmerne tilbyder unge rådgivning og information om de risici, der er forbundet med alkohol og stofbrug i almindelighed, sædvanligvis med materiale om de risici, der er forbundet med kokainbrug.

Kapitel 6

Opioïdbrug og intravenøs stofbrug

Indledning

Heroinbrug, især injektion af stoffet, har været tæt forbundet med problematisk stofbrug i Europa siden 1970'erne. I dag tegner dette stof sig stadig for den største andel af narkotikarelateret sygdom og dødelighed i EU. Der er observeret et fald i brugen af heroin og relaterede problemer i de seneste ti år, om end nyere data tyder på, at tendensen i nogle lande kan have ændret retning. Rapporter om brugen af syntetiske opioïder, f.eks. fentanyl, og injektion af stimulerende stoffer såsom kokain eller amfetaminer, afspejler desuden den stadigt mere multifacetterede karakter af problematisk narkotikaforbrug i Europa.

Udbud og tilgængelighed

Der er traditionelt blevet udbudt to former for importeret heroin på det illegale narkotikamarked i Europa: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform), der hovedsageligt kommer fra Afghanistan, og hvid heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien, selv om denne form for stof nu er betydeligt sjældnere ⁽¹⁰⁵⁾. Endvidere produceres nogle opioïder i Europa, især hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østeuropæiske lande (f.eks. Letland og Litauen).

Produktion og ulovlig handel

Den heroin, der forbruges i Europa, er primært produceret i Afghanistan, som på verdensplan er den største leverandør af illegal opium. De andre producentlande er Myanmar, der hovedsageligt forsyner markederne i Øst- og Sydøstasien, Pakistan og Laos, efterfulgt af Mexico og Colombia, som anses for at være de største leverandører af heroin til USA (UNODC, 2009). Den globale opiumsproduktion anslås at være faldet siden 2007, hvor den nåede et rekordniveau, og det skyldes først og fremmest et fald i den afghanske produktion fra 8 890 tons til ca. 8 000 tons i 2008. Det seneste skøn over den globale potentielle heroinproduktion er 735 tons i 2007 (UNODC, 2009). Det stigende antal

laboratorier, der er blevet lukket i Afghanistan i det sidste par år, tyder på, at opium i stigende grad bliver omdannet til morfin eller heroin inden for landets grænser. Dog viser de store beslaglæggelser af opium og morfin i nabolandene (Pakistan, Iran), at en stor del af forarbejdningen også finder sted uden for Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroinen føres ind i Europa ad navnlig to større smuglerruter. Dels den traditionelt vigtige Balkanrute og dens talrige forgreninger, efterfulgt af transit gennem Pakistan, Iran og Tyrkiet, hvor den største mængde er beslaglagt, dels den stadigt mere brugte »nordlige« rute via Centralasien og Den Russiske Føderation, hvor heroin indsmugles f.eks. til Polen direkte med tog (INCB, 2009a)

Tabel 9: Heroin – produktion, beslaglæggelse, pris og renhed

Produktion og beslaglæggelser	Heroin
Anslået globalt produktionspotentiale (tons) ⁽¹⁾	735
Global beslaglagt mængde Heroin (tons) Morfin (tons)	65 27
Beslaglagt mængde (tons) EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	8,8 (22)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	56 000 (58 000)
Pris og renhed i Europa	Brun heroin
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	14-119 (35-77)
Gennemsnitlig renhed (%) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	9-50 (16-27)
⁽¹⁾ UNODC's tal er baseret på organisationens beregning af den globale produktion af ulovligt opium (8 870 tons i 2008) (UNODC, 2009).	
⁽²⁾ Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser eller renhed.	
NB: Data er for 2007 med undtagelse af det anslåede globale produktionspotentiale.	
Kilder: Verdensnarkotikarapporten fra De Forenede Nationers Program for Narkotikakontrol (2009) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.	

⁽¹⁰⁵⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer se s. 39.

eller til Norge via Litauen. Der er rapporteret om sekundære smuglerruter for heroin fra Sydvestasien, f.eks. fra Afghanistan og Pakistan med fly via lande i Mellemøsten og Østafrika til illegale markeder i Europa (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroin fra Sydvestasien smugles også direkte til Europa (Det Forenede Kongerige) med fly fra Pakistan. I EU spiller Nederlandene og i mindre grad Belgien en vigtig rolle som sekundære distributionscentre (Europol, 2008).

Beslaglæggelser

På verdensplan voksede de indberettede beslaglæggelser af opium markant i 2007 til 510 tons, idet Iran tegnede sig for 84 % heraf. På verdensplan faldt indberettede beslaglæggelser af morfin kraftigt til 27 tons, mens globale beslaglæggelser af heroin steg en smule til 65 tons. De største beslaglæggelser af heroin blev indberettet af Iran (25 % af den samlede mængde på verdensplan) efterfulgt af Tyrkiet og Afghanistan (UNODC, 2009).

I Europa førte anslået 58 000 beslaglæggelser til konfiskation af 22 tons heroin i 2007. Det Forenede Kongerige indberettede fortsat det højeste antal beslaglæggelser, mens Tyrkiet igen indberettede den største beslaglagte mængde med 13,2 tons i 2007 ⁽¹⁰⁶⁾. Data for årene 2002-2007 fra 25 rapporterende lande viser, at antallet af beslaglæggelser efter et fald det første år er steget konstant siden 2003. Den generelle tendens i mængden af konfiskeret heroin i Tyrkiet er forskellig fra tendensen observeret i EU. Mens Tyrkiet meldte om en femdobbel stigning i mængden af beslaglagt heroin mellem 2002-2007, har mængden beslaglagt i EU vist et generelt fald i perioden, bortset fra en stigning fra 2006 til 2007.

De globale beslaglæggelser af eddikesyreanhydrid (der bruges til fremstilling af heroin) steg til 56 300 liter i 2007, hvoraf næsten halvdelen blev konfiskeret i Rusland (25 000 liter) efterfulgt af Tyrkiet (13 300 liter) og Slovenien (6 500 liter) (INCB, 2009b). INCB anslår, at »næsten 80 %« af den eddikesyreanhydrid, der bruges i afghanske heroinlaboratorier smugles gennem Øst- og Sydøsteuropa, og opfordrer Europa-Kommissionen og EU's medlemsstater til at forebygge omledning af eddikesyreanhydrid fra det indre marked (INCB, 2009a).

Renhed og pris

I 2007 svingede den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin mellem 15 og 30 % i de fleste indberettende lande, men der blev også meldt om værdier under 15 % i Frankrig (12 %) og Østrig (9 %) og højere værdier i Det

Forskellige heroinpriser på markedet

Overvågning af narkotikapriser er et vigtigt redskab for at forstå narkotikamarkedene. EONN indsamler data om detailpriser, normalt udtrykt i EUR pr. gram, dosis eller pille. Ud fra disse oplysninger kan den pris, som en bruger typisk betaler for et bestemt stof i et europæisk land, anslås. Prisændringer over tid kan påpege mulige ændringer i forsyningen af eller efterspørgslen efter stoffer. Oplysninger om engrospriser, dvs. den pris, som narkotikahandlerne betaler til de store distributører på det marked, hvor stoffet bruges, er en anden nyttig indikator, der giver indsigt i markedets overskud.

Sammenlignelige data om både engros- og detailpriser for 2007 findes kun for enkelte lande (Tjekkiet, Tyskland, Spanien, Rumænien og Det Forenede Kongerige). Blandt disse lande varierer den rapporterede engrospris for heroin fra 12,5 EUR til 35,8 EUR pr. gram, og den gennemsnitlige detailpris varierer fra 36 EUR til 62,7 EUR i de tilgængelige tilfælde. På både engros- og detailniveau på markedet rapporteres de laveste priser for Rumænien og de højeste for Spanien. Forholdet mellem detail- og engrospriserne varierer også betydeligt: fra 1,6:1 i Tjekkiet til 2,8:1 i Det Forenede Kongerige. Mulige forskelle i stoffets renhed enten mellem lande og markedsniveauer eller over tid, betyder, at sammenligninger skal foretages med forsigtighed. Analysen på dette område kan dog være informativ, især hvad angår tendenser over tid, da den kan påvise vigtige ændringer på markedet.

Forenede Kongerige (50 %) og Norge (35 %). Den typiske renhed for hvid heroin lå generelt højere (30-50 %) i nogle få europæiske lande, der indberettede data ⁽¹⁰⁷⁾.

Detailprisen for brun heroin var fortsat højere i de nordiske lande end i resten af Europa, idet Sverige meldte om en gennemsnitspris på 119 EUR pr. gram og Danmark 96 EUR. I ti andre lande svingede detailprisen for brun heroin mellem 30 og 80 EUR pr. gram, mens gennemsnitsprisen for ét gram af stoffet i Tyrkiet var 15 EUR. I perioden 2002-2007 faldt detailprisen for brun heroin i syv af de 12 europæiske lande, der indberettede tidstendenser, og steg i fem. Detailprisen for hvid heroin er kun indberettet af nogle få europæiske lande, og den lå mellem 31 og 151 EUR pr. gram.

Skøn over udbredelsen af problematisk opioidbrug

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra EONN's indikator for problematisk stofbrug, som hovedsageligt omfatter intravenøs stofbrug og brug af opioider, selv om brugere af amfetaminer eller kokain også udgør et vigtigt element

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabel SZR-7 og SZR-8 i Statistical bulletin 2009. NB: Hvor der mangler data for 2007, bruges de tilsvarende data for 2006 til at anslå samlede mængder for Europa. Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Se tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2009 for oplysninger om renhed og pris.

i nogle få lande. Det skal bemærkes, at mange lande indberetter, at de fleste »problematisk opioidbrugere« kan beskrives som blandingsbrugere, der også bruger opioider. I lyset af den relativt lave udbredelse og denne stofbrugstypes skjulte natur kræves der statistiske ekstrapoleringer for at nå frem til prævalensskøn på grundlag af de foreliggende datakilder.

Udbredelsen af problematisk opioidbrug i de europæiske lande i perioden 2002-2007 anslås til ca. 1-6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64; den samlede udbredelse af problematisk stofbrug anslås at ligge på fra under 3-10 tilfælde pr. 1 000. De lande, der indberettede de laveste, veldokumenterede skøn over problematisk opioidbrug er Tjekkiet, Letland, Polen og Finland (selv om både Tjekkiet og Finland har mange problematiske amfetaminbrugere), mens de højeste skøn kommer fra Spanien, Italien, Malta og Østrig (figur 10).

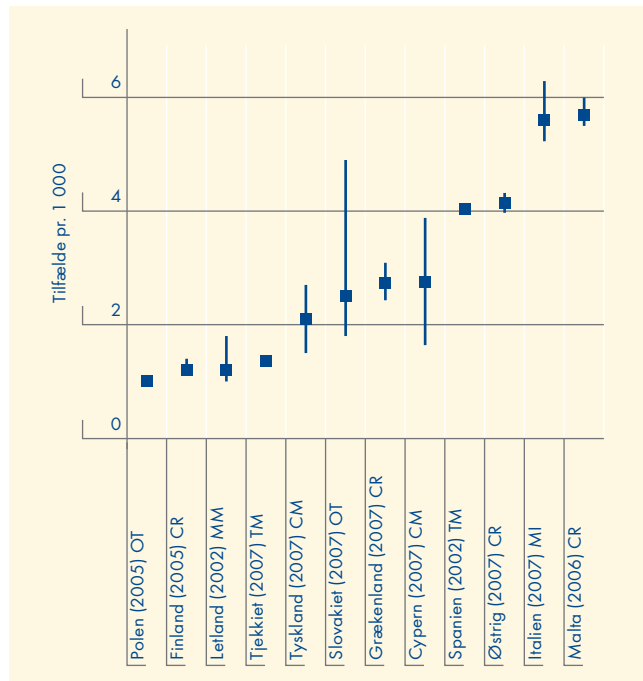
Den gennemsnitlige udbredelse af problematisk opioidbrug i de lande, der fremlægger data, anslås at være mellem 3,6-4,6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64. Hvis man antager, at dette afspejler EU som helhed, svarer det til ca. 1,4 millioner (1,2-1,5 millioner) problematiske opioidbrugere i EU og Norge i 2007 ⁽¹⁰⁸⁾. Problematisk opioidbrugere, som er i fængsel, især dem, der afsoner længere straffe, kan være underrepræsenterede i dette skøn.

Opioidbrugere i behandling

Opioider, især heroin, anføres fortsat som det vigtigste stof af størstedelen af dem, der søger behandling i Europa. Der er imidlertid betydelige forskelle i Europa i andelen af stofbrugere, der kommer i behandling for problemer med relation til disse stoffer. Opioidklienter udgør mere end 90 % af de klienter, der kommer i behandling i Bulgarien og Slovenien, mellem 50 og 90 % i 15 lande og mellem 10 og 49 % i yderligere ni lande ⁽¹⁰⁹⁾. Af de ca. 325 000 klienter, der kom i behandling, og hvor det primære stof kendes, anførte alt i alt 49 % heroin som deres primære stof. Hvis andre opioider medtages, stiger dette tal til 55 % af disse klienter ⁽¹¹⁰⁾. I nogle lande er både andelen og antallet af påbegyndte behandlinger relateret til opioider, bortset fra heroin, steget i de seneste år ⁽¹¹¹⁾.

Mange opioidbrugere indgår i langtidsplejeprogrammer. Dette afspejles i en høj andel af primære opioidbrugere blandt stofbrugere, der allerede er i behandling. En ny

Figur 10: Skøn over den årlige prævalens af problematisk opioidbrug (tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)



NB: Symbolet angiver et punktestimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval, som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse. Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Ikke-standardiserede aldersgrupper blev anvendt i undersøgelser fra Finland (15-54 år), Malta (12-64 år) og Polen (alle aldre). Alle tre værdier blev justeret til befolkning på 15-64 år, idet man antog, at stofbrug i andre aldersgrupper var ubetydeligt. For Tysklands og Cyperns vedkommende repræsenterer intervallet det laveste henholdsvis det højeste af alle eksisterende skøn, og punktestimatet et simpelt gennemsnit af middelpunkter. Estimeringsmetoder: CR = capture-recapture, TM = treatment multiplier, MI = multivariate indicator, MM = mortality multiplier, CM = combined methods, OT = other methods. Se yderligere oplysninger i figur PDU-1 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

analyse af data om klienter i narkotikabehandling i 14 lande viste, at primære opioidbrugere tegnede sig for 61 % af alle narkotikaklienter i behandling, men kun for 38 % af de klienter, der kommer i behandling for første gang ⁽¹¹²⁾. Procentdelen af primære opioidbrugere blandt disse klienter, som var i behandling mere end ét år, blev rapporteret at være mere end 50 % i alle de lande, der deltog i undersøgelsen.

Klienter, der kommer i behandling for primær opioidbrug, melder ofte om brugen af andre stoffer. I 2006 viste en analyse af data fra 14 lande, at 59 % af heroinklienterne bruger et sekundært stof, hovedsageligt kokain (28 %), cannabis (14 %) og alkohol (7 %) ⁽¹¹³⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Dette skøn er justeret fra 1,5 til 1,4 millioner på baggrund af nye data. På grund af store konfidensintervaller og det forhold, at skønnet er baseret på data fra forskellige år, er det ikke muligt at konkludere, at det nye skøn viser et fald i udbredelsen af problematisk opioidbrug i Europa.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabel TDI-113 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹¹¹⁾ Se »Misbrug af receptpligtige opioider«, s. 76.

⁽¹¹²⁾ Se tabel TDI-38 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹¹³⁾ Se det udvalgte tema om blandingsbrug i 2009.

Forekomst af problematisk opioidbrug

Det er nødvendigt at overvåge forekomsten af problematisk stofbrug — det antal personer, der begynder at bruge et stof i løbet af et år, og som bliver problematiske stofbrugere — for at kortlægge tendenserne i Europas narkotikasituation og udforme passende politikker og tiltag.

EONN har stimuleret forskningen i beregningen af forekomsten af problematisk stofbrug og har for nylig udgivet retningslinjer om dette emne (Scalia Tomba et al., 2008). EONN har i samarbejde med universitetet i Zürich iværksat et forsøg, som skal teste en ny endagsmetode, der bruger fordelingen af latenstid (tid til behandling) i en tværsnitsgruppe af behandlede heroinbrugere. Denne metode bruger en funktion, der beskriver sandsynligheden for at komme i substitutionsbehandling (General Inclusion Function, GIF), når adgangen til behandling ikke begrænses, under hensyntagen til latenstid, dødelighed og raterne for at stoppe stofbrugen. Beregninger kan udledes af behandlingsdata for en enkelt dag, mens de fastlagte metoder skal have lange tidsintervaller, der dækker mindst 8-10 år.

Forsøget blev gennemført i seks EU-lande (Spanien, Italien, Malta, Nederlandene, Slovakiet og Det Forenede Kongerige) og viste, at GIF-metoden gør det muligt at anslå forekomsten af problematisk heroinbrug selv med ufuldstændige datasæt for substitutionsbehandling. I mindst fem regioner blev der ved hjælp af beregningerne af forekomst udledt prævalensestimater, der var i god overensstemmelse med andre eksisterende estimater (f.eks. baseret på capture-recapture-metoden).

GIF-metoden er tilsyneladende robust og kan i tillæg til forekomstberegninger give omkostningseffektive estimater af prævalensen af problematisk opioidbrug samt dækningen af substitutionsbehandling og deres ændringer over tid. Fremtidigt arbejde kan omfatte forsøg i andre EU-lande, analyser af geografiske og kønsmæssige forskelle og indgiftsmåder.

Tendenser i problematisk opioidbrug

Det begrænsede antal gentagne skøn af incidensen og udbredelsen af problematisk opioidbrug gør det sammen med den statistiske usikkerhed ved individuelle skøn vanskeligt at anslå tidstendenser. Data fra ni lande med gentagne prævalensskøn i perioden 2002-2007 tyder på en forholdsvis stabil situation. En tilsyneladende stigning i Østrig indtil 2005 er ikke bekræftet i nye data. For andre steder foreligger der oplysninger, som kan tyde på nylige ændringer. På Cypern viser et skøn fra 2007, at der har været en betydelig stigning i problematisk opioidbrug, som er blevet forbundet med en stigning i udlændinge i behandling ⁽¹¹⁴⁾. Oplysninger fra det franske »TREND«-system, som gør brug af både kvalitative og kvantitative

data, peger på spredningen af heroin til nye brugergrupper, som foruroligende omfatter socialt integrerede individer og besøgende til »techno«-parties.

Selv om der ikke foreligger tilstrækkelige og aktuelle skøn over incidens for og udbredelse af problematisk opioidbrug, kan det stadig være muligt at analysere tendenser over tid ved hjælp af andre, primært indirekte, indikatorer, f.eks. data for behandlingsefterspørgsel. Baseret på en stikprøve bestående af 19 lande steg det samlede antal primære heroinbrugere, der kom i behandling, mellem 2002 og 2007. Fokus på en senere tidsramme viser, at brugere, der kommer i behandling for primært heroinbrug, steg både i antal og som en andel af alle narkotikaklienter i otte lande mellem 2006 og 2007. Stigningerne fulgte ofte markante fald i tidligere år. Siden så tidligt som 2004 indberettede ti lande desuden stigninger i både antallet og andelen af nye klienter, der kom i behandling med heroin som det primære stof ⁽¹¹⁵⁾.

Andre indikatorer støtter denne analyse. Data om narkotikaforårsagede dødsfald i 2007, som oftest er forbundet med opioidbrug, tyder ikke på en tilbagevenden til den faldende tendens, der observeredes indtil 2003 (se kapitel 7). Mere end halvdelen af de indberettende lande rapporterede et øget antal narkotikaforårsagede dødsfald mellem 2006 og 2007 ⁽¹¹⁶⁾. Et fald konstateret i antallet af heroinbeslaglæggelser i EU indtil 2003 er nu ligeledes erstattet af en stadig stigning. I de nyeste data om narkotikalovovertrædelser kan der også observeres en stigning i antallet af heroinrelaterede tilfælde.

De foreliggende data tyder på, at den faldende tendens i opioidindikatorerne observeret indtil 2003 har stabiliseret sig. Det fremgår muligvis tydeligst siden 2003 i beslaglæggelser og narkotikaforårsagede dødsfald og efter 2004 i nye behandlingsanmodninger med relation til heroinbrug. Disse ændringer er sket parallelt med en øget opiumproduktion i Afghanistan, hvilket giver anledning til bekymring for, at disse ting hænger sammen som følge af en øget tilgængelighed af heroin på det europæiske marked.

Intravenøs stofbrug

Udbredelse af intravenøs stofbrug

Intravenøse stofbrugere er blandt dem, der har den højeste risiko for at få sundhedsproblemer på grund af deres stofbrug såsom blodbårne infektioner (f.eks. hiv/aids, hepatitis) eller narkotikaforårsagede dødsfald. Kun 12 lande kunne fremlægge nylige skøn over udbredelsen

⁽¹¹⁴⁾ Se tabel PDU-6 (del ii) og PDU-102 i Statistical bulletin 2009 for fuldstændig information, herunder konfidensintervaller.

⁽¹¹⁵⁾ Se tabel TDI-3 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹¹⁶⁾ Se tabel DRD-2 (del i) i Statistical bulletin 2009.

EONN: udvalgt tema om intravenøs stofbrug

Intravenøs stofbrug er en af hoveddeterminanterne for alvorlige folkesundhedsproblemer blandt stofbrugere, herunder hiv/aids, hepatitis C og overdoser. På tværs af Europa varierer prævalensen og tendenserne for intravenøs stofbrug mellem medlemsstaterne og kan variere over tid. Alternative indgiftsmåder (f.eks. rygning) kan forekomme samtidig med intravenøs stofbrug, og stofbrugere kan skifte indgiftsmåde.

Det udvalgte tema fokuserer på situationen og tendenserne i forbindelse med intravenøs stofbrug og på specifikke tiltag målrettet mod intravenøse stofbrugere i Europa. Udgivelsen drøfter også den mulige baggrund for det fald i intravenøs stofbrug, der er observeret i nogle lande og regioner, og hvorfor niveauerne stadig er høje (eller stigende) i andre regioner. Den drøfter også tiltag og politikker, der har til formål at reducere intravenøs stofbrug, og som kan få brugerne til at benytte mindre skadelige indgiftsmåder.

Dette udvalgte tema findes kun på engelsk i udskrift og på internettet: (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>) fra december 2009.

af intravenøs stofbrug ⁽¹¹⁷⁾ til trods for deres betydning for folkesundheden. Det er derfor fortsat en stor udfordring for udviklingen af sundhedsovervågningssystemerne i Europa at forbedre niveauet af de tilgængelige informationer om denne specielle gruppe.

De foreliggende skøn tyder på store forskelle i udbredelsen af intravenøs stofbrug mellem landene. Skønnene ligger mellem mindre end et og fem tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 for de fleste lande med et usædvanligt højt niveau på 15 tilfælde pr. 1 000 indberettet i Estland.

De manglende data gør det vanskeligt at drage konklusioner om tidstendenser i udbredelsen af intravenøs brug, selv om de foreliggende data tyder på en stabil situation i Tjekkiet, Grækenland, Det Forenede Kongerige og Norge ⁽¹¹⁸⁾. Der blev desuden observeret en stigning i Cypern.

Data fra undersøgelser af smitsomme sygdomme giver også oplysninger med nationale forskelle og ændringer over tid med hensyn til intravenøs stofbrug. Sammenligninger mellem landene skal imidlertid foretages med forsigtighed som følge af variationen i de anvendte rekrutteringsmiljøer. Tre lande havde forholdsvis store andele (over 20 %) af nye intravenøse stofbrugere (der har injiceret i under to år),

hvilket muligvis antyder betydelig ny rekruttering til intravenøs brug. I ti andre lande var andelen under 10 % ⁽¹¹⁹⁾. En anden indikator for nyere første intravenøse brug er andelen af unge intravenøse brugere (under 25 år) i stikprøverne. Disse udgjorde mere end 40 % af intravenøse stofbrugere, der var udvalgt til stikprøven i Tjekkiet, Estland, Letland, Litauen, Østrig, Rumænien og Slovakiet, mens mindre end 20 % af de intravenøse brugere i stikprøven var under 25 år i 11 andre lande.

Intravenøs brug blandt opioidbrugere

Intravenøs brug rapporteres hyppigt som den normale indgiftsmåde af opioidbrugere, der kommer i behandling, og tegner sig for mere end halvdelen af opioidklienter i de fleste lande, med mellem 25 og 50 % i syv lande og mindre end 25 % i fem lande. Danmark og Nederlandene indberetter de laveste andele af intravenøse brugere blandt opioidbrugere, der kommer i behandling, og Letland, Litauen og Rumænien indberetter de højeste andele ⁽¹²⁰⁾. Indberetninger om behandling tyder også på, at der kan være betydelig forskel på populariteten af intravenøs brug blandt opioidbrugere i de enkelte lande. I de selvstyrende regioner af Spanien ligger andelen af intravenøse brugere blandt nye opioidklienter f.eks. fra 0,9 til 47,2 %.

Blandt opioidbrugere, der kom i behandling for første gang, er andelen, der anførte, at de injicerer stoffet (42 %), lavere end blandt alle opioidbrugere, der kom i behandling (44 %). Dette er tilfældet i næsten alle de 22 indberettende lande. En analyse af dataene for stofbrugere i behandling i 14 lande viste, at injektion blandt alle stofbrugere i behandling fortsat er høj, 62 %, selv om der er nogle markante undtagelser, f.eks. Nederlandene med et tal på 6,1 % ⁽¹²¹⁾.

Andelen af intravenøse brugere blandt heroinbrugere, der kom i behandling, faldt fortsat i 2007. Denne tendens er nu tydelig i nogle lande, hvor den ikke tidligere var observeret (f.eks. Tjekkiet og Tyskland). Mellem 2002 og 2007 er andelen af intravenøse brugere blandt primære opioidklienter, der kom i behandling, faldet i de fleste lande, og 13 lande indberettede statistisk signifikante fald. To lande, Bulgarien og Slovakiet, meldte imidlertid om en stigning i denne periode ⁽¹²²⁾.

Andre undersøgelser bekræfter generelt en nedadgående tendens for injektion blandt opioidbrugere. I Frankrig er der f.eks. observeret et fald i udbredelsen af intravenøs

⁽¹¹⁷⁾ Se figur PDU-2 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabel PDU-6 (del iii) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Se figur PDU-3 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹²⁰⁾ Se tabel PDU-104, TDI-5 og TDI-17 (del v) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹²¹⁾ Se tabel TDI-17 (del v) og TDI-38 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹²²⁾ Se tabel TDI-4 og TDI-5 i Statistical bulletin 2006 og 2009.

Misbrug af receptpligtige opioider

Smertestillende opioider er de stærkeste lægemidler, der findes til afhjælpning af alvorlige og kroniske smerter. Opioider bruges også som substitutionsmidler i behandlingen af opioidafhængighed. Disse lægemidler, som er receptpligtige, kan misbruges, og det kan have sundhedsskadelige virkninger i form af afhængighed, overdoser og injektionsskader. Receptpligtige opioider kommer i nogle tilfælde ind på det ulovlige stofmarked ved, at substitutionsstoffer ulovligt anvendes til andre formål end det tiltænkte. Internetapoteker spiller tilsyneladende også en væsentlig rolle i udbuddet af receptpligtige opioider i USA (INCB, 2009a), men deres rolle i Europa er tilsyneladende begrænset. I Europa har udvidelsen af ordinerings af substitutionsstoffer til opioidafhængige stofbrugere været ledsaget af flere og flere rapporter om misbrug af disse stoffer.

Andre opioider end heroin anføres som primært stof af ca. 5 % (17 810) af de klienter, der kommer i stofbehandling i Europa. De hyppigst anførte stoffer er: buprenorphin, som i Finland anføres som primært stof ved 41 % af alle behandlingsanmodninger og i Frankrig ved 7 %, metadon, som tegner sig for 18,5 % af alle behandlingsanmodninger i Danmark, og andre receptpligtige opioider i Letland, Østrig og Sverige, hvor de tegner sig for mellem 5 % og 15 % af alle behandlingsanmodninger (¹). Tjekket rapporterede også et anslået antal problematiske buprenorphinbrugere på 4 250 i 2007. Dette afspejlede primært en ændring i de stoffer, der anvendes af problematiske heroinbrugere, men ikke en stigning i den samlede prævalens af problematisk opioidbrug. Det tyske Phar-Mon-system, som overvåger en række lægemidler, der kan misbruges, registrerede også en stigning i misbruget af receptpligtige opioider, hvor substitutionsstoffer spiller en vigtigere rolle end smertestillende midler (Roesner og Küfner, 2007).

Misbruget af receptpligtige opioider rejser vigtige problemstillinger vedrørende forebyggelse af spredningen af substitutionsstoffer og smertestillende opioidmidler til det ulovlige marked. Samtidig skal det sikres, at den lovlige brug af disse stoffer ikke påvirkes (Cherny et al., 2006).

(¹) See Table TDI-113 in the 2009 statistical bulletin.

brug i behandlingsdataene siden 2001, og undersøgelser afslører, at første brug af heroin i stigende grad er forbundet med snifning, og intravenøs brug ser nu ud til at forekomme på et senere tidspunkt i stofbrugerkarrieren end tidligere.

Behandling af problematisk opioidbrug

Klienter, der kommer i ambulant behandling for primært opioidbrug, er i gennemsnit 33 år, og næsten alle lande

Comorbiditet: stofbrug og mentale lidelser

Comorbiditet er den ofte ikke-anerkendte samtidige forekomst af stofbrugsproblemer og psykiatriske lidelser hos samme person. Undersøgelser har identificeret både en forhøjet prævalens af psykiatriske problemer blandt patienter i stofbehandling og en forhøjet prævalens af stofproblemer blandt patienter i psykiatrisk behandling (EONN, 2005).

De mentale lidelser, der oftest rapporteres blandt stofbrugere i Europa, omfatter depression, angst, skizofreni, personlighedsforstyrrelser og ADHD. Specifik behandling til stofbrugere med comorbiditet i Europa er stadig begrænset. Nationale eksperter rapporterer, at specifikke programmer findes i 18 lande. I 14 af disse lande er de dog kun tilgængelige for et fåtal af de klienter, der har behov for dem. I syv andre lande er der slet ingen dedikerede programmer, men fem af dem har planer om at udvikle sådanne programmer inden for de kommende tre år.

Et europæisk prospektivt multicenterforsøg (Isadora) er netop blevet gennemført med deltagelse af patienter med flere diagnoser fra akutte psykiatriske afdelinger (¹). Resultaterne heraf fremhæver vanskelighederne i forbindelse med komparative analyser på dette område og understreger behovet for en mere harmoniseret tilgang til diagnosticering, behandling og undersøgelse af comorbiditet i Europa (Baldacchino et al., 2009).

(¹) <http://isadora.advsh.net/>

har indberettet en stigning siden 2003 (¹²³). Kvindelige klienter, opioidbrugere, der kommer i behandling for første gang, og brugerne i de medlemsstater, der har tilsluttet sig EU siden 2004, er i gennemsnit yngre end deres modpart.

Kvindelige stofbrugere anses for at være en særligt sårbar gruppe. Generelt er forholdet mellem mænd og kvinder blandt opioidbrugere 3,5:1, selv om kvinder udgør en større andel af opioidklienterne i nordeuropæiske lande (f.eks. Sverige og Finland) og en mindre andel i sydeuropæiske lande (f.eks. Grækenland, Italien og Portugal) (¹²⁴).

Opioidbrugere, der kommer i behandling, anfører højere ledighedsprocent og lavere uddannelsesniveau end andre klienter (se kapitel 2). Der meldes om et højt niveau af psykiatriske forstyrrelser i denne gruppe. En italiensk undersøgelse viste f.eks., at de fleste (72 %) narkotikaklienter i behandling med en samtidig psykiatrisk morbiditet var primære opioidbrugere (¹²⁵).

Næsten alle de opioidbrugere, der kommer i behandling, har brugt opioider første gang, inden de blev 30 år, og

(¹²³) Se tabel TDI-10, TDI-32 og TDI-103 i Statistical bulletin 2009.

(¹²⁴) Se tabel TDI-5 og TDI-21 i Statistical bulletin 2009.

(¹²⁵) Se også »Comorbiditet: stofbrug og mentale lidelser«.

omkring halvdelen, inden de blev 20 år. Der angives et gennemsnitligt tidsinterval på omkring otte år mellem første brug af opioider og første kontakt med narkotikabehandling ⁽¹²⁶⁾.

Behandlingsudbud og -dækning

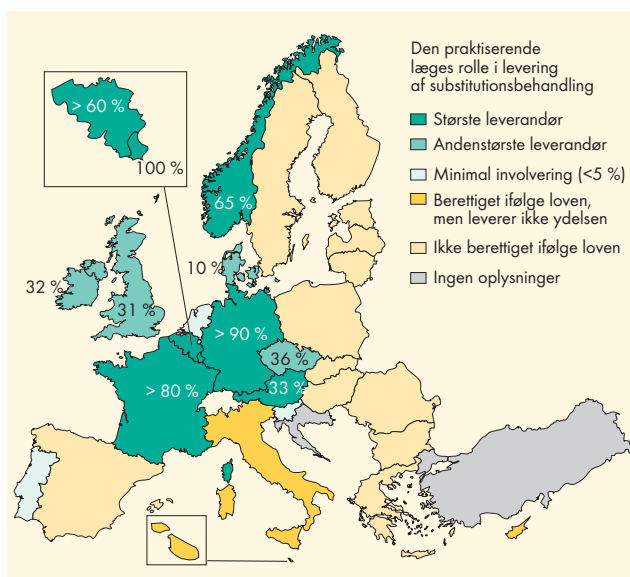
Behandlingen af opioidbrugere foregår oftest i ambulatorier, der kan omfatte specialiserede centre, praktiserende læger og lavtærskeltjenester (se kapitel 2). I nogle få lande spiller døgnbehandlingscentre en stor rolle i behandlingssystemet, navnlig i Bulgarien, Grækenland, Finland og Sverige ⁽¹²⁷⁾. Der er et bredt og i stigende grad differentieret udvalg af muligheder til rådighed i Europa til behandlingen af opioidafhængighed, selv om det varierer geografisk med hensyn til tilgængelighed og dækning. Der er mulighed for stoffri behandling og substitutionsbehandling for opioidbrug i alle EU-medlemsstater, Kroatien og Norge. I Tyrkiet undersøger man i øjeblikket den fremtidige brug af substitutionsbehandling.

Stoffri behandling er et terapeutisk tiltag, som normalt kræver, at personen afholder sig fra alle stoffer, herunder substitutionsmedicin. Patienterne deltager i daglige aktiviteter og modtager intensiv psykologisk støtte. Selv om stoffri behandling kan foregå både i ambulatorier og på døgnbehandlingscentre, er den mest anvendte type indberettet af medlemsstaterne stationære programmer, som gør brug af terapeutiske fællesskabsprincipper eller Minnesotamodellen.

Substitutionsbehandling, normalt integreret med psykosocial støtte, gives generelt i specialiserede ambulatorier. Tretten lande rapporterer, at substitutionsbehandling også gives af praktiserende læger, sædvanligvis i delte omsorgsordninger med specialiserede behandlingscentre (se figur 11). I Tjekkiet, Frankrig, Nederlandene, Portugal, Det Forenede Kongerige og Kroatien kan alle praktiserende læger give substitutionsbehandling, mens kun læger, der er specifikt uddannede eller godkendte, kan give behandlingen i Belgien, Danmark, Tyskland, Irland, Luxembourg, Østrig og Norge. En række lande melder om, at praktiserende lægers engagement har medvirket til at forbedre tilgængeligheden og dækningen af substitutionsbehandling, idet det har forbedret den geografiske dækning, reduceret ventetider og lettet adgangen til behandling (Tjekkiet, Tyskland, Frankrig, Østrig og Det Forenede Kongerige).

Ifølge ekspertskøn er der forholdsvis god adgang til opioidsubstitutionsbehandling i 16 lande, hvor

Figur 11: Praktiserende lægers levering af ydelsen opioidsubstitutionsbehandling fra egen praksis



NB: Den andel af substitutionsbehandlingsklienterne, som modtager deres behandling af den praktiserende læge i lokalsamfundet, fremgår af kortet.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

behandlingen er til rådighed for mindst halvdelen af opioidbrugerne (se kapitel 2). I disse lande er stoffri behandling den foretrukne behandling for mellem 10 og 25 % af opioidbrugerne. I yderligere ti lande (Estland, Grækenland, Letland, Litauen, Ungarn, Polen, Rumænien, Slovakiet, Finland og Norge) anslås substitutionsbehandling at være til rådighed for et mindretal af opioidbrugerne. Det kan skyldes, at stoffri behandling er den foretrukne behandling, især for yngre klienter eller førstegangsklienter, eller at det er vanskeligt at få adgang til substitutionsbehandling. I Grækenland er ventetiden til opioidsubstitutionsbehandling f.eks. I gennemsnit mere end tre år.

Udbud af psykosocial støtte anses for at være vigtigt for at sikre, at substitutionsbehandling er effektiv. I henhold til ekspertskøn gives støtten til næsten alle substitutionsklienter i syv lande (Grækenland, Italien, Letland, Portugal, Rumænien, Slovakiet og Det Forenede Kongerige) og til størstedelen af dem i yderligere 14 lande. I fire lande (Estland, Luxembourg, Ungarn og Nederlandene) anslås støtten kun at blive givet til et mindretal af klienter i substitutionsbehandling.

Det skønnes, at det samlede antal klienter, der fik substitutionsbehandling i EU, Kroatien og Norge var omkring 650 000 i 2007, hvilket er en stigning i forhold til 560 000 i 2005 og 500 000 i 2003. De foreliggende data viser en stigning i alle lande undtagen Spanien, hvor

⁽¹²⁶⁾ Se tabel TDI-11, TDI-33, TDI-107 og TDI-109 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹²⁷⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2009.

antallet, der fik substitutionsbehandling, har været faldende siden 2002, og Frankrig, Luxembourg, Ungarn og Nederlandene, hvor der meldes om små fald eller stabile tal. Blandt de lande, der har udvidet deres udbud af substitutionsbehandling, er de største stigninger observeret i Estland, hvor antallet af klienter på fem år steg fra 60 til mere end 1 000, og Bulgarien, hvor antallet af behandlingspladser steg fra 380 til næsten 3 000 mellem 2003 og 2007. Antallet af klienter i substitutionsbehandling er også mere end fordoblet i denne periode i Tjekkiet, Letland, Finland og Norge, mens der er meldt om stigninger på mere end 40 % i Grækenland, Polen, Portugal, Rumænien og Sverige.

En simpel sammenligning af det skønnede antal problematiske opioidbrugere og antallet af givne behandlinger tyder på, at mere end 40 % kunne være i substitutionsbehandling. Der mangler imidlertid stadig præcision i begge datasæt, og skønnet skal betragtes med forsigtighed. Af samme grund er det vanskeligt at foretage sammenligninger, selv om de foreliggende data viser betydelige forskelle landene imellem i andelen af problematiske opioidbrugere, der modtager substitutionsbehandling, idet de anslåede andele ligger på fra 5 % til over 50 % ⁽¹²⁸⁾.

De fleste substitutionsklienter i Europa får metadon (70 %), men antallet af lande, hvor dette er det eneste ordinerede stof, er faldende, idet buprenorphin nu er til rådighed i alle EU-medlemsstater undtagen fire (Bulgarien, Spanien, Ungarn og Polen). I Tjekkiet, Frankrig, Letland og Sverige får mere end 50 % af klienterne i substitutionsbehandling ordineret buprenorphin. Andre muligheder er depotmorfin (Bulgarien, Østrig og Slovenien) og codein (Tyskland, Cypern og Østrig). En ny kombination af buprenorphin/naloxon blev godkendt til markedet i EU i 2006 og rapporteres siden at være introduceret i 11 lande. Seks europæiske lande giver desuden heroinunderstøttet behandling til brugere, der ikke har tilstrækkelig fordel af andre behandlinger.

Behandlingseffektivitet, -kvalitet og -standarder

Konklusionen af en gennemgang af randomiserede kontrollerede forsøg og observationsundersøgelser er, at substitutionsbehandling med enten metadon eller buprenorphin kan være effektiv til at styre opioidafhængighed. Alt i alt har denne behandlingsform haft en række positive resultater, herunder: fastholdelse i behandling, nedsat illegal opioidbrug og intravenøs brug, nedsat dødelighed og kriminel adfærd samt stabilisering og forbedring af kroniske heroinbrugeres sundhedsmæssige og sociale vilkår. Nylige randomiserede kontrollerede forsøg viser endvidere, at heroinunderstøttet behandling er effektiv til at reducere illegal stofbrug, forbedre fysisk eller mental sundhed samt nedsætte kriminel adfærd blandt klienter, der anses for at være vanskelige at behandle, eller hvor andre behandlingsmetoder har slået fejl.

Psykosociale og psykoterapeutiske foranstaltninger kombineret med farmakoterapi har også vist sig at være effektive i undersøgelser af behandlingsresultater (Schulte et al., 2008). Disse metoder har til formål at øge behandlingsmotivationen, forebygge tilbagefald og mindske skader. De kan desuden sikre rådgivning og praktisk støtte til klienter, der skal klare deres bolig-, beskæftigelses- og familierelaterede problemer sideløbende med behandlingen for deres opioidafhængighed.

WHO har for nylig udarbejdet et sæt minimumskrav og internationale retningslinjer for psykosocialt understøttet farmakologisk behandling af personer, der er afhængige af opioider (2009). Dokumentet er en reaktion på en resolution fra De Forenede Nationers Økonomiske og Sociale Råd (ECOSOC) og er baseret på systematisk gennemgang af videnskabelig litteratur og høringer med en række fremtrædende eksperter fra forskellige dele af verden. De fleste europæiske lande har også udarbejdet retningslinjer for substitutionsbehandling (se kapitel 2).

⁽¹²⁸⁾ Se figur HSR-1 i Statistical bulletin 2009.



Kapitel 7

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Smitsomme sygdomme som hiv og hepatitis B og C er blandt de alvorligste sundhedsmæssige følger af narkotikabrug. Selv i lande, hvor udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere er lav, kan andre smitsomme sygdomme, bl.a. hepatitis A, B og C, seksuelt overførte sygdomme, tuberkulose, stivkrampe, botulisme og humant T-celle lymfotroft virus i uforholdsmæssig grad ramme narkotikabrugere. EONN overvåger systematisk hiv og hepatitis B og C blandt intravenøse stofbrugere (prævalens af antistoffer eller andre specifikke markører i tilfælde af hepatitis B) ⁽¹²⁹⁾.

Hiv og aids

Ved udgangen af 2007 ser incidensen for diagnosticeret hivinfektion blandt intravenøse stofbrugere ud til fortsat at være lav i de fleste EU-lande, og den samlede situation i EU ser relativt positiv ud i en global sammenhæng. Det kan i det mindste delvist skyldes den øgede adgang til forebyggelse, behandling og skadesbegrænsende foranstaltninger, herunder substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer. Andre faktorer kan også have spillet en vigtig rolle, f.eks. det fald i intravenøs stofbrug, der er rapporteret om i nogle lande. Alligevel tyder oplysninger i visse dele af Europa på, at hivoverførsel i forbindelse med intravenøs stofbrug stadig sås med relativt høje frekvenser i 2007, hvilket understreger behovet for at sikre den lokale forebyggelsespraksis' dækning og effektivitet.

Tendenser i hivinfektion

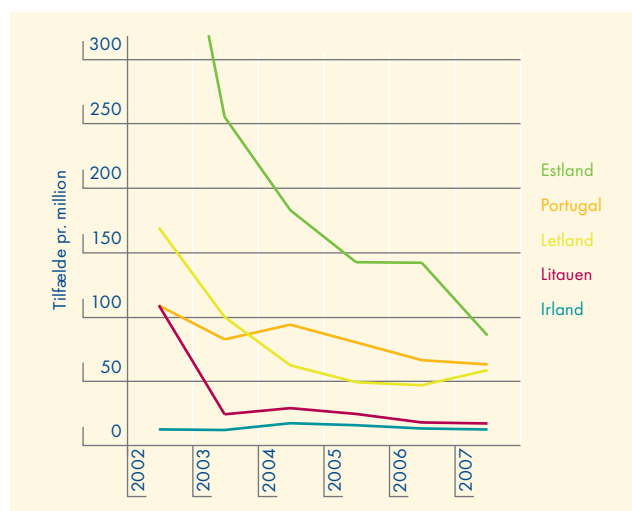
Data om nydiagnosticerede tilfælde i forbindelse med intravenøs stofbrug for 2006 tyder på, at antallet af infektioner stadig er faldende overalt i EU efter at have toppet i 2001-2002 som følge af udbrud i Estland, Letland og Litauen ⁽¹³⁰⁾. I 2007 var det samlede antal nydiagnosticerede infektioner blandt intravenøse stofbrugere i de 24 EU-medlemsstater, som der foreligger nationale data for, 4,7 tilfælde pr. 1 million indbyggere,

hvilket er et fald fra 5,0 i 2006 ⁽¹³¹⁾. Af de tre lande, der indberettede de højeste antal nydiagnosticerede infektioner, meldte Estland og Portugal om en nedadgående tendens, selv om tendensen i Portugal synes at stabilisere sig. Derimod indberettede Letland en stigning fra 47,1 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2006 til 58,7 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2007 (figur 12).

Samlet set er der ikke indberettet markante stigninger i nye tilfælde af hivinfektioner fra 2002 til 2007, og de indberettede infektionsrater er fortsat lave. I Bulgarien og Sverige er antal nydiagnosticerede infektioner dog accelereret — i Bulgarien fra 0,3 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2002 til 5,6 tilfælde i 2007 og i Sverige fra 3,5 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2002 til så meget som 6,7 tilfælde i 2007 for så at falde til tidligere niveauer i 2008 — hvilket tyder på, at der fortsat er potentiale til udbrud af hiv blandt intravenøse stofbrugere.

Tendensdata fra overvågning af hivprævalens i stikprøver af intravenøse stofbrugere er et vigtigt supplement til data

Figur 12: Tendenser i fem EU-medlemsstater med høje antal nyindberettede hivinfektioner hos intravenøse stofbrugere



NB: For Estland ligger værdien fra 2002 uden for skalaen (516 tilfælde pr. million). Se yderligere oplysninger i tabel INF-104 i Statistical bulletin 2009.

Kilder: ECDC og WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ Nærmere oplysninger om metoder og definitioner kan ses i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³⁰⁾ Se Tabel INF-104 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³¹⁾ Der foreligger ikke nationale data fra Spanien, Italien og Østrig.

fra caserapporter vedrørende hiv. Der foreligger prævalensdata fra 25 lande i perioden 2002-2007 ⁽¹³²⁾. I 11 lande forblev hivprævalensen uforandret i perioden. I seks lande (Bulgarien, Tyskland, Spanien, Italien, Letland og Portugal) viste hivprævalensen statistisk signifikante fald, der alle byggede på nationale stikprøver. Der blev dog i to af disse lande også indberettet regionale stigninger: i Bulgarien, én by, Sofia, og i Italien tre ud af 21 regioner. I to lande (Litauen og Polen) viste hivprævalensen statistisk signifikante stigninger, der begge byggede på nationale stikprøver.

Sammenligningen af tendenser i nydiagnosticerede infektioner i forbindelse med intravenøs stofbrug med tendenser i hivprævalensen blandt intravenøse stofbrugere tyder på, at incidensen for hivinfektion i forbindelse med intravenøs stofbrug er faldende i de fleste lande på nationalt plan.

Det høje årlige antal nye hivdiagnoser i forbindelse med intravenøs stofbrug i Estland, Letland og Portugal tyder dog på, at overførselsniveauet i disse lande stadig er relativt højt, selv om antallet nu er faldende i Estland og Portugal. For Estland underbygges dette af prævalensdata fra 2005, der viser, at omkring en tredjedel af de nye intravenøse stofbrugere (de, der har injiceret stoffer i under to år) var hivpositive. Yderligere tegn på løbende hivoverførsel ses i rapporter om høje prævalensniveauer (over 5 %) blandt unge intravenøse stofbrugere (stikprøver på mindst 50 intravenøse stofbrugere under 25 år) i flere lande: Estland (to regioner, 2005), Spanien (nationale data, 2006), Frankrig (fem byer, 2006), , Litauen (én by, 2006) og Polen (én by, 2005) ⁽¹³³⁾.

Aidsincidens og adgang til HAART

Information om incidensen af aids er vigtig for at vise nye udbrud af symptomatisk sygdom, selv om det ikke er en god indikator for overførsel af hiv. En høj incidens af aids i visse europæiske lande kan også vise, at mange intravenøse stofbrugere med hivinfektion ikke modtager den højaktive antiretrovirale behandling HAART på et tilstrækkeligt tidligt tidspunkt af deres infektion til at kunne drage maksimal nytte af behandlingen.

Estland er det land, der har den højeste incidens af aids i forbindelse med intravenøs stofbrug med anslået 33,5 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2007 i forhold til 17,1 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2006. Der er også indberettet en forholdsvis høj incidens af aids for Letland, Spanien, Portugal og Litauen med henholdsvis 13,2, 8,8, 8,6 og 6,2 nye tilfælde pr. 1 million

Hiv blandt blandt intravenøse stofbrugere i EU og nabolandene: stigende tendenser i øst

Hivepidemien blandt intravenøse stofbrugere udvikler sig forskelligt på tværs af de europæiske lande. I EU-landene ligger frekvensen af rapporterede nye tilfælde af hivinfektion blandt intravenøse brugere generelt på et stabilt og lavt niveau, og i nogle tilfælde er den faldende. I mange af de tidligere Sovjetrepublikker steg frekvensen i 2007 (Wiessing et al., 2008b), og det viser, at de eksisterende forebyggende foranstaltninger kan være utilstrækkelige og skal styrkes.

I de østlige lande, hvor der var sket et fald, siden antallet toppede i 2001 (Rusland og Belarus), er der dog konstateret nye stigninger i de senere år. I 2007 varierede frekvensen af nye og rapporterede tilfælde af hivinfektion blandt intravenøse brugere fra nul i Turkmenistan til 80 tilfælde pr. million indbyggere i Kasakhstan og 152 tilfælde pr. million indbyggere i Ukraine. Det seneste tal for Rusland er 78 tilfælde pr. million indbyggere i 2006.

I absolutte tal tegnede Ukraine sig for det største antal nye rapporterede hivtilfælde blandt intravenøse brugere i 2007 (7 087 tilfælde) efterfulgt af Usbekistan (1 816 tilfælde) og Kasakhstan (1 246 tilfælde), mens Rusland i 2006 rapporterede 11 161 tilfælde. I flere andre tidligere Sovjetrepublikker, hvor tallene og frekvenserne generelt er lavere, registreres der en stigende tendens i antallet af rapporterede tilfælde, hvilket tyder på, at der kan være tale om en epidemi blandt de intravenøse brugere. Disse lande omfatter Aserbajdsjan, Belarus, Georgien, Kirgisistan, Moldova og Tadsjikistan.

indbyggere. Blandt disse fire lande er tendensen faldende i Spanien, Letland og Portugal, men ikke i Litauen ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitis B og C

Mens man kun finder en høj hivprævalens i visse EU-medlemsstater, er viral hepatitis og især infektion forårsaget af hepatitis C-virus (HCV) meget stærkere udbredt blandt intravenøse stofbrugere i hele Europa. Blandt de nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere i 2006-2007 svinger udbredelsen af HCV-antistoffer fra ca. 18 til 95 %, idet halvdelen af landene melder om niveauer over 40 %. Tre lande (Bulgarien, Tjekkiet og Slovenien) melder om en udbredelse på under 25 % i de nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere ⁽¹³⁵⁾, om end forekomsten af infektion på det niveau stadig er et betydeligt problem for folkesundheden.

Inden for landene kan udbredelsen af HCV variere betydeligt, hvilket afspejler både regionale forskelle og de karakteristiske træk ved stikprøvepopulationen. F.eks. viser

⁽¹³²⁾ Se Tabel INF-108 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³³⁾ Se tabel INF-109 og INF-110 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³⁴⁾ Se figur INF-1 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³⁵⁾ Se tabel INF-111 til INF-113 i Statistical bulletin 2009.

lokale undersøgelser i Det Forenede Kongerige niveauer mellem 29 og 60 %, mens forskellige regionale skøn i Italien går fra ca. 36 til 92 %.

Nylige undersøgelser (2006-2007) viser en stor spredning i prævalensniveauerne blandt unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) og nye intravenøse stofbrugere (der har injiceret stoffer i under to år), hvilket tyder på, at der er forskellige incidensniveauer for HCV i disse populationer på tværs af Europa ⁽¹³⁶⁾. Ikke desto mindre tyder disse undersøgelser også på, at mange får virussen tidligt i deres forløb som intravenøse stofbrugere, hvorfor der kun er et ganske kort tidsvindue til at iværksætte effektive HCV-forebyggende foranstaltninger.

Udbredelsen af antistoffer mod hepatitis B-virus (HBV) varierer også i høj grad, muligvis til dels som følge af forskelle i vaccinationsniveau, selv om andre faktorer kan spille en rolle. De mest fuldstændige datasæt, der foreligger, er for antistoffet mod hepatitis B core antigen (anti-HBc), som er tegn på en tidligere infektion. I 2006-2007 meldte tre lande ud af de ti, der fremlagde data om intravenøse stofbrugere, om en anti-HBc-prævalens på over 40 % ⁽¹³⁷⁾.

Hepatitis C-prævalens som mulig indikator for injektionsrelateret hivrisiko

En gruppe modeludviklere og epidemiologer, som EONN har sammensat, har undersøgt potentialet for at bruge information om prævalensen af hepatitis C-virus (HCV) blandt intravenøse brugere som en indikator for risikoen for hivoverførsel. HCV overføres på samme måde som hiv ved deling af nåle. Da HCV er meget mere smitsomt, kan det vise det overordnede niveau for risikoadfærd, herunder deling af nåle og udstyr samt skift af injektionspartner, blandt befolkninger af intravenøse brugere, hvor hiv endnu ikke har spredt sig.

En analyse af sammenstillede HCV- og hivprævalensdata viser, at HCV-prævalensen blandt intravenøse brugere på op til 30 % (konfidensinterval: 95 %, 21-38 %) er forbundet med ingen eller meget lav prævalens af hiv. Ved højere niveauer af HCV-prævalens blev der konstateret et lineært forhold mellem hiv- og HCV-prævalens, og data for tidsintervaller viser, at den observerede hivprævalens stiger ca. halvt så hurtigt som HCV-prævalensen.

Disse resultater viser, at HCV-prævalens kan bruges til at hjælpe med at udvikle målrettede forebyggelses- og skadesreduktions tiltag blandt intravenøse stofbrugere. Det kan desuden bruges til at vurdere risikoen for et hivudbrud i lande, hvor hivprævalensen blandt intravenøse stofbrugere stadig er lav.

Kilde: Vickerman et al. (indsendt).

Tidstendenserne i anmeldte tilfælde af hepatitis B og C viser forskellige billeder, men de er vanskelige at tolke. En vis indsigt i epidemiologien i disse infektioner kan man dog få ved at se på andelen af intravenøse stofbrugere blandt alle anmeldte tilfælde, hvor risikofaktorerne er kendte (Wiessing et al., 2008a). For så vidt angår hepatitis B, er andelen af intravenøse stofbrugere faldet fra 2002 til 2007 i fire ud af 17 lande. For hepatitis C gælder, at andelen af intravenøse stofbrugere blandt de anmeldte tilfælde er faldet i syv lande fra 2002 til 2007, mens det er steget i fire andre lande (Tjekkiet, Luxembourg, Malta og Det Forenede Kongerige) ⁽¹³⁸⁾.

Forebyggelse af og tiltag over for smitsomme sygdomme

Sammen med Tyrkiet har 17 EU-medlemsstater indberettet, at forebyggelse af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere indgår i deres nationale narkotikastrategi, og seks andre lande indberetter, at de har en særlig strategi til dette formål. Ti af disse 23 lande beretter også om eksisterende strategier til forebyggelse af smitsomme sygdomme på lokalt eller regionalt plan.

EU-medlemsstaterne anvender en kombination af nogle af de følgende foranstaltninger for at begrænse spredningen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere: narkotikabehandling, distribution af sterilt injektionsudstyr og offentlige tiltag, der tilbyder information, uddannelse, testning og adfærdsregulering, ofte via opsøgende organisationer eller lavtærskelcentre. Ekspert fra 27 lande indberettede data om prioriteringen af udvalgte tiltag til forebyggelse af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere ⁽¹³⁹⁾. Adgang til sterilt injektionsudstyr via nåle- og sprøjteprogrammer prioriteres ifølge indberetningerne af 23 lande, testning og rådgivning om smitsomme sygdomme af 16 lande og udbredelse af information, uddannelse og kommunikationsmateriale af 14 lande.

Adgang til sterile sprøjter er den hyppigst indberettede prioritet i lighed med dataene fra en lignende indberetning i 2005. Et stigende antal lande indberetter nu, at de prioriterer rådgivning om smitsomme sygdomme og testning og programmer for målrettet hepatitis-immunisering.

Foranstaltninger

Forskningen har vist, at vedvarende behandling resulterer i nedbringelse af intravenøs stofbrug og den tilhørende risikoadfærd og dermed også i beskyttelse mod hivinfektion. I de fleste europæiske lande har

⁽¹³⁶⁾ Se figur INF-6 (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³⁷⁾ Se Tabel INF-115 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³⁸⁾ Se tabel INF-105 og INF-106 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹³⁹⁾ Se tabel HSR-6 i Statistical bulletin 2009.

Behandling af intravenøse stofbrugere med kronisk hepatitis C

Op til 30 % af patienterne med ubehandlet kronisk hepatitis C vil udvikle levercirrose inden for 30 år, og omkostningerne i forbindelse med behandling af leverlidelser i slutfasen er betydelige (Jager et al., 2004). For at reducere byrden fra hepatitis C i Europa er det vigtigt at fremme og udvide adgangen til behandling for den største patientgruppe — kroniske bærere af virussen, som er aktive intravenøse stofbrugere.

Den nuværende behandling af kronisk hepatitis C — et seks til 12 måneder langt forløb med kombinationsbehandling med langtidsvirkende interferon og ribavirin — er effektiv hos mere end 50 % af de patienter, der opnår en varig virologisk respons. Selv om antallet af langsigtede forsøg stadig er begrænset, har tilgængelig forskning påvist god overensstemmelse og gode resultater af antiviral behandling af intravenøse stofbrugere (f.eks. Moussalli et al., 2007). Omkostningseffektiviteten for hepatitis C-behandling i fængsler (Sutton et al., 2008) og sikkerheden og effektiviteten af behandlingen for stofbrugere med comorbide psykiatriske lidelser er også undersøgt (Loftis et al., 2006).

Stofbrugeres adgang til hepatitis C-behandling er dog stadig ringe. Det kan skyldes utilstrækkelig behandlingsskapacitet, mangel på information om behandlingsmuligheder eller lav prioritering af stofbrugere. Flere EU-medlemsstater, herunder Danmark, Tyskland, Frankrig, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, har i de senere år udvidet adgangen til test og behandling for kroniske bærere af hepatitis C-virus, som er aktive intravenøse stofbrugere.

Hepatitis C-behandling i forbindelse med stofafhængighed er nogle gange en udfordring, men den kan forbedres med omhyggeligt planlagt og organiseret klinisk administration og med patienternes samarbejde efter informeret samtykke. Tværfaglige grupper, der kan tage sig af stofafhængighed, leverbehandling og comorbide mentale problemer, forbedrer behandlingsresultaterne (Grebely et al., 2007).

skadesreduktion og tilbud om behandling været i stor stigning siden midten af 1990'erne (Hedrich et al., 2008b). Opioidsstitutionsbehandling tilbydes i alle EU-medlemsstater, Kroatien og Norge, men i mange lande tilbydes denne foranstaltning fortsat kun i begrænset omfang (se kapitel 2 og 6).

Nationale eksperter vurderer, at næsten alle problematiske stofbrugere i 17 lande har modtaget individuel rådgivning om smitsomme sygdomme i løbet af det seneste år ⁽¹⁴⁰⁾. I 12 lande gjaldt dette også HCV-testning, mens eksperter i 11 lande anslog, at de fleste problematiske stofbrugere modtog praktisk rådgivning og uddannelse i sikrere brug

og injektion i løbet af det seneste år. Hepatitis B-vaccination er integreret i de almindelige immuniseringsprogrammer i 21 ud af 28 indberettende lande, og i 17 lande findes der også specifikke vaccinationsprogrammer målrettet samfundets stofbrugere. Også sundhedsuddannelsestiltag for stofbrugere med deltagelse af peer-undervisere findes i 17 lande.

Nåle- og sprøjteprogrammer er tilgængelige i alle EU-medlemsstater, Kroatien og Norge. Programmet i Cypern er dog næsten ikke blevet brugt i 2007. I 15 lande vurderes de fleste intravenøse stofbrugere at have modtaget sprøjter mindst én gang via et sådant program i løbet af de seneste 12 måneder. I 11 lande modtog kun et mindretal af intravenøse stofbrugere sprøjter i den samme periode, til trods for at ni af disse lande har meldt om, at adgang til sterilt injektionsudstyr er en prioriteret foranstaltning til forebyggelse af spredning af smitsomme sygdomme.

Antallet af sprøjter, der udleveres gennem nåle- og sprøjteprogrammer, steg fra 2005 til 2007 i 18 ud af de 26 lande, som der findes tilgængelige data for. Antallet af sprøjter, der udleveres pr. klient, varierer betydeligt fra eksempler på ca. 50 sprøjter pr. klient i nåle- og sprøjteprogrammer i Kroatien og Litauen til 200 i Finland og 300 i Rumænien i 2007 ⁽¹⁴¹⁾.

Det samlede antal sprøjter, der blev udleveret i 2007, var 33 % højere end i 2003 i de 14 lande, hvor der findes pålidelige data eller tilgængelige skøn. Der meldtes om fortsatte stigninger i denne periode fra Belgien, Bulgarien, Tjekkiet, Estland, Ungarn, Østrig, Slovakiet og Finland. Antal sprøjter udleveret i Letland var det samme, mens Spanien, Litauen, Luxembourg, Polen og Portugal indberettede et faldende antal.

Data fra 15 lande viste, at over 125 000 personer i 2007 henvendte sig på steder, der forvalter nåle- og sprøjteprogrammer ⁽¹⁴²⁾. Der findes dog ikke tilgængelige oplysninger om klienthenvendelser for fire af de største EU-medlemsstater (Tyskland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige). En national undersøgelse, der blev gennemført i 120 franske skadesreduktionscentre (CAARUD), viste, at de var blevet benyttet af anslået 40 000 personer i 2007 (Toufik et al., 2008). I Det Forenede Kongerige blev der indført et nyt sprøjtebytteovervågningssystem i 2008.

Lavtærskeltjenester kan give mulighed for at levere primære sundhedsydelser og skadesreducerende tiltag til grupper, der er vanskelige at nå. En nylig vurdering af lavtærskelcentre for sundhedsydelser, der har målrettet tilbuddene til intravenøse stofbrugere i Finland, viste, at

⁽¹⁴⁰⁾ Eksperter fra 26 EU-medlemsstater, Tyrkiet og Norge vurderede, i hvilket omfang udvalgte foranstaltninger blev tilbudt stofbrugere.

⁽¹⁴¹⁾ Se tabel HSR-5 (del i) og (del ii) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁴²⁾ Se tabel (del ii) i Statistical bulletin 2009.

denne kombination af ydelser havde spillet en betydningsfuld rolle i forebyggelsen af smitsomme sygdomme. Den blev også betragtet som en omkostningseffektiv fornyelse, der kunne fungere inden for landets restriktive narkotikapolitik (Arponen et al., 2008).

Nåle- og sprøjteprogrammer kan også have betydning for sundhedsfremme. Der tilbydes uddannelse i sundhedsfremme på grundlag af formelle læseplaner eller uddannelseshåndbøger til personalet i nåle- og sprøjteprogrammer i 20 lande og til apotekere i ni lande. Desuden indberettede 11 EU-medlemsstater, at de har udarbejdet retningslinjer for arbejdet i lavtærskelcentre, som dækker emner som testning for smitsomme sygdomme, sprøjtebytte, opøgende arbejde og peeruddannelse.

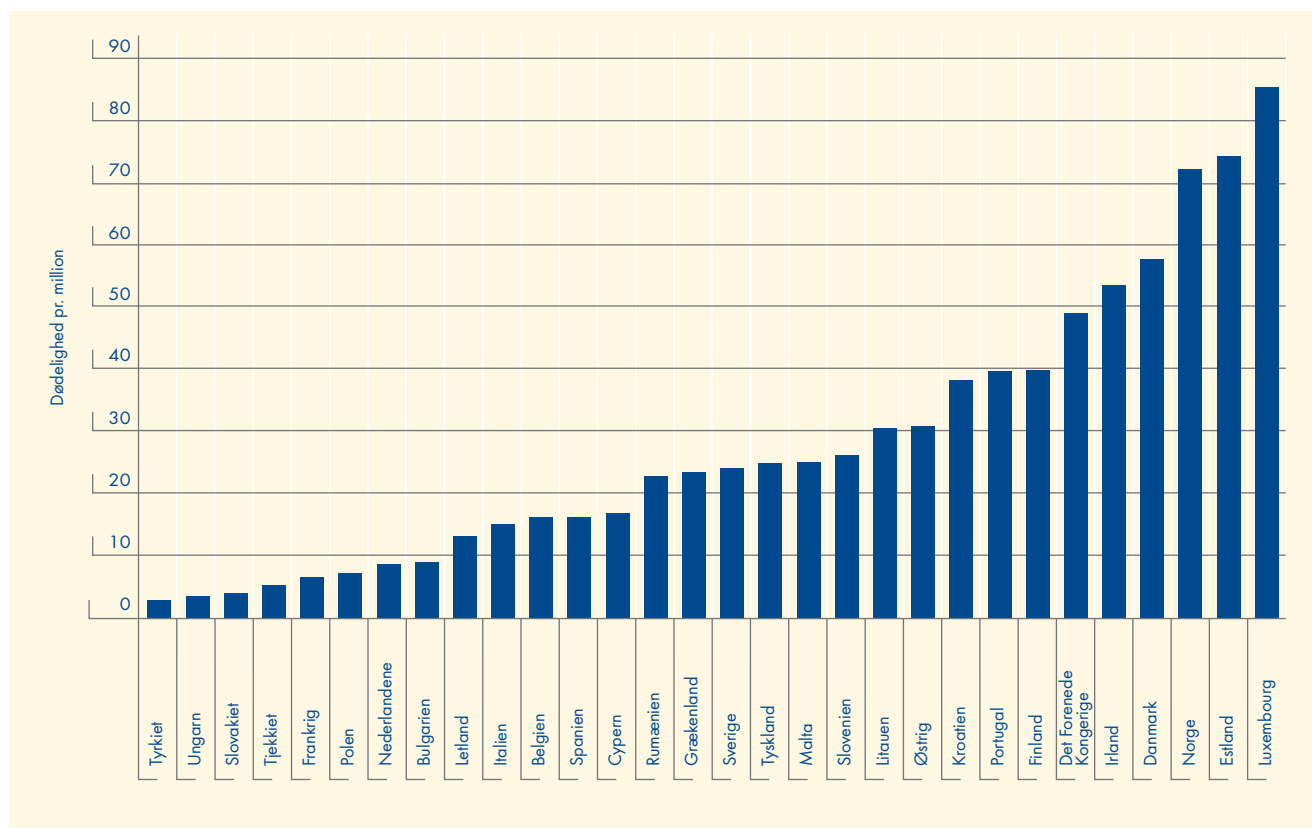
Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed

Stofbrug er en af de vigtigste årsager til sundhedsproblemer og død blandt unge i Europa. Dette

illustreres af en international undersøgelse støttet af EONN, hvorefter det fremgår, at 10-23 % af dødeligheden blandt de 15-49-årige i syv europæiske byområder kunne tilskrives opioidbrug (Bargagli et al., 2005).

Narkotikarelaterede dødsfald omfatter dødsfald, der er direkte forårsaget af den farmakologiske virkning af et eller flere stoffer (narkotikaforårsagede dødsfald), og dødsfald, der er indirekte forårsaget af brugen af stoffer, ofte med andre sideløbende faktorer (f.eks. ulykker). Blandt de kendte dødsårsager er akut forgiftning, trafikulykker især i forbindelse med alkohol (EONN, 2007c), vold, selvmord blandt allerede sårbare mennesker eller kroniske tilstande som følge af gentagen brug (f.eks. hjertekarproblemer hos kokainbrugere). Selv om de fleste narkotikarelaterede dødsfald optræder blandt problematiske stofbrugere, forekommer de også blandt andre brugergrupper, bl.a. lejlighedsvis stofbrugere ⁽¹⁴³⁾.

Figur 13: Dødelighed blandt alle voksne (15-64 år) som følge af narkotikaforårsagede dødsfald



NB: Med hensyn til Tjekkiet blev EONN's Udvalg D-definition anvendt i stedet for den nationale definition. Med hensyn til Det Forenede Kongerige blev narkotikastrategidefinitionen anvendt. For Rumæniens vedkommende henviser dataene kun til Bukarest og en række amter, der henhører under kompetenceområdet for det toksikologiske laboratorium i Bukarest. Portugals data omfatter alle tilfælde, hvor der blev påvist ulovlige stoffer i post mortem-undersøgelser, hvilket sandsynligvis resulterer i en overvurdering sammenlignet med Udvalg D-definitionen. Beregningerne af dødeligheden i befolkningen er baseret på nationale befolkninger for 2006 som indberettet af Eurostat. Sammenligninger af befolkningssatser bør foretages med forsigtighed, da der er nogle forskelle i definitionerne af tilfælde og kvaliteten af indberetningerne. Se yderligere oplysninger om dataene i figur DRD-7 (del i) i Statistical bulletin 2009.

Kilder: Nationale Reitoxrapporter (2008), taget fra nationale dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske eller politiets) og Eurostat.

⁽¹⁴³⁾ Se »Narkotikarelateret dødelighed: et komplekst spørgsmål« i årsberetning for 2008.

Narkotikaforårsagede dødsfald

Ifølge EONN's definition forstås begrebet narkotikaforårsagede dødsfald som dødsfald, der er direkte forårsaget (overdoser) af brugen af ét eller flere stoffer, hvoraf mindst ét er et ulovligt stof. Antallet af dødsfald kan påvirkes af faktorer som stofbrugernes antal og brugsmønstre (injektion, blandingsbrug), alder og comorbiditet samt adgangen til behandling og nødhjælpstjenester.

Forbedringerne af de europæiske datas pålidelighed har gjort det muligt at få bedre beskrivelser af europæiske og nationale tendenser, og de fleste lande har nu indført en definition i overensstemmelse med EONN's ⁽¹⁴⁴⁾. Alligevel betyder forskelle landene imellem i kvaliteten af dødsregistreringsmetoderne, indberetningerne til nationale dødelighedsregistre og indberetningerne til EONN, at alle direkte sammenligninger bør foretages med forsigtighed.

I løbet af perioden 1990-2006 indberettede EU-medlemsstaterne, Kroatien, Norge og Tyrkiet hvert år mellem 6 400 og 8 500 narkotikaforårsagede dødsfald, dvs. i alt over 135 000 dødsfald. I 2006 forekom halvdelen af alle indberettede dødsfald i Det Forenede Kongerige og Tyskland. Befolkningsdødeligheden som følge af narkotikaforårsagede dødsfald varierer meget mellem landene, fra 3 til over 85 dødsfald pr. 1 million indbyggere i alderen 15-64 år, i gennemsnit 22 dødsfald pr. 1 million indbyggere i Europa. Tal på over 20 dødsfald pr. 1 million indbyggere findes i 17 ud af 30 europæiske lande og på over 40 dødsfald pr. 1 million indbyggere i seks lande (figur 13). Blandt europæere i alderen 15-39 år var en overdosis skyld i 4 % af alle dødsfald ⁽¹⁴⁵⁾.

Dødsfald i forbindelse med opioider

Heroin

Opioider, hovedsageligt heroin eller metabolitter heraf, er til stede i de fleste tilfælde af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes i EU. I de 22 lande, der indberetter data, tegner opioider sig for 35 til næsten 100 % af alle tilfældene, idet 11 af disse lande indberetter andele på over 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. I de toksikologiske rapporter om dødsfald findes der ofte andre stoffer ud over heroin. De hyppigst indberettede stoffer er alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i nogle lande kokain. Dette tyder på, at en betydelig andel af alle

narkotikaforårsagede dødsfald måske kan knyttes til blandingsbrug.

De fleste, der dør som følge af en heroinoverdosis (82 %) i Europa, er mænd. I de fleste lande er personer, der dør af en overdosis, i midten af trediverne, og i mange tilfælde er alderen stigende, hvilket tyder på en mulig stabilisering eller et fald i antallet af unge heroinbrugere. Samlet set er 14 % af de overdosisdødsfald, der indberettes i Europa, sket blandt unge under 25 år, om end tallet for denne aldersgruppe er over en tredjedel i Bulgarien, Østrig og visse lande (Cypern, Malta, Rumænien og Slovakiet), der indberetter et lavt antal narkotikaforårsagede dødsfald. Dette kan være tegn på, at det er en yngre gruppe, der bruger heroin eller injicerer stoffer i disse lande ⁽¹⁴⁷⁾.

Blandt faktorer, der forbindes med heroinoverdoser, finder man injektion og samtidig brug af andre stoffer, navnlig alkohol, benzodiazepiner og visse antidepressiva, samt comorbiditet, tidligere tilfælde af overdoser og det at være alene (Scottish Government, 2008). Tiden umiddelbart efter løsladelse fra fængsel eller afsluttet narkotikabehandling blev identificeret som en særlig højrisikoperiode for overdoser.

Det vurderes, at der for hver dødelig overdosis måske forekommer helt op til 20-25 ikke-dødelige tilfælde af overdoser, men følgerne af disse kendes kun i beskedent omfang. EONN har igangsat en kritisk gennemgang af de tilknyttede risikofaktorer og mulige tiltag på dette område.

Metadon og buprenorphin

Forskning viser, at opioidsstitutionsbehandling mindsker risikoen for en dødelig overdosis. Hvert år indberettes der imidlertid en række dødsfald med forekomst af opioidsstitutionsmedicin (metadon eller buprenorphin), for det meste på grund af forkert brug eller i et lille antal tilfælde problemer, der opstår under behandlingen.

Flere lande melder om tilstedeværelse af metadon i en anseelig andel af de narkotikaforårsagede dødsfald, selv om stoffets rolle på grund af manglende fælles indberetningsstandarder ofte er uklar, idet der også ses andre stoffer samtidig. Desuden kan der være andre faktorer indblandet: tab af opioidtolerance, overdosering eller uhensigtsmæssig brug såsom uregelmæssig eller ikke-terapeutisk anvendelse. Der ser ikke ud til at ske hyppige dødsfald som følge af buprenorphinforgiftning, selv om dette stof bruges i stigende grad

⁽¹⁴⁴⁾ Se detaljerede metodiske oplysninger i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁴⁵⁾ Se figur DRD-7 (del i) og tabel DRD-5 (del ii) og DRD-107 (del i) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Da de fleste tilfælde, der indberettes til EONN, er opioidoverdoser (primært heroin), bruges de generelle træk ved narkotikaforårsagede dødsfald til at beskrive opioidtilfældene.

Se figur DRD-1 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Se figur DRD-2 og DRD-3 og tabel DRD-1 (del i) i Statistical bulletin 2009.

i substitutionsbehandlingen i Europa (se kapitel 6). I Finland er buprenorfin dog nu det mest almindelige stof påvist ved narkotikaforårsagede dødsfald, normalt kombineret med indtagelse af beroligende midler eller alkohol eller injiceret.

Fentanyl og andre syntetiske opioider

En epidemi af fentanylforgiftninger i Estland forårsagede 117 intravenøse stofbrugeres død i 2005/06 (EONN, 2008b). Der findes ingen tilgængelige oplysninger om fentanylrelaterede dødsfald i Estland i 2007, om end nylige undersøgelser bekræfter øget brug af stoffet af intravenøse storbrugere. I 2007 oplyste to tredjedele af de intravenøse stofbrugere, der var med i en undersøgelse i Tallinn, at fentanyl var deres primære stof, og en ud af 10 intravenøse stofbrugere, der deltog i sprøjtebytteprogrammet, fortalte, at de havde injiceret fentanyl i løbet af den seneste måned. En anden undersøgelse, der blev udført i Tallinn, viste, at intravenøse brugere af fentanyl som deres primære stof havde en højere hivprævalens og højere risiko for intravenøs risikoadfærd og antal overdoser gennem levetiden end intravenøse brugere af amfetamin (Talu et al., 2009). I Finland blev der indberettet opioider som oxycodon, tramadol eller fentanyl i forbindelse med 21 dødsfald, om end disse stoffers rolle ikke blev specificeret.

Dødsfald i forbindelse med andre stoffer

Kokainforårsagede dødsfald er mere vanskelige at definere og afdække end dødsfald i forbindelse med opioider. Dødsfald, der er direkte forårsaget af en overdosis, ser ud til at være sjældne, og de hænger sædvanligvis sammen med meget store doser kokain. Ellers ser de fleste kokaindødsfald ud til at være resultatet af kronisk forgiftning med stoffet, der fører til hjertekarproblemer og neurologiske komplikationer. Det er måske ikke altid muligt at afdække, hvilken rolle kokain spiller i disse dødsfald, og de indberettes derfor ikke som kokainrelaterede. Fortolkningen af oplysningerne kompliceres yderligere af, at der i mange tilfælde er andre stoffer til stede, hvilket gør det vanskeligt at finde årsagssammenhængen.

I 2007 blev der indberettet ca. 500 kokainrelaterede dødsfald i 12 medlemsstater (sammenlignet med 450 i 14 lande i 2006), men der sker sandsynligvis en underrapportering af antallet af kokainforårsagede dødsfald i EU.

Der indberettes sjældent dødsfald, hvor ecstasy er involveret, og i mange tilfælde er stoffet ikke blevet

identificeret som den direkte dødsårsag. Selv om det også er sjældent, at der indberettes amfetamindødsfald i Europa, blev et betydeligt antal overdoser — ud over medicinforårsagede — (11 ud af 40) i Tjekkiet tilskrevet pervitin (metamfetamin) sammenlignet med 14 dødsfald tilskrevet opioider. I Finland var der amfetamin til stede i 40 % af 229 indberettede dødsfald i 2007, selv om det ikke nødvendigvis betyder, at stoffet var den direkte dødsårsag ⁽¹⁴⁸⁾.

Tendenser i narkotikaforårsagede dødsfald

Antallet af narkotikaforårsagede dødsfald steg stejlt i Europa i løbet af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne sideløbende med stigningen i heroinbrug og intravenøs stofbrug og forblev herefter på et højt niveau. Data fra lande med lange tidsrækker viser imidlertid differentierede tendenser: i nogle (f.eks. Tyskland, Spanien, Frankrig og Italien) toppede antallet af dødsfald i begyndelsen til midten af 1990'erne, i andre lande (f.eks. Grækenland, Portugal og Finland) toppede antallet af dødsfald omkring år 2000, og i atter andre (f.eks. Danmark, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige) blev der observeret en stigende tendens, men uden noget klart højdepunkt ⁽¹⁴⁹⁾.

Fra 2000 til 2003 indberettede de fleste EU-medlemsstater et fald fulgt af en stigning i antal dødsfald fra 2003 til 2006. De foreløbige tilgængelige data for 2007 tyder på, at tallet bliver mindst lige så stort som det foregående år, hvor 14 ud af 18 lande indberettede stigninger.

Årsagerne til det fortsat høje antal indberettede narkotikaforårsagede dødsfald er vanskelige at afdække, især på grund af tegnene på fald i intravenøs stofbrug og stigningerne i antallet af opioidbrugere, der er i kontakt med behandlings- og skadesreduktionstjenester. På baggrund af dette mulige fald i antal personer i risikogrupperne er de stabile eller stigende antal narkotikaforårsagede dødsfald efterhånden meget bekymrende.

Der kan være en række mulige forklaringer på dette fænomen, men de kræver alle yderligere undersøgelser. Der kan bl.a. være tale om en aldrende eller mere kronisk gruppe af stofbrugere, der bliver mere sårbar, stigninger i blandingsbrug eller højrisikoadfærd, eksisterende tjenesters manglende evne til at opsøge eller nå de mest sårbare brugere eller endog en stigning i antallet af tilbagefald blandt opioidbrugere, der har afsluttet en fængselsstraf eller et behandlingsforløb, og som vides at være i særligt stor risiko ⁽¹⁵⁰⁾.

⁽¹⁴⁸⁾ Oplysninger om dødsfald relateret til andre stoffer end heroin findes i tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur DRD-8 og DRD-11 i Statistical bulletin 2009. Af historiske årsager vedrører denne tendens EU-15 og Norge.

⁽¹⁵⁰⁾ Se »Reduktion af antallet af dødsfald som følge af overdosis efter fængsels«, s. 89.

Samlet narkotikarelateret dødelighed

Ud over narkotikaforårsagede dødsfald omfatter den samlede narkotikaforårsagede dødelighed de dødsfald, der er indirekte forårsaget af stofbrug. Disse dødsfald er koncentreret blandt problematiske stofbrugere, om end nogle forekommer blandt lejlighedsvis brugere (f.eks. trafikulykker og selvmord). Selv om antallet af dødsfald, der indirekte er relateret til stofbrug, er vanskeligt at fastslå, er virkningen heraf for folkesundheden stor.

Den samlede dødelighed kan anslås på forskellige måder: En af metoderne er at kombinere data fra kohorteundersøgelser af dødelighed med skøn over udbredelsen af stofbrug ⁽¹⁵¹⁾. En anden metode er at benytte eksisterende generelle dødelighedsstatistikker og vurdere den andel, der er relateret til stofbrug. Der kan bruges andre specialiserede informationskilder, og f.eks. vedrørende dødelighed relateret til hiv/aids kan data fra Eurostat og EuroHIV kombineres.

Kohorteundersøgelser af dødelighed

Kohorteundersøgelser af dødelighed følger de samme grupper af problematiske stofbrugere over tid og bruges gennem kobling til dødelighedsregistre til at forsøge at afdække de dødsårsager, der forekommer i denne gruppe. Denne type undersøgelse kan fastslå de samlede og årsagsspecifikke dødelighedstal for kohorten og kan anslå gruppens overdødelighed i forhold til den almindelige befolkning. Storstilede længdesnitsundersøgelser på kohorter kan bruges til at afprøve hypoteser om f.eks. årsagerne til ændringer i antallet af narkotikaforårsagede dødsfald samt overvåge den samlede risiko og afdække varierende mønstre i dødsårsagerne.

Afhængigt af rekrutteringsbaggrunden (f.eks. undersøgelser udført på narkotikabehandlingscentre) og kriterier for medtagelse (f.eks. intravenøse stofbrugere, heroinbrugere) viser de fleste kohorteundersøgelser en dødelighed på 1-2 % om året blandt problematiske stofbrugere. Selv om den relative betydning af dødsårsagerne varierer fra land til land og over tid, er hovedårsagen generelt en overdosis, som tegner sig for op til 50-60 % af dødsfaldene blandt intravenøse stofbrugere i lande med lav hiv/aidsprævalens. Desværre har nogle lande kun få diagnosticerede overdosisdødsfald i deres generelle dødelighedsregistre, hvorfor en betydelig andel af de dødsfald, der er registreret med »ukendt« eller utilstrækkeligt specificeret årsag (f.eks. hjertestop), kan være overdosisdødsfald. For at få en mere pålidelig beskrivelse af dødsårsagerne kan der også indhentes data

Beregning af samlet dødelighed, der tilskrives problematisk stofbrug: den seneste udvikling

Nylige kohorteundersøgelser af dødelighed i EU viser, at narkotikaforårsagede dødsfald (overdoser) typisk repræsenterer mellem en femtedel og halvdelen af det samlede antal dødsfald blandt problematiske stofbrugere. Det viser, at den samlede dødelighed i denne befolkning kan være omkring to til fem gange højere end antallet af registrerede narkotikaforårsagede dødsfald. Denne multiplikator varierer fra land til land afhængigt af en række faktorer, herunder risikoadfærd, frekvens af dødelige overdoser og prævalens af andre mulige dødsårsager.

EONN fremmer forskning i beregningen af den samlede dødelighed blandt problematiske stofbrugere. I 2008 gennemgik et projekt i samarbejde med forskere fra Tjekkiet litteraturen, datakilderne og de mulige metoder på dette område ⁽¹⁾. En ekspertgruppe anbefalede to metoder til fremtidige undersøgelser: en multiplikatormetode baseret på antallet af registrerede dødelige overdoser og en ekstrapolationsmetode baseret på dødeligheden i kohorter af problematiske stofbrugere og nationale skøn for populationen af problematiske stofbrugere. Begge metoder er med vellykket resultat blevet pilottestet i Tjekkiet, og EONN planlægger at etablere en gruppe af interesserede lande, der kan bruge dette arbejde i nær fremtid.

⁽¹⁾ Se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

fra andre informationskilder (dvs. særlige politi- eller retsmedicinske dødelighedsregistre).

EONN har udarbejdet en protokol for at tilskynde medlemsstaterne til at foretage kohorteundersøgelser af dødelighed med det formål at tilvejebringe sammenlignelige data om dødelighedsrisikoen hos problematiske stofbrugere og understøtte forebyggelses- og behandlingspolitikker. De seneste europæiske undersøgelser er foretaget i Tyskland, Spanien, Italien, Nederlandene, Det Forenede Kongerige og Norge. En tredjedel af EU-medlemsstaterne mangler endnu at gennemføre en kohorteundersøgelse om dødelighed, selv om flere lande indberetter undersøgelser, der er sat i gang eller planlagt til 2009 (f.eks. Tjekkiet, Frankrig, Letland og Polen).

Dødsfald, der er indirekte relateret til stofbrug

Det anslås, at der i 2006 i Den Europæiske Union døde over 2 100 mennesker af hiv/aids, der kunne tilskrives stofbrug ⁽¹⁵²⁾. Af disse dødsfald forekom 89 % i Spanien, Frankrig, Italien og Portugal. Efter indførelsen af højaktiv antiretroviral behandling i 1996 faldt hiv/

⁽¹⁵¹⁾ Se »Beregning af samlet dødelighed, der tilskrives problematisk stofbrug: den seneste udvikling«.

⁽¹⁵²⁾ 2006 er det seneste år, hvor Eurostat har tilgængelige data fra næsten alle medlemsstater om dødsårsager. Der findes nærmere oplysninger om kilder, transmissionsgrupper og beregninger i tabel DRD-5 (del iii) i Statistical bulletin 2009.

aidsdødeligheden markant i de fleste EU-lande, om end faldet var meget mindre udtalt i Portugal. Stigningerne de seneste år i Estland er i overensstemmelse med de høje skøn over hivprævalens blandt intravenøse stofbrugere i dette land (5-6 ud af 10) og den høje andel af dem, der angiveligt ikke er klar over deres infektion. Letland har også indberettet nylige stigninger. For øjeblikket er den anslåede hiv/aidsdødelighed blandt stofbrugere lav i de fleste lande undtagen Spanien og Portugal. I Italien, Frankrig og Letland er hiv/aidsdødeligheden og overdosisdødeligheden på omtrent samme niveau ⁽¹⁵³⁾.

Andre sygdomme, som også tegner sig for en del af dødsfaldene blandt stofbrugere, er kroniske lidelser som leversygdomme (på grund af hepatitis C-infektion eller massiv alkoholbrug), kræft og hjertekarproblemer. Der er meget mindre opmærksomhed på andre årsager trods tegn på, at de har en betydelig indvirkning. F.eks. kunne traumer (ulykker, mord og anden vold) og selvmord udgøre 25 % eller mere af dødeligheden blandt problematiske stofbrugere. En litteraturgennemgang (Daske og Ross, 2002) viste, at selvmordsraten blandt heroinbrugere var 14 gange højere end i den almindelige befolkning. I nylige kohorteundersøgelser i Europa tegnede selvmord sig for 6-11 % af dødsfaldene blandt problematiske stofbrugere. Imidlertid er den samlede virkning af disse årsager vanskelig at vurdere på grund af den begrænsede mængde tilgængelige data.

Nedbringelse af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

Tolv lande melder om, at deres nationale narkotikastrategi indeholder en delstrategi for nedbringelse af narkotikaforårsagede dødsfald. Et enkelt land, Det Forenede Kongerige, har en særlig handlingsplan til nedbringelse af narkotikarelaterede skader, som indeholder specifikke tiltag til forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald. Tretten lande har hverken en specifik strategi eller en del af den nationale narkotikastrategi, der særligt er helliget nedbringelsen af narkotikaforårsagede dødsfald, og to lande har ikke indberettet oplysninger overhovedet.

Foranstaltninger

En prospektiv langsigtet undersøgelse blandt problematiske stofbrugere, der går i behandling i Italien, viste, at dødsfaldsrisikoen i kohorten var øget med en faktor 10 i forhold til den almindelige befolkning (Davoli

et al., 2007). At være i behandling nedsatte dødsfaldsrisikoen til fire gange den almindelige befolknings, hvilket bekræftede, at narkotikabehandling nedsætter den narkotikarelaterede dødelighed. Undersøgelsen viste imidlertid også, at den højeste dødelighed blandt stofbrugere forekom i de 30 første dage efter afsluttet behandling. Dette resultat understreger behovet for nøje at følge op på behandling samt undgå meget korte behandlingsforløb, hvor risikoen kunne opveje fordelene ved behandlingen.

De fleste af de lande, der findes tilgængelige data for, melder om uddeling af oplysnings- og forebyggelsesmaterialer. Ifølge eksperter fra 28 lande ⁽¹⁵⁴⁾ er der uddelt tryksager eller multimediematerialer om overdosisforebyggelse til stofbrugere gennem det seneste år til de fleste eller næsten alle problematiske stofbrugere i ni lande og til et mindretal blandt dem i 12 lande samt den fransktalende del af Belgien. Sådanne materialer findes ikke i Tyrkiet, og kun få problematiske stofbrugere har adgang til dem i Estland, Letland, Ungarn og Slovakiet. Der findes ingen oplysninger fra Bulgarien.

En stor del af de dødelige og ikke-dødelige overdoser bevidnes af andre, herunder andre stofbrugere eller familiemedlemmer, sundhedspersonale og socialarbejdere, politi eller fængselsvagter, som ville kunne gribe ind. Ti lande indberetter specifikke materialer, som skal hjælpe stofbrugeres familier med at genkende og håndtere overdoser. I 8 lande er sådanne materialer tilgængelige for politifolk, og i 7 lande er de udarbejdet til fængselspersonale ⁽¹⁵⁵⁾. Andre målgrupper omfatter personale i narkotikacentre, ambulancepersonale, ulykkes- og beredskabspersonale samt immigranter fra russisktalende lande og romasamfundet. Det er imidlertid et begrænset antal lande, der har materialer til flere forskellige målgrupper, og ikke alle er tilgængelige på landsplan.

Alle lande melder om, at de tilbyder undervisning i overdosisrisiko, og i ni af dem findes tilbuddet i de mest relevante byer med et betydeligt antal problematiske stofbrugere. I fire lande foregår disse aktiviteter dog kun i et mindretal af de relevante byer, og i yderligere 12 lande kun i nogle få byer.

Der tilbydes specifikke undervisningsforløb til enkeltpersoner eller grupper i overdosishåndtering. Stofbrugerne oplyses om de forskellige risici for overdosis, herunder nedsat tolerance efter afholdenhedsperioder, virkningerne af og risikoen ved blandingsbrug, især samtidig alkoholbrug, risici ved stofbrug, når ingen andre

⁽¹⁵³⁾ Se figur DRD-7 (del i) i Statistical bulletin 2009.

⁽¹⁵⁴⁾ Se tabel HSR-8 i Statistical bulletin 2009. Eksperter fra 26 EU-medlemsstater, Norge og Tyrkiet vurderede, i hvilket omfang udvalgte foranstaltninger til forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald blev gennemført.

⁽¹⁵⁵⁾ Se tabel HSR-8 (del ii) i Statistical bulletin 2009.

Reduktion af antallet af dødsfald som følge af overdosis efter fængsel

I England anslås det, at 15 % af de 1 506 dødsfald som følge af overdosis i 2005 skete blandt mennesker, der for nylig var løsladt fra fængsel (det britiske sundhedsministerium, 2007). Internationale undersøgelser bekræfter denne øgede dødsrisiko som følge af utilsigtet overdosis umiddelbart efter løsladelse fra fængsel (f.eks. Farrell og Marsden, 2008). Disse undersøgelser understreger også behovet for en bedre indsats over for mentale sundheds- og narkotikaproblemer til mennesker, der har været i fængsel.

I henhold til ekspertvurderinger fra 24 lande tilbydes der i øjeblikket ikke rådgivning før løsladelse om risiko og forebyggelse af overdoser i seks europæiske lande, og det tilbydes kun til få problematiske stofbrugere i 10 lande og til under halvdelen af dem i yderligere seks lande. Kun Italien og Luxembourg tilbyder denne ydelse til flertallet i målgruppen. Da det kan være vanskeligt at forudsige løsladelsesdatoen, især for varetægtsfængslede, bør oplysninger om overdosisrisici ideelt tilbydes regelmæssigt i fængslerne for at reducere risikoadfærd.

Opioidsstitutionsbehandling, som har haft en beskyttende virkning i fængsler (Dolan et al., 2005), bliver tilsyneladende mere udbredt i fængslerne i EU, og der er retlig mulighed for at påbegynde substitutionsbehandling i fængsler i 21 lande (se kapitel 2). Muligheden for at påbegynde denne form for behandling i fængslerne reducerer risikoen for overdosis og død efter løsladelse og reducerer frekvensen for tilbagefald i kriminalitet (WHO, 2009). Det er dog vigtigt, at sundhedstjenesterne i fængslerne og de lokalsamfundsbaseerede tjenester hænger sammen, så der ikke opstår huller i behandlingskontinuiteten.

er til stede, og færdigheder i førstehjælp. Det vurderes af nationale eksperter, at et flertal af de problematiske stofbrugere i syv lande havde modtaget undervisning i overdosishåndtering i løbet af de seneste 12 måneder, mens det i 10 lande kun var et mindretal, der fik det, og i yderligere seks lande (Belgien, Letland, Østrig, Polen, Rumænien og Slovakiet) fik kun nogle få problematiske stofbrugere denne type vejledning. Der tilbydes ikke undervisning i overdosishåndtering i Estland, Ungarn og Tyrkiet.

Stofbrugere med tidligere erfaring med ikke-dødelige overdoser er i stor risiko for at opleve overdoser

i fremtiden (Coffin et al., 2007), og de bør være en specifik målgruppe. Uddannet personale foretager individuelle vurderinger af overdosisrisiko og forsøger at finde dem, der har brug for ekstra støtte. Ifølge eksperter fik de fleste problematiske stofbrugere i ni lande foretaget en vurdering af deres overdosisrisiko mindst én gang sidste år, mens kun et mindretal i 16 lande var omfattet af denne type foranstaltning. Der findes ingen oplysninger fra Bulgarien, Tyskland og Frankrig.

Udlevering af naloxon til stofbrugere er ikke et standardtiltag i overdosisforebyggelsen overalt i Europa, om end det er almindeligt, at der udleveres forsyninger til hjemmebrug af narkotikatjenesten i Italien, hvor stoffet også kan købes på apoteker uden recept. I Det Forenede Kongerige blev naloxons juridiske status ændret i juni 2005, så enhver i tilfælde af livreddende indsats måtte indgive stoffet. Endvidere blev virkningen af overdosisundervisning i kombination med naloxon til hjemmebrug vurderet i en kohorteundersøgelse med 239 opioidbrugere, der var rekrutteret fra behandlingstjenesten (Strang et al., 2008). Resultaterne viser, at der er sket en forbedring af viden om tegn på overdosis og en øget tillid til at bruge naloxon. I de første tre måneder var alle 12 overdoser, hvor der var brugt naloxon, blevet afværget, mens et enkelt dødsfald forekom blandt de seks overdoser, hvor der ikke blev givet naloxon. Forfatterne konkluderer, at udlevering af større mængder kan nedbringe antallet af narkotikarelaterede dødsfald yderligere, og anbefaler flere undersøgelser af virkningen af overdosisundervisning og nødforsyninger af naloxon blandt opioidbrugere.

En anden kontroversiel tilgang er overvågede stofbrugssteder eller fixerum (¹⁵⁶), som skal reducere dødsrisikoen for klienterne ved at yde øjeblikkelig og hensigtsmæssig lægehjælp i tilfælde af en overdosis på stedet. Operationelle data fra sådanne steder i Europa, Canada og Australien tyder på, at overdoser, der foregår i fixerummet, håndteres med held uden indberettede tilfælde af dødelige overdoser. Milloy og kolleger beregnede antal dødsfald, der potentielt blev afværget i kraft af driften af stofbrugsstedet i Vancouver. De vurderede, at mellem to og 12 dødsfald om året kan være undgået (Milloy et al., 2008). Dette bekræfter tidligere påvisninger af den sandsynlige gavnlige virkning af disse steder for overdosisdødsfald i områder, hvor dækningen er tilstrækkelig.

^[156] Se EONN (2004) om dette emne.

Kapitel 8

Nye stoffer og nye tendenser

Indledning

Brugen af nye psykoaktive stoffer og nye stofbrugsmønstre kan have betydelige folkesundhedsmæssige og politiske konsekvenser. De kan dog være vanskelige at afdække, fordi de typisk dukker op i et beskedent omfang og på specifikke steder eller blandt begrænsede undergrupper af befolkningen. Få lande har overvågningssystemer, der er følsomme nok til at opfange nye fænomener på narkotikaområdet, og de metodiske vanskeligheder ved at afdække dem er betydelige. Alligevel er der udbredt anerkendelse af betydningen af at afdække potentielle nye trusler. Den Europæiske Unions system for tidlig varsling rummer en mekanisme for hurtig reaktion på fremkomsten af nye psykoaktive stoffer på narkotikaområdet. Aktiviteter til støtte for systemet for tidlig varsling er en vigtig del af EONN's arbejde og stemmer overens med et videre perspektiv om at bruge en bred vifte af datakilder til at forbedre det europæiske narkotikaovervågningssystems aktualitet og følsomhed.

Indsats over for nye stoffer

I henhold til Rådets afgørelse om nye psykoaktive stoffer ⁽¹⁵⁷⁾ etableres der en mekanisme for hurtig udveksling af oplysninger om nye psykoaktive stoffer, der kan udgøre sundhedsmæssige og sociale trusler (systemet for tidlig varsling) ⁽¹⁵⁸⁾. Afgørelsen giver endvidere mulighed for at indlede en formel risikovurdering, hvis resultater kan føre til en politisk beslutning om at sætte nye stoffer under kontrol i hele EU.

Over 90 stoffer er blevet indberettet gennem systemet for tidlig varsling siden indførelsen i 1997. Indtil for nylig stod der phenethylaminer og tryptaminer i en stor del af indberetningerne. I det seneste år er der imidlertid dukket en meget mere varieret række af stoffer op. Blandt disse er der utallige derivater af piperazin og cathinon samt en uensartet blanding af andre stoffer, bl.a. planteprodukter, nogle få usædvanlige stimulanser og hallucinogener og visse lægemidler.

I 2008 blev der officielt indberettet 13 nye psykoaktive stoffer for første gang i EU gennem systemet for tidlig varsling. Ud over nye syntetiske stoffer, som udgjorde 11 af de nyanmeldte stoffer, indeholdt gruppen to planter, men ingen lægemidler.

Den kemiske sammensætning i de to indberettede planter — kratom og kava — er forholdsvis velkendt fra litteraturen. De er blevet anvendt på traditionel vis i andre dele af verden, og deres optræden på Europas narkotikascene synes at være begrænset.

De fleste af de nyanmeldte syntetiske forbindelser er psykotrope stoffer i lighed med dem, der er opført på liste I og II i FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer. Af de nye stoffer, der blev anmeldt i 2008, var der færre end de foregående år, der tilhørte hovedgrupperne blandt kemikalierne — phenethylaminer (et), tryptaminer (to) og piperaziner (ingen). Det skal bemærkes, at seks af de nyanmeldte stoffer er derivater af cathinon. De fleste af de nye syntetiske stoffer har stimulerende egenskaber, mens kun tre har hallucinogene virkninger.

For første gang nogensinde blev et syntetisk cannabinoid (JWH-018) i 2008 anmeldt gennem systemet for tidlig varsling. Fremkomsten af syntetiske cannabinoider er seneste skud på stammen af »designer drugs«, der går fra fentanylbaserede cannabinoider i 1980'erne over ring-substituerede phenethylaminer i slutningen af 1980'erne og tryptaminer i 1990'erne til derivater af piperaziner og cathinon i det nye årtusind. Der er over hundrede forbindelser med cannabinoid receptoraktivitet, og det må formodes, at nye stoffer fra forskellige kemiske grupper fortsat vil dukke op på narkotikascenen. Alt dette udgør en konstant udfordring for folkesundheden og de retshåndhævende myndigheder både med hensyn til retsmedicinsk og toksikologisk identifikation af nye stoffer og omgående risikovurdering og i relevant omfang gennemførelse af kontrolforanstaltninger.

⁽¹⁵⁷⁾ Rådets afgørelse 2005/387/RIA af 10.5.2005 om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer (EUT L 127 af 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psykoaktive planter indberettet gennem det hurtige varslingsystem

Produkter af fem psykoaktive planter er rapporteret i de senere år. Arterne, som er blevet fundet af det hurtige varslingsystem, er ikke reguleret internationalt, men er i nogle tilfælde reguleret af EU's medlemsstater.

Kava (*Piper methysticum*) er en busk, der i århundreder har været anvendt til ceremonielle formål på øer i det sydlige Stillehav. En te, der brygges af plantens rødder, kan tages for dens angstdæmpende og afslappende virkninger. Det frygtes i stigende grad, at langvarig brug af kava kan give leverskade. Ingen EU-medlemsstat har anført, at planten eller dens aktive stoffer (kavalactoner) reguleres.

Khat består af blade og friske skud af *Catha edulis*, en busk, der dyrkes i Østafrika og på Den Arabiske Halvø. Khat bruges som et mildt stimulerende stof ved at tygge det friske plantemateriale. De aktive stoffer, cathinon og cathin, er kemisk tæt beslægtet med syntetiske stoffer, som f.eks. amfetamin og methcathinon, og er internationalt reguleret under FN's konvention fra 1971. *Catha edulis* er reguleret i 12 EU-lande.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) er et træ, der findes i den sydøstlige del af Asien. Bladene kan tygges, ryges eller brygges til te. Ved lave doser har planten en stimulerende

virkning. Ved højere doser har kratom en opioidlignende virkning og anvendes i traditionel medicin til behandling af smerter og opioiddabstinenser. Kratoms primære aktive stoffer er mitragynin, mitraphyllin og 7-hydroxymitragynin, selv om mitragynin sandsynligvis forårsager kratoms bedøvende virkning og lindringen af symptomerne ved opioiddabstinenser. Planten, mitragynin og 7-hydroxymitragynin er reguleret i Danmark, mens Litauen regulerer planten og mitragynin.

Salvia divinorum er en etårig plante, der findes i det sydlige Mexico, hvor den traditionelt er blevet anvendt til ceremonielle formål på grund af dens hallucinogene egenskaber. Plantens aktive stof, salvinorin-A, er en potent kappa-opioidreceptoragonist. *Salvia* bruges ved at tygge bladene eller at ryge eller lægge koncentrerede ekstrakter under tungen, hvilket tilsyneladende giver en intens virkning. Indtagelse af plantens blade eller frø giver en længerevarende, men mindre intens virkning. *Salvia divinorum* eller dens aktive stoffer er reguleret i seks medlemsstater og Kroatien.

Indisk elefantsnerle (*Argyreia nervosa*) er en flerårig slyngplante. Dens frø indeholder det aktive stof d-lysergsyreamid (LSA, også kaldet d-lysergamid), et stof, der er nært beslægtet med lsd, og som kan producere milde hallucinogene virkninger. LSA er reguleret som et narkotikum i Irland og Det Forenede Kongerige.

»Spice«-produkter og relaterede syntetiske cannabinoider

Produkter, der markedsføres på internettet og i visse specialbutikker under navnet »spice«, har været tilgængelige siden 2006 eller før. Selv om »spice« muligvis angives at være røgelse, beskriver nogle brugere virkningen af stoffet, når det ryges, som værende lig virkningen af cannabis. Efter en rapport fra Sverige har systemet for tidlig varslings overvåget »spice«-produkter siden begyndelsen af 2008.

Oplysninger på »spice«-emballagen tyder på, at disse produkter består af så mange som 14 planteingredienser. Selv om mindst to af ingredienserne — *Pedicularis densiflora* og *Leonotis leonurus* — kan have visse psykoaktive virkninger, ved man kun lidt om farmakologien og toksikologien i de plantematerialer, der antagelig findes i »spice«-produkterne. Derfor kan der ikke afgives endelige udtalelser om de potentielle sundhedsrisici eller mulige psykoaktive virkninger af disse produkter. Syntetiske ingredienser nævnes ikke i produktinformationen.

I 2008 kunne der købes »spice«-produkter samt forskellige andre »spice«-lignende planteblandinger i onlinebutikker foruden i »head shops« eller »smart shops«, der sælger »legal highs«, dvs. lovlige trip, i mindst ni EU-medlemsstater (Tjekkiet, Tyskland, Letland, Litauen, Luxembourg, Østrig, Polen, Portugal og Det Forenede Kongerige).

Der er foretaget omfattende retsmedicinske undersøgelser i medlemsstaterne for at identificere de psykoaktive ingredienser i »spice«-produkter. I december 2008 opdagede Tyskland og Østrig det syntetiske cannabinoid JWH-018 ⁽¹⁵⁹⁾. Den kemiske struktur i JWH-018 adskiller sig væsentligt fra strukturen i tetrahydrocannabinol (THC), som er det primære aktive stof i alle cannabisprodukter. På forsøgsdyr frembragte JWH-018 de samme virkninger som THC og rapporteredes at være stærkere. I begyndelsen af 2009 blev der påvist et andet syntetisk cannabinoid, CP 47,497 ⁽¹⁶⁰⁾ og tre homologe blev påvist i »spice«-prøver i Europa.

Syntetiske cannabinoider er kun identificeret i et begrænset antal prøver og i varierende mængder. Det ser ud til, at disse syntetiske stoffer er tilsat i det skjulte, idet der på »spice«-produkternes emballage kun oplyses om planteingredienser.

Man kender ikke til, at stoffet JWH-018 og stoffet CP 47,497 og dets homologe skulle være almindeligt brugt som psykoaktive stoffer i sig selv. Derfor er det endnu ikke fastslået, om der er en specifik efterspørgsel efter netop disse stoffer, og om der er behov for en yderligere indsats, som det bestemmes i Rådets afgørelse 2005/387/RIA.

Fire medlemsstater har for at imødegå potentielle sundhedsproblemer truffet forskellige retlige foranstaltninger

⁽¹⁵⁹⁾ Naphthalen-1-yl-(1-pentylindol-3-yl)methanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-Dimethylheptyl)-2-[[1R,3S]-3-hydroxycyclohexyl]-phenol.

Nationale risikovurderingsprocedurer

I 2008 gennemførte EONN en undersøgelse af de forskellige nationale retlige procedurer, der benyttes, når nye stoffer underlægges narkotikalogivningen, den tid, en sådan procedure kræver, og om der benyttes nationale risikovurderingsprocedurer. På tværs af de 26 undersøgte lande fremgår der tre gennemgående tilgange til risikovurdering. I seks lande gennemføres der ikke nationale risikovurderinger. Generelt henholder disse lande sig til risikovurderinger, der er gennemført på internationalt eller europæisk plan. I syv lande gennemføres ad hoc-risikovurderinger efter behov. I 13 lande gennemføres der en form for risikovurdering, når det overvejes, om et stof skal reguleres, enten i henhold til narkotikalogivningen eller tilsvarende eller som en del af den krævede procedure ved fremlæggelse af nye forslag til lovgivning.

De konstaterede niveauer af skade påvirker ikke hastigheden for lovgivningsproceduren i 12 af de 20 lande, der gennemfører deres egne risikovurderinger. Fire lande (Tyskland, Luxembourg, Slovakiet og Sverige) skifter i nogle tilfælde til en hurtig lovgivningsprocedure, hvis det vurderes, at risikoniveauet er højt. I Frankrig, Østrig og Norge vil hastesager føre til en kortere varighed af selve risikovurderingen. I Nederlandene er begge muligheder tilgængelige.

I 16 lande gennemføres de nationale risikovurderinger af en offentlig ekspertgruppe, dvs. et kompetent ministerium eller et offentligt agentur. I seks lande høres eller gives der mulighed for høring af uafhængige forskere, hvis det vurderes nødvendigt. I tre lande (Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige) gennemføres risikovurderingen af uafhængige videnskabelige organer.

Se de retlige rapporter i den europæiske juridiske database om narkotika for yderligere oplysninger (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

til at forbyde eller på anden vis kontrollere »spice«-produkter og beslægtede forbindelser. Tyskland brugte nødlovgivning om narkotika til at kontrollere fire syntetiske cannabinoider fundet i »spice« i et år. Frankrig klassificerede seks syntetiske cannabinoider fundet i »spice«-produkter som narkotika. Østrig brugte sin lægemiddellov til at forbyde import eller markedsføring i Østrig af rygeblandinger med seks syntetiske cannabinoider. Luxembourg besluttede at kontrollere forskellige syntetiske cannabinoider som psykotrope stoffer. Polen ændrede narkotikalovent, så kontrollen kom til at omfatte JWH-018 og to af de påståede planteingredienser i »spice«.

Internettet — en markedsplads for psykoaktive stoffer

Internettet er blevet en ny markedsplads for psykoaktive stoffer, der giver detailhandlerne mulighed for at tilbyde

alternativer til kontrollerede stoffer til et stort publikum. Onlinemarkedspladsen har betydning for den potentielle spredning af nye psykoaktive stoffer, og overvågningen af den får større og større betydning for påvisningen af nye tendenser i stofbrugen. Især er det nødvendigt at fokusere på risiciene ved de udbudte stoffer. Både brugere og professionelle har brug for oplysning om nye produkter, bl.a. kliniske toksikologer, specialister i giftkontrol og personer, der arbejder på narkotikaområdet.

For at påvise den aktuelle udvikling på onlinemarkedet for narkotika gennemfører EONN en årlig snapshot-undersøgelse. I 2009 indgik i alt 115 onlinebutikker i undersøgelsen. Ud fra landekodedomæner og anden information på webstederne kan onlinebutikkerne med rimelighed stedfæstes til 17 europæiske lande. Størstedelen af onlineforhandlerne havde hjemsted i Det Forenede Kongerige (37 %), Tyskland (15 %), Nederlandene (14 %) og Rumænien (7 %).

I modsætning til 2008 var der ikke hallucinogene svampe med indhold af psilocin og psilocybin til salg i nogen af de undersøgte onlinebutikker i 2009. Men fire onlineforhandlere i Frankrig og Nederlandene tilbød scelerotia — det hærdede mycelium af hallucinogene svampe *Psilocybe mexicana* og *Psilocybe tampanensis*.

Blandt de nye produkter, der udbydes til salg i 2009, er en række planterygeprodukter og »partypiller« med nye lovlige alternativer til benzylpiperazin (BZP). Der er også set et stigende fokus på snusprodukter eller plantepulvere.

Hos 48 % af de undersøgte butikker var der »Spice«-produkter ^[61] til salg. Mens de onlinebutikker, der solgte »spice«, var fordelt på 14 forskellige europæiske lande, lå mere end to femtedele af dem i Det Forenede Kongerige (42 %) foruden et anseeligt antal i Irland, Letland og Rumænien.

Bekymringerne over »spice«-produkterne har medført, at en række lande har truffet lovgivningsmæssige foranstaltninger til at forbyde eller på anden måde kontrollere disse stoffer. Inden marts 2009 var »spice«-produkterne trukket tilbage fra onlinebutikker i Tyskland, Frankrig og Østrig.

I 2009 begyndte der at dukke rygeblandinger op på onlinemarkedet som alternativ til »spice«. Forhandlerne i undersøgelsen udbød mindst 27 forskellige plantebaserede rygeblandinger som alternativer til »spice«. Produkterne annonceres som indeholdende plantebaserede ingredienser, om end nogle af dem også indeholder den hallucinogene svamp *Amanita muscaria*. Blandt »Spice«-alternativerne, der tilbydes i Tyskland og Østrig, findes der adskillige plantebaserede

[61] Se »»Spice«-produkter og relaterede syntetiske cannabinoider», s. 92.

rygeblandinger, der sælges som »rumfriskere« eller røgelse. Den hurtige opdukken af erstatningsprodukter til »spice« understreger markedets evne til at reagere hurtigt på forandringer i de psykoaktive stoffers juridiske status. Det sker ofte ved, at nye stoffer kommer på markedet.

Siden BZP blev genstand for kontrolforanstaltninger i EU-medlemsstaterne, kan dette stof ikke længere bruges i »partypiller«, der sælges som lovlige alternativer til ecstasy. I begyndelsen af 2009 udbød mange onlineforhandlere BZP-frie »partypiller«. F.eks. solgte onlinebutikker fra Irland, Polen og Det Forenede Kongerige »retropiller«, som angiveligt indeholder 1-(4-fluorophenyl) piperazin (pFPP), der beskrives som et stof med mildt hallucinogen og stærkt euforiserende virkning.

Snusprodukter markedsføres som et alternativ til kontrollerede stoffer som kokain eller amfetamin. Produkterne hævdes at indeholde koffein og en række andre plantebaserede ingredienser som *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* og *Tilia europea*.

Opfølgning på stoffer

Piperaziner

I 2007 var konklusionen i EONN's og Europols rapport om aktiv overvågning af mCPP (1-(3-chlorophenyl) piperazin), at stoffet ikke øver nogen særlig tiltrækning på brugerne, og at det sandsynligvis ikke ville blive etableret som et selvstændigt stof til rekreativ brug. I 2008 fortsatte mCPP dog med at være det bredest tilgængelige af de nye syntetiske stoffer på det ulovlige narkotikamarked, alene eller i kombination med MDMA. Det ses både af antallet af beslaglæggelser og mængden af beslaglagt materiale indberettet til EONN og Europol. Det er stadig uklart, om stoffet anvendes til at forstærke eller efterligne nogle af virkningerne ved MDMA eller blot som middel til at strække narkotikaen (»cutting agent«). Da de fleste medlemsstater imidlertid ikke har mCPP på listen over kontrollerede stoffer, er antallet af beslaglæggelser sandsynligvis større end indberettet.

Den 3. marts 2008 besluttede Rådet, at medlemsstaterne skal træffe de nødvendige foranstaltninger i overensstemmelse med deres nationale love til at indføre

kontrolforanstaltninger vedrørende BZP, som står i et rimeligt forhold til risikoen ved stoffet, samt strafferetlige sanktioner efter deres lovgivning i overensstemmelse med forpligtelserne ifølge FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer ⁽¹⁶²⁾. Medlemsstaterne skal bestræbe sig på at træffe disse foranstaltninger så hurtigt som muligt og senest et år fra datoen for afgørelsen. I skrivende stund har 17 medlemsstater ⁽¹⁶³⁾ indberettet, at de nu kontrollerer BZP.

GHB/GBL og ketamin

I Europa har gamma-hydroxybutyridsyre (GHB) og ketamin været under overvågning siden 2000, da en risikovurdering af stoffet blev foretaget i henhold til den fælles aktion vedrørende nye former for syntetisk narkotika (EONN, 2002).

Kun få lande har indberettet prævalensdata om GHB og ketamin, og de prævalensskøn, der indberettes, ligger fortsat meget lavere end for andre ulovlige stoffer. Det er vanskeligt at vurdere forandringer i situationen, fordi prævalensdata hentes i ikke-probabilistiske prøver med begrænset sammenlignelighed over tid og mellem prøverne. Ifølge den nederlandske Trendwatch-undersøgelse sås en let stigning i brugen af GHB i bestemte netværk og regioner i Nederlandene i 2007, men både GHB og ketamin bruges mindre hyppigt end andre partystoffer og mest i skjulte befolkningsgrupper, i brugerens hjem og ved fester. I modsætning til de indberettede stigninger de foregående år tyder de seneste statistikker over medicinske nødsituationer forbundet med GHB i Amsterdam på en markant nedgang fra 444 tilfælde i 2006 til 110 i 2007. En undersøgelse udført på et hospital i London afdækkede 58 nødsituationer forbundet med ketaminbrug i 2006 og det samme antal i 2007. Ved de fleste ketaminrelaterede symptomer var stoffet blevet indtaget sammen med andre stoffer, og kun i 11 % af tilfældene forekom der udelukkende ketamin. Ingen af tilfældene krævede kritisk hjælp (Wood et al., 2008).

I ESPAD's befolkningsundersøgelser på skoler fra 2007 findes de seneste data om GHB-brug blandt 15-16-årige skoleelever i hele Europa. Blandt skoleeleverne i undersøgelsen, der omfattede 26 EU-medlemsstater plus Kroatien og Norge, ligger langtidsprævalensen for GHB-brug fra 0 til 3 %, om end de fleste lande melder om et niveau på 1 % eller mindre.

⁽¹⁶²⁾ Rådets afgørelse 2008/206/RIA af 3.5.2008 om definition af 1-benzylpiperazin (BZP) som et nyt psykoaktivt stof, der skal underlægges kontrolforanstaltninger og strafferetlige bestemmelser.

⁽¹⁶³⁾ Belgien, Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Grækenland, Frankrig, Italien, Cypern, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Malta, Portugal, Slovakiet, Finland og Sverige samt Kroatien, Norge og Tyrkiet.



Referencer

- ACMD (2008), »Cannabis: classification and public health«, Advisory Council on the Misuse of Drugs, Home Office, London (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/acmd/acmd-cannabis-report-2008?view=binary>).
- Arponen, A., Brummer-Korvenkontio, H., Liitsola, K. and Salminen, M. (2008), »Trust and free will as the keys to success for the low threshold health service centers (LTHSC)«, National Public Health Institute, Helsinki (http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b24.pdf).
- Baker, A., Lee, N.K. and Jenner, L. (editors) (2004), »Models of intervention and care for psychostimulant users« (2nd edition), National Drug Strategy Monograph Series no. 51, Australian Government Department of Health and Ageing, Canberra.
- Baldacchino, A., Groussard-Escaffre, N., Clancy, C. et al. (2009), »Epidemiological issues in comorbidity: lessons learnt from a pan-European ISADORA project«, *Mental Health and Substance Use: Dual Diagnosis* 2, s. 88-100.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), »Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries«, *European Journal of Public Health* 16, s. 198-202.
- Cherny, N.I., Catane, R. and Kosmidis, P.A. (2006), »Problems of opioid availability and accessibility across Europe: ESMO tackles the regulatory causes of intolerable and needless suffering«, *Annals of Oncology* 17, s. 885-7.
- CND (2008), »World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat«, Commission on Narcotic Drugs, United Nations: Economic and Social Council, Vienna.
- Coffin, P.O., Tracy, M., Bucciarelli, A. et al. (2007), »Identifying injection drug users at risk of nonfatal overdose«, *Academic Emergency Medicine* 14, s. 616-23.
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), »Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy«, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (http://www.hrb.ie/uploads/tx_hrbpublications/HRB_Research_Series_6.pdf).
- Cunningham, J.A. (2000), »Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?«, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211-3.
- Darke, S. and Ross, J. (2002), »Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods«, *Addiction* 97, s. 1383-94.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007), »Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study«, *Addiction* 102, s. 1954-9.
- Decorte, T. (2000), »The taming of cocaine«, VUB University Press, Brussels.
- Department of Health (2007), »Reduction of drug-related harm: an action plan«, Department of Health, London (http://www.dh.gov.uk/en/Publicationsandstatistics/Publications/PublicationsPolicyAndGuidance/DH_074850).
- Desroches, F. (2007), »Research on upper level drug trafficking: a review«, *Journal of Drug Issues* 37, s. 827-44.
- Directorate-General for Health and Consumers (2008a), »Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners«, Directorate-General for Health and Consumers, Brussels (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Directorate-General for Health and Consumers (2008b), »Quality of treatment services in Europe — drug treatment situation and exchange of good practice«, Directorate-General for Health and Consumers, Brussels (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Dolan, K.A., Shearer, J., White, B. et al. (2005), »Four-year follow-up of imprisoned male heroin users and methadone treatment: mortality, re-incarceration and hepatitis C infection«, *Addiction* 100, s. 820-8.
- ECDC and WHO Regional Office for Europe (2008), »hiv/aids surveillance in Europe 2007«, European Centre for Disease Prevention and Control, Stockholm.
- Elkashef, A., Vocci, F., Hanson, G. et al. (2008), »Pharmacotherapy of methamphetamine addiction: an update«, *Substance Abuse* 29, s. 31-49.
- Ellingstad, T.P., Sobell, L.C., Sobell, M.B. et al. (2006), »Self-change: a pathway to cannabis abuse resolution«, *Addictive Behaviours* 31, s. 519-30.
- EONN (2002), »Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs«, Det

Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2004), »European report on drug consumption rooms«, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2005), »Co-morbidity: drug use and mental disorders«, Drugs in focus nr. 14, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2006a), »A gender perspective on drug use and responding to drug problem«, Udvalgt tema, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2006b), »Developments in drug use within recreational settings«, Udvalgt tema, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2007a), »Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue«, Udvalgt tema, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2007b), »Drugs and crime: a complex relationship«, Drugs in focus nr. 16, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2007c), »Drugs and driving«, Udvalgt tema, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2008a), »A cannabis reader: global issues and local experiences«, Monograph nr. 8, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2008b), »Annual report 2008: the state of the drugs problem in Europe«, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2008c), »Drugs and vulnerable groups of young people«, Udvalgt tema, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2008d), »Monitoring the supply of cocaine to Europe«, Technical datasheet, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).

EONN (2008e), »Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe«, Udvalgt tema, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2009a), »Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States«, Insights nr. 10, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

EONN (2009b), »Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents: a review of the theory and evidence base of indicated prevention«, Thematic papers, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og

Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).

European Commission (2007), »Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence«, KOM(2007) 199 endelig (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).

European Commission (2008a), »Civil Society Forum on Drugs in the European Union, Brussels 20-21 May 2008, Final report« (http://ec.europa.eu/justice_home/fsj/drugs/forum/docs/final_report_2008_en.pdf).

European Commission (2008b), »Young people and drugs among 15-24 year-olds«, Flash Eurobarometer 233 (http://ec.europa.eu/health/ph_publication/eurobarometers_en.htm).

European Committee for the Prevention of Torture and Inhuman or Degrading Treatment or Punishment (CPT) (2006), »The CPT standards — »substantive« sections of the CPTs General Reports«, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (<http://www.cpt.coe.int/EN/documents/eng-standards-prn.pdf>).

Europol (2007), »Project COLA: European Union cocaine situation report 2007«, Europol, The Hague.

Europol (2008), »European Union drug situation report 2007«, Europol, The Hague.

Farrell, M. and Marsden, J. (2008), »Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales«, Addiction 103, s. 251-5.

GLADA (2004), »An evidence base for the London crack cocaine strategy«, Greater London Authority, London.

Grebely, J., Genoway, K., Khara, M. et al. (2007), »Treatment uptake and outcomes among current and former injection drug users receiving directly observed therapy within a multidisciplinary group model for the treatment of hepatitis C virus infection«, International Journal of Drug Policy 18, s. 437-43.

Hall, W. and Solowij, N. (1998), »Adverse effects of cannabis«, Lancet 1352, s. 1611-16.

Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. and Razc, J. (editors) (2008a), »Data-collection protocol for specialist harm reduction agencies«, Foundation Regenboog-AMOC, Correlation Network, Amsterdam (<http://www.correlation-net.org/products/datacollection.pdf>).

Hedrich, D., Pirona, A. and Wiessing, L. (2008b), »From margin to mainstream: the evolution of harm reduction responses to problem drug use in Europe«, Drugs: Education, Prevention and Policy 15, s. 503-17 (DOI: 10.1080/09687630802227673).

Henquet, C., Krabbendam, L., Spauwen, J. et al. (2005), »Prospective cohort study of cannabis use, predisposition for psychosis, and symptoms in young people«, BMJ 330, s. 11.

Henskens, R., Garretsen, H., Bongers, I. et al. (2008), »Effectiveness of an outreach treatment program for inner city

crack abusers: compliance, outcome, and client satisfaction», *Substance Use Misuse* 43, s. 1464-75.

Hibell, B. et al. (2009), *The ESPAD Report 2007: »alcohol and other drug use among students in 35 European countries«*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.

Hoare, R. and Flatley, J. (2008), *»Drug misuse declared: findings from the 2007/08 British Crime Survey«*, Home Office Statistical Bulletin, Home Office, London.

Hornik, R., Jacobsohn, L., Orwin, R. et al. (2008), *»Effects of the National Youth Anti-Drug Media Campaign on youths«*, *American Journal of Public Health* 98, s. 2229-36.

INCB (2009a), *»Report of the International Narcotics Control Board for 2008«*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.

INCB (2009b), *»Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008«*, United Nations: International Narcotics Control Board, New York.

Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. et al. (editors) (2004), *»Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options«*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. and Lima, M.S. (2007), *»Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders«*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), cd003023.

Korf, D. (editor) (2008), *»Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets«*, Pompidou Group, Pabst Science Publishers, Lengerich, Germany.

Loftis, J.M., Matthews, A.M. and Hauser, P. (2006), *»Psychiatric and substance use disorders in individuals with hepatitis C: epidemiology and management«*, *Drugs* 66, s. 155-74.

McCambridge, J., Slym, R.L. and Strang, J. (2008), *»Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users«*, *Addiction* 103, s. 1819-20.

McIntosh, J., Bloor, M. and Robertson, M. (2008), *»Drug treatment and the achievement of paid employment«*, *Addiction Research and Theory* 16, s. 37-45.

Mennes, C.E., Ben Abdallah, A. and Cottler, L.B. (2009), *»The reliability of self-reported cannabis abuse, dependence and withdrawal symptoms: Multisite study of differences between general population and treatment groups«*, *Addictive Behaviors* 34, s. 223-6.

Milloy, M., Kerr, T., Tyndall, M. et al. (2008), *»Estimated drug overdose deaths averted by North America's first medically-supervised safer injection facility«*, *PLoS ONE* 3(10): e3351 (doi:10.1371/journal.pone.0003351).

Miovský, M., Miovska, L., Řehan, V. and Trapková, B. (2007), *»Substance use in fifth- and seventh-grade basic school pupils: review of results of quasi-experimental evaluation study«*, *Československá Psychologie* 103 (Supplement 51), s. 109-18 (http://csppsych.psu.cas.cz/files/csppsych_supplement2007.pdf).

Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. and Lang, J.P. (2007), *»Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues«* [Management of hepatitis C among drug user patients], *Gastroenterologie clinique et biologique* 31, s. S51-5.

NICE (2009), *»Needle and syringe programmes: providing people who inject drugs with injecting equipment«*, Public health guidance 18, National Institute for Health and Clinical Excellence, London.

Nordstrom, B.R. and Levin, F.R. (2007), *»Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature«*, *American Journal of Addiction* 16, s. 331-42.

NTA (2007), *»Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management«* (<http://www.nta.nhs.uk/publications/>).

Obadovic, I. (2008), *»Activité des »consultations jeunes consommateurs« (2005-2007), Tendances 63, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.*

Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A. et al. (2008), *»The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life«*, *Addiction* 103, s. 439-49.

Piontek, D., Kraus, L. and Klempova, D. (2008), *»Short scales to assess cannabis-related problems: a review of psychometric properties«*, *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy* 3, s. 25.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004), *»Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups«*, *European Addiction Research* 10, s. 147-55.

Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. and Hopkins, L.N. (2001), *»Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey«*, *Circulation* 103, s. 502-6.

Roesner, S. and Küfner, H. (2007), *»Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)«*, *Sucht* 54 (Supplement 1), s. S65-S77.

Rosenberg, H., Melville, J. and McLean, P.C. (2002), *»Acceptability and availability of pharmacological interventions for substance misuse by British NHS treatment services«*, *Addiction* 97, s. 59-65.

Samhsa (2007), *»National survey on drug use and health«*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C. et al. (2008), *»Guidelines for estimating the incidence of problem drug use«*,

- Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. and Deering, D. (2008), »Profile of young people attending alcohol and other drug treatment services in Aotearoa, New Zealand: clinical file search«, *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 42, s. 963-68.
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J. et al. (2008), »Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe«, in *Quality of treatment services in Europe — drug treatment: situation and exchange of good practice* (ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- Scottish Government (2008), »Reducing drug users' risk of overdose«, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. and Sheridan, J. (1997), »Prescribing amphetamine to drug misusers: data from the 1995 national survey of community pharmacies in England and Wales«, *Addiction* 92, s. 833-8.
- Strang, J., Manning, V., Mayet, S. et al. (2008), »Overdose training and take-home naloxone for opiate users: prospective cohort study of impact on knowledge and attitudes and subsequent management of overdoses«, *Addiction* 103, s. 1648-57.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J., Sweeting, M.J. and Gill, O.N. (2008), »The cost-effectiveness of screening and treatment for hepatitis C in prisons in England and Wales: a cost-utility analysis«, *Journal of Viral Hepatitis* 15, s. 797-808.
- Swift, W., Hall, W. and Copeland, J. (2000), »One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia«, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309-18.
- Talu, A., Rajaleid, K., Abel-Ollo, K. et al. (2009), »HIV infection and risk behaviour of primary fentanyl and amphetamine injectors in Tallinn, Estonia: implications for intervention«, *International Journal of Drug Policy* (doi:10.1016/j.drugpo.2009.02.007).
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J. et al. (2007), »A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence«, *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160-2.
- Toufik, A., Cadet-Taïrou, A., Janssen, E. and Gandilhon, M. (2008), »The first national survey on users of the CAARUD centres«, *Tendances* nr. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- UNODC (2009), »World drug report«, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- UNODC and Government of Morocco (2007), »Morocco cannabis survey 2005«, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.
- Vandam, L. (2009), »Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature«, in Cools, M. et al. (editors), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerp.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. et al. (submitted), »Can HCV prevalence be used as a measure of injection-related hiv-risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis«, *Addiction*.
- Wagner, F.A. and Anthony, J.C. (2002), »From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol«, *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479-88.
- Wammes, A., Van Leeuwen, L. and Lokman, S. (2007), »Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 «Je bent niet gek als je niet blowt«, Trimbo Institute, Utrecht.
- WCO (2008), *Customs and drugs report 2007*, World Customs Organisation, Brussels.
- WHO (2007), »Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health«, WHO Regional Office for Europe, Copenhagen (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), »Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence«, World Health Organization, Geneva (http://www.who.int/substance_abuse/publications/opioid_dependence-guidelines.pdf).
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I. et al. (2008a), »European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs) — the need to improve quality and comparability«, *Eurosurveillance* 13(21):pii=18884 (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=18884>).
- Wiessing, L., Van de Laar, M.J., Donoghoe, M.C. et al. (2008b), »HIV among injecting drug users in Europe: Increasing trends in the East«, *Eurosurveillance* 13(50) (<http://www.eurosurveillance.org/viewarticle.aspx?ArticleId=19067>).
- Wood, D.M., Bishop, C.R., Greene, S.L. and Dargan, P.I. (2008), »Ketamine-related toxicology presentations to the ED«, *Clinical Toxicology* 46, s. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. and Mykletun, A. (2006), »Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey«, *BMC Public Health* 6:34 (www.biomedcentral.com).

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning for 2009: narkotikasituationen i Europa

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor

2009 — 99 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-380-2

Hvordan får man fat i publikationer fra EU

Publikationer til salg:

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)
- Hos boghandleren; oplys titel, forlag og/eller ISBN-nummer
- Ved at kontakte et af vores salgssteder direkte. Adresser, telefonnumre osv. findes på følgende webadresse: <http://bookshop.europa.eu>, eller send en fax til +352 2929-42758 med anmodning om kontaktoplysninger.

Gratis publikationer:

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>)
- Hos Europa-Kommissionens repræsentationer eller delegationer. Adresser, telefonnumre osv. findes på følgende webadresse: <http://ec.europa.eu>, eller send en fax til +352 2929-42758 med anmodning om kontaktoplysninger.

Om EONN

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er et af Den Europæiske Unions decentrale organer. Det blev etableret i Lissabon i 1993 og er den centrale kilde til tværgående information om narkotika og narkotikaafhængighed i Europa.

EONN indsamler, analyserer og formidler faktiske, objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger om narkotika og narkotikaafhængighed. Herved forsyner Narkotikaovervågningscentret sit publikum i Europa med et billede af narkotikafænomenet baseret på bevismateriale.

Centrets publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning.

Årsberetningen præsenterer EONN's årlige oversigt over narkotikafænomenet i EU, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa.



Publikationskontoret

