



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

ISSN 1682-2773

ÅRSRAPPORT 2009

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

ÅRSRAPPORT 2009

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA

Juridisk meddelelse

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

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

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

Gratis telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografiske opplysninger finnes bakerst i publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2009

ISBN 978-92-9168-401-4

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2009

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Luxembourg

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Cais do Sodré, 1249-289 Lisboa, Portugal
Tlf. (351) 211 21 02 00 • Faks (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Innhold

Forord	5
Takk	7
Innledende note	9
Kommentar: Å treffe et bevegelig mål — utfordringen ved å utarbeide en pragmatisk, politisk respons på et narkotikaproblem i stadig endring	11
Kapittel 1: Politikk og lovgivning	
Politisk utvikling internasjonalt og i EU • Nasjonale strategier • Offentlige utgifter • Nasjonal lovgivning • Forskning	18
Kapittel 2: Narkotikatiltak i Europa — en oversikt	
Forebygging • Behandling • Skadereduksjon • Sosial reintegrasjon • Rettshåndheving og narkotikalovbrudd – Helse- og sosialtiltak i fengsler	26
Kapittel 3: Cannabis	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Behandling	38
Kapittel 4: Amfetamin, ecstasy og hallusinogene stoffer	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Rekreasjonsmiljøer • Behandling	49
Kapittel 5: Kokain og crack	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Helsekonsekvenser • Problematisk bruk og etterspørsel etter behandling • Behandling og skadereduksjon	60
Kapittel 6: Opioidbruk og injeksjonsbruk	
Tilbud og tilgjengelighet • Problematisk bruk av opioider • Injeksjonsbruk • Behandling	71
Kapittel 7: Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall	
Infeksjonssykdommer • Smittevern • Dødsfall og dødelighet • Reduksjon av dødsfall	80
Kapittel 8: Nye narkotiske stoffer og trender	
EUs tiltak mot nye stoffer • “Spice”-produkter og relaterte syntetiske cannabinoider • Internettbutikker • Oppfølging av stoffer	91
Referanser	96



Forord

Denne rapporten er en oppdatert, detaljert vurdering av narkotikasituasjonen i Europa. Vi er våre ansatte som har arbeidet hardt for å lage den, stor takk skyldig. Når dette dokumentet er blitt så solid, skyldes det imidlertid ikke bare det arbeidet vi har gjort her i Lisboa, men også – og faktisk enda viktigere – den innsatsen medlemsstatene har gjort for å utvikle et velfungerende og omfattende informasjonssystem. Overvåkingssystemet som er på plass, gir et godt utgangspunkt for en moden og velinformert debatt om narkotikaproblemet og bidrar etter vår oppfatning, til å skape en bedre og mer effektiv politikk.

Behovet for en slik politikk blir mer og mer påtrengende etter som utfordringene på området blir stadig mer komplekse. Narkotikaproblemet dynamiske natur er et tema som ofte går igjen i rapporten, og vi er nødt til å sikre at vårt fremsyn holder tritt med de stadige endringene vi står overfor.

I år er det 15 år siden EONN begynte å samle informasjon og rapportere om narkotikaproblemet i Europa. Jubileet ble markert med konferansen "Identifying Europe's information needs for effective drug policy". Her fikk forskere, fagfolk og beslutningstakere fra hele Europa og verden for øvrig muligheten til å komme til Lisboa og hjelpe oss med å kartlegge og evaluere den eksisterende kunnskapsbasen på rusfeltet samt identifisere eksisterende og framtidige informasjonsbehov.

Konferansen viste at Europa har utviklet seg til å bli et enestående laboratorium for å studere og øke forståelsen av narkotikabruk og narkotikarelaterte tiltak. Dette byr på store muligheter for kollektiv læring og kunnskapsutveksling. Det er unikt på verdensbasis at en så stor gruppe land med forskjellige kulturer, forener krefter for å bedre forståelsen av og innsatsen mot dette svært sammensatte samfunnsproblemet. Dette kommer til uttrykk i utviklingen av et tversgående narkotikaovervåkingssystem som omfatter 30 land med en samlet befolkning på over en halv milliard mennesker. Det kan også ses i EUs narkotikastrategi og -handlingsplan, som er verktøyer utformet for å gjøre opp status for informasjonen som er tilgjengelig, og omsette den til konkret og felles handling. Dette er spesielt viktig nå som medlemsstatene står overfor vanskelige valg med hensyn til ressursprioritering, og har større fokus enn noen sinne på nødvendigheten av å få maksimalt utbytte av investeringene de har gjort. Vi er sikre på at denne rapporten gir et godt bidrag til denne prosessen. Videre er vi opptatt av å identifisere effektive

praksiser på narkotikaområdet, og dette er noe EONN vil vie stadig større oppmerksomhet i tiden som kommer.

På konferansen ble det identifisert en rekke viktige problemstillinger som også er tatt med i analysen som presenteres her. Informasjonssystemene våre må bli bedre når det gjelder å identifisere, spore og rapportere om nye trender. For å lykkes med dette er det imidlertid helt avgjørende å sikre at rapporteringen også i framtiden er nøyaktig, velfundert og ikke oppfattes som svartmalende. I analysen ble også behovet for å se spørsmål knyttet til sammenhengen mellom tilbuds- og etterspørselssiden understreket. I årets rapport vier vi større oppmerksomhet til en analyse av indikatorer på tilbudssiden og av narkotikamarkedet. Vi gjør dette med varsomhet, for foreløpig er det ikke gjort nok for å bedre kvaliteten, påliteligheten og sammenlignbarheten av det europeiske datasettet på området. Dette er nå viden anerkjent, og vi vil arbeide sammen med våre nasjonale og europeiske partnere for å ta fatt i problemet.

Et av funnene i årets rapport er at vurderingen av narkotikasituasjonen i Europa må bygge på en samtidig forståelse av nasjonale og subregionale sætrekk og, i stadig større grad, av felles europeiske eller til og med globale trender. I framtiden vil vi måtte beskrive disse komplekse relasjonene bedre. Dette vil hjelpe oss å forstå hvilke faktorer som kan fremme eller motvirke framveksten av narkotikaproblemer, men også fungere som en rettesnor i utviklingen av effektive tiltak.

Endelig bør det bemerkes at EU og FN i slutten av 2008 og begynnelsen av 2009 omtrent samtidig fornyet sine narkotikapolitiske dokumenter. Både EUs nye handlingsplan mot narkotika og FNs nye politiske erklæring og handlingsplan gjenspeiler en internasjonal forpliktelse til å redusere bruken av narkotika og skadevirkningene den kan medføre. Å nå disse målene er en stor utfordring som bare vil kunne overvinnes dersom det er bred oppslutning om gjennomføringen av planlagte tiltak. Overvåking og evaluering er nøkkelelementer i denne prosessen, ettersom de bidrar til å holde politikken på rett spor og kartlegge fremgangen som gjøres.

Marcel Reimen
Styreleder, EONN

Wolfgang Götz
Direktør, EONN



Takk

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EONN å takke:

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

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

Reitox er Det europeiske informasjonsnett for narkotika og narkotikamisbruk. Nettet består av de nasjonale kontaktpunktene i medlemsstatene i EU, Norge, søkerlandene og ved Europakommisjonen. Kontaktpunktene er utnevnt av sine respektive regjeringer som nasjonal myndighet med ansvar for å levere narkotikainformasjon til EONN.

Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på

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



Innledende note

Denne årsrapporten er basert på informasjon EONN har mottatt fra EUs medlemsstater, søkerlandene Kroatia og Tyrkia, samt Norge, i form av en nasjonal rapport. De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for år 2007 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Grafiske framstillinger og tabeller i rapporten kan vise til undersett av EU-land. Utvalget er gjort på grunnlag av de landene som har data tilgjengelig for den aktuelle perioden.

Detaljprisene på narkotika som rapporteres til EONN, er prisen til bruker. Rapporter om renhet eller styrke er fra de fleste land basert på en prøve tatt av alle beslaglagte stoffer, og det er generelt ikke mulig å knytte de innrapporterte dataene til et bestemt nivå av narkotikamarkedet. Når det gjelder renhet, styrke og detaljpris, er analysene basert på rapporterte gjennomsnittsverdier eller typetall, eller i mangel av dette, på middelverdier.

Rapporter om prevalensen av narkotikabruk basert på generelle befolkningsundersøkelser viser i hovedsak til aldersgruppen 15–64 år. Land som bruker andre øvre eller nedre aldersgrenser, er bl.a. Bulgaria (18–60), Den tsjekkiske republikk (18), Danmark (16), Tyskland (18), Ungarn (18–59), Malta (18), Sverige (16) og Storbritannia (16–59). Prevalenstallene for Storbritannia viser til England og Wales.

I rapporter om behandlingssøknader viser "nye klienter" til personer som er inntatt til behandling for første gang, og "alle klienter" til alle som påbegynner behandling. Klienter som er inne i et behandlingsopplegg ved årets begynnelse, er ikke inkludert i dataene. Når andelen behandlingssøknader for et primærrusmiddel oppgis, er nevneren antallet søknader der primærrusmiddelet er kjent.

Analyser av trender er bare basert på land som har lagt fram tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle tidsperioden. Tall for 2006 kan erstatte manglende 2007-verdier i analyser av trender på narkotikamarkedet. For analyser av andre trender kan manglende data bli interpolert. Trender for priser er korrigert for inflasjon på nasjonalt plan.

Informasjon om hvilke intervensjoner som finnes i Europa og deres tilgjengelighet, er oftest basert på en informert vurdering fra nasjonale eksperter, innhentet gjennom strukturerte spørreskjemaer.

Begrepet "rapporter" i forbindelse med brudd på narkotikalovgivningen kan ha forskjellig innhold alt etter land.

Årsrapporten er tilgjengelig på 23 språk og kan lastes ned fra
<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2009>

Statistiske opplysninger 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats09>) inneholder alle kildetabeller som den statistiske analysen i årsrapporten er basert på. Her finnes også nærmere opplysninger om metodene som er brukt, samt et hundretalls andre statistiske grafer.

Landoversikter (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) inneholder en grafisk presentasjon av de viktigste aspektene ved narkotikasituasjonen i det enkelte land.

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



Kommentar

Å treffe et bevegelig mål – utfordringen ved å utarbeide en pragmatisk politisk respons på et narkotikaproblem i stadig endring

Politisk enighet åpner for en mer målrettet handlingsplan mot narkotika

Denne rapporten dekker en periode som er viktig i narkotikapolitikken, både i og utenfor Europa. I Den europeiske union har vi hatt evalueringen av handlingsplanen mot narkotika for 2005–2008 – den femte i rekken – og utarbeidelsen og lanseringen av oppfølgeren for perioden 2009–2012. Selv om oppmerksomheten ofte rettes mot forskjellene i medlemsstatenes narkotikapolitikk, råder det nå påtagelig enighet i diskusjonene på europisk plan sett i historisk perspektiv. Medlemsstatene har fortsatt egne politiske perspektiver, som i noen grad gjenspeiler særegne nasjonale realiteter, men på mange områder virker debatten likevel stadig mer moden og drevet av enighet. Dette har lagt til rette for en ny handlingsplan for EU som kan beskrives som pragmatisk, fokusert og målrettet. Denne tilnærmingen viser seg konkret gjennom den oppmerksomhet som rettes mot bestemte områder som: forebygging av narkotikarelaterte dødsfall, arbeid innen fengselsmiljøet, forbedring av behandlingskvaliteten og andre tiltak.

Internasjonalt har en betydelig interesse både i offentligheten og i fagkretser blitt stimulert av drøftelsene i forbindelse med vedtaket av FNs nye politiske erklæring og handlingsplan for bekjempelse av narkotikaproblemet globalt, som fant sted i etterkant av gjennomgangen av målene vedtatt av FNs generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) i 1998. I denne debatten har Europa tatt kraftig til orde for en narkotikapolitikk som er balansert, vitenskapelig basert og human. Dette har bidratt til å sikre at man i den endelige avtalen beholdt de mest sentrale elementene i de opprinnelige UNGASS-dokumentene fra 1998. Selv om diskusjonene i FN til tider var opphetet og noen ganger gjenspeilte fastlåste politiske og ideologiske standpunkter, var det også tegn som tydet på at en mer pragmatisk og fornuftsbasert tilnærming til å identifisere effektive tiltak vinner terreng. USA f.eks. myknet opp sitt syn på tilbud om steril sprøyteutstyr for å redusere risikoen for blodbåren smitte, i samsvar med den betydelige dokumentasjonen på effektivitet som nå finnes

på dette området. I det store og hele synes det ifølge senere politiske erklæringer, som om USA beveger seg i retning mot den europeiske modellen. Etter UNGASS-møtet var det også bred enighet om behovet for en effektiv, global overvåking av narkotikafenomenet, særlig med tanke på de stadig større problemene i utviklings- og overgangsland. Rapporteringsmekanismen som er utviklet for å vurdere gjennomføringen av UNGASS' handlingsplaner, er blitt kritisert. Men dersom den avvikles, vil viktige arbeidsområder, særlig når det gjelder etterspørselsreducerende tiltak, bli liggende utenfor det eksisterende globale rammeverket for rapportering. Dette vil trolig bli et viktig tema på den forestående sesjonen i FNs narkotikakommisjon.

Rettspraksis vs. konkurrerende politiske mål

Håndhevelse av narkotikalovgivningen har fått en høy profil i årets rapport, og en utgave av «Utvalgte aspekter» tar opp straffeutmåling og andre utfall for personer som tiltales for narkotikaforbrytelser. Antallet brudd på narkotikalovgivningen som rapporteres i Europa, fortsetter å øke. Og til tross for at dataene er vanskelige å tolke, reiser denne observasjonen spørsmål om i hvor stor grad rettspraksis er i tråd med de politiske målsettingene på området.

Generelt kan man si at den narkotikapolitiske debatten i Europa har beveget seg mot et standpunkt som innebærer at innsatsen for bekjempelse bør settes inn mot forsyning, snarere enn mot bruken, av narkotika. I tråd med dette har enkelte land utvidet strafferammene eller innført minstestraffer for lovbrudd knyttet til narkotikaforsyning. I hvilken grad denne fokusendringen, bort fra brukerne og over på leverandørene av narkotika, gjenspeiles i politiets praksis, er vanskelig å måle. Bare i noen få land er antallet lovbrudd knyttet til narkotikaforsyning høyere enn antallet lovbrudd mot besittelse. Antallet lovbrudd knyttet til forsyning har hatt en generell økning, men antallet lovbrudd knyttet til besittelse eller bruk av narkotika, har også økt, og i enda større grad. I Europa sett under ett er bildet når det gjelder forsyningsrelaterte lovbrudd mer sammensatt, og dataene på mellomlang sikt viser at

halvparten av rapporteringslandene har hatt en nedgang i antallet slike lovbrudd.

En grundig gjennomgang av straffeutmålingen for brudd på narkotikalovgivningen i Europa som følger denne rapporten, undersøker nærmere hva som skjer med dem som bryter narkotikalovgivningen. Frihetsberøvelse er vanlig for forsyningsrelaterte lovbrudd, men straffen som idømmes ligger ofte i den nedre enden av tilgjengelig straffeskala, gjennomsnittlig tre år eller mindre. Dette kan være et uttrykk for det faktum at mange av dem som tiltales, befinner seg i nederste enden av forsyningskjeden, f.eks. langere og avhengige som også selger narkotika for å finansiere eget forbruk. Dette har implikasjoner for utarbeidelsen av retningslinjer for utmålingen av minstestraff, særlig om intensjonen er å avskrekke karrierekriminelle på høyt nivå fra å involvere seg i narkotikaforsyning.

I de fleste land blir frihetsberøvelse sjelden idømt for bruk eller besittelse av narkotika. Når det er sagt, vil en liten prosentandel av dem som blir stilt for retten, bli dømt til ubetinget fengsel, muligens på grunn av skjerpende omstendigheter. Det betyr at stadig flere narkotikabrukere kommer i kontakt med strafferettssystemet for bare å få en administrativ eller mildere straff. Hvis man ser bort fra en mulig avskrekkende virkning slike tiltak måtte ha, gjenstår likevel spørsmålet om i hvilken grad denne kontakten med enkelte grupper av narkotikabrukere utgjør en tapt mulighet til å iverksette andre etterspørselsreducerende tiltak. På dette området har enkelte land funnet innovative løsninger, men disse er generelt sjeldne.

Ettersom de som tiltales for narkotikalovbrudd er en variert gruppe, er behovsvurderinger et særlig viktig tema for utviklingen av tjenestetilbudet på dette området. Når det gjelder helserelaterte tiltak, spenner disse over et spekter fra forebygging, opplysning og skadereduksjon til kortvarige intervensjoner og, når det trengs, henvisning til spesialisert narkotikabehandling og sosialt støtteapparat. Å få utviklet en fungerende modell som sikrer hensiktsmessige henvisningsforløp, vil trolig utgjøre en organisasjonsmessig utfordring. Portugal har forholdt seg noe annerledes til dette problemet. Bruk av narkotika er ikke lenger gjenstand for strafferettslige sanksjoner, og de som tas for besittelse av narkotika, henvises direkte til en spesialnemnd for behovsvurdering. Nemndene omtales som "nemnder for bekjempelse av narkotikabruk" og kan ilegge bøter, men straff er ikke hovedmålsettingen. Ordningen har nå vært i bruk i åtte år, og tilgjengelige data synes ikke å understøtte frykten i innledningsfasen for at denne tilnærmingsmåten skulle føre til en økning i narkotikaturismen eller til høyere bruksnivåer.

Behandling og helsetiltak: fra "standardbehandling" til en verktøykasse av målrettede tiltak

Tjenestetilbudet til narkotikabrukere i Europa blir stadig mer mangfoldig og inngår i en integrert omsorgspakke. Dette gjenspeiles både begrepsmessig og i praksis. For eksempel blir skadereduserende tiltak og behandling i stadig større grad knyttet opp mot hverandre og tilbys av de samme tjenesteleverandørene. Selv om det er bred anerkjennelse av viktigheten av sosial reintegrasjon, forblir dette feltet dårlig utviklet, og narkotikabrukerne opplever fortsatt betydelige vansker med å finne en jobb så vel som en tilfredsstillende bolig og derved komme i gang med aktiviteter som ikke er knyttet til narkotika.

Selv om det er gjort framskritt når det gjelder behandlingen av narkotikabrukere i Europa, er utviklingen ujevn både med hensyn til hvilke stoffer det fokuseres på, og den geografiske dekningen. De største framskrittene er gjort på området substitusjonsbehandling med opioider, der rundt 650 000 nå får behandling, et tall som stadig øker. Øst-Europa sett under ett bidrar imidlertid bare til en liten andel av denne totalen, noe som tyder på at det er behov for å utvide tjenestetilbudet i enkelte land. I en rekke land har det vist seg at man ved å trekke inn allmennleger kan bidra til at behandlingstilbudet utvides. Såkalte "shared care"-ordninger, der behandlingsansvaret deles med spesialiserte sentre, innebærer ikke bare støtte til allmennleger, men sikrer også kvaliteten på behandlingen.

Til tross for at det i de fleste land er teoretisk mulig å fortsette eller påbegynne substitusjonsbehandling i fengsler, viser dette seg ofte vanskelig i praksis. Gitt det store antallet narkotikabrukere i europeiske fengsler, er det et presserende behov for å utvide behandlingsmuligheter av alle slag i dette miljøet. EUs handlingsplan anerkjenner dette, men området er fortsatt forsømt i de fleste land.

Tjenestetilbudet og forståelsen av hva som utgjør effektiv omsorg når det gjelder andre stoffer enn opioider, er mindre godt utviklet i Europa. At dette er et problem, har imidlertid begynt å synke inn, og stadig flere europeiske forsknings- og pilotprosjekter tar nå for seg behandlingsbehovene til brukere av stimulerende stoffer og cannabis. I tillegg har utviklingen innen nevrovitenskap ikke bare økt vår forståelse av de biologiske mekanismene ved avhengighet, men begynner nå også å bidra til en del innovative løsninger. Et eksempel på dette er en kokainvaksine som nå blir utprøvd i stor skala i Europa. Utviklingen innen informasjonsteknologien har også tilrettelagt for innovasjon, f.eks. internettbaserte behandlingsprogrammer og bruk av tekstmeldinger.

Ny dokumentasjon viser at Europa går mot en periode med nedgang i cannabisbruken

Cannabisbruken økte drastisk på 1990-tallet, så mye at nærmere en firedel av alle voksne i Europa nå rapporterer at de har brukt stoffet minst én gang. Siden har situasjonen stabilisert seg, og de aller nyeste dataene understøtter klart analysen i fjorårets rapport som tilsier en generell nedgang i bruken av stoffet. Av særlig interesse er de siste resultatene fra Den europeiske undersøkelsen av europeiske skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), som gir et innblikk i tidstrendene for rusmiddelbruk blant skoleelever. De mønstrene som avtegner seg her, vil trolig senere vise seg i eldre kohorter. Det er interessant å merke seg at akkurat som ulike tidsmessige mønstre kan sees i den oppadgående trenden for cannabisbruk i fortiden, synes dette mønsteret nå å gjenta seg med motsatt fortegn. For eksempel var Storbritannia, et av de første landene som registrerte høy prevalens, også blant de første som rapporterte om nedgang i bruken. Dette mønsteret kan nå sees i de fleste andre vesteuropeiske land. I Øst-Europa har bruksnivåene fortsatt å stige i de fleste landene inntil nylig. Men selv i disse landene er det blant ungdom tegn til en stabilisering, slik at om mønsteret fra andre steder gjentar seg, kan man forvente en påfølgende nedgang.

Å forstå hvilke faktorer som påvirker populariteten for et stoff som cannabis, er selvsagt viktig. Man må imidlertid være forsiktig med å utlede enkle årsakssammenhenger. Politikken både på nasjonalt- og EU-plan, kan ha påvirket disse trendene, men i og med at synkende bruksnivåer også forekommer i USA og Australia, tyder det på at bredere sosiokulturelle faktorer trolig er viktige. I Europa sett under ett er det en liten gruppe land som utmerker seg, hovedsaklig i nord og sør, hvor cannabisbruken har holdt seg lav og stabil i noen tid. Det vil også være veldig interessant å forstå de beskyttelsesfaktorene som er i sving i disse landene, men igjen vil analyser måtte ta full høyde for kulturelle, sosiale og historiske faktorer; i tillegg til betydningen av narkotika- og sosialpolitikken.

I motsetning til dataene for generelle bruksnivåer, er de nyeste analysene av mønstrene for problematisk cannabisbruk i Europa mer variert og mindre oppmuntrende. Et forbehold her er at vi ennå ikke har gode måltall for avhengighet eller problematisk bruk, og selv om det har vært en viss framgang på dette feltet, må vi forholde oss til mer indirekte indikatorer. Antallet nye behandlingssøknader relatert til cannabisbruk er nå kanskje i ferd med å stabilisere seg, etter å ha steget jevnt i flere år. Men i hvilken grad dette gjenspeiler bruksmønstre eller tjenestenes kapasitet, er fortsatt uklart. Pr. i dag vil en ekstrapolering fra estimater over antallet

Anslag over narkotikabruk — i korte trekk

De estimatene som presenteres her, gjelder den voksne befolkningen (15–64 år) og er basert på de nyeste tilgjengelige dataene. For fullstendige datasett og informasjon om metodene som er benyttet, se ledsagende statistiske opplysninger.

Cannabis

Livstidsprevalens: minst 74 millioner
(22 % av alle voksne i Europa)

Bruk siste år: om lag 22,5 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: om lag 12 millioner europeere

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:
Variasjoner fra 0,4 % til 14,6 %

Kokain

Livstidsprevalens: om lag 13 millioner
(3,9 % av alle voksne i Europa)

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

Bruk siste måned: om lag 1,5 millioner

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

Ecstasy

Livstidsprevalens: om lag 10 millioner
(3,1 % av alle voksne i Europa)

Bruk siste år: om lag 2,5 millioner, eller én firedel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: under 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:
Variasjoner fra 0,1 % til 3,5 %

Amfetaminer

Livstidsprevalens: om lag 12 millioner
(3,5 % av alle voksne i Europa)

Bruk siste år: om lag 2 millioner, eller én seksdel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: under 1 million

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

Opioider

Problembbrukere av opioider:
anslått til mellom 1,2 og 1,5 millioner europeere

Narkotikainduserte dødsfall sto for 4 % av alle dødsfall blant europeere i alderen 15–39 år, og opioider ble påvist i om lag tre firedeler av dødsfallene

Mer enn 50 % av alle søknader om narkotikabehandling gjelder opioider

Om lag 650 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2007

daglige brukere av stoffet gi den beste atferdsindikatoren for problematisk bruk av cannabis. Trendene for daglig bruk er vanskelige å vurdere, men tilgjengelige data tyder ikke på noen generell nedgang. EONN vurderer det dit hen at mellom 2 % og 2,5 % av unge voksne bruker cannabis daglig eller nesten daglig, med langt høyere nivåer blant unge menn. Dette representerer en stor befolkningsgruppe som er i faresonen, og understreker behovet for en bedre forståelse av denne gruppens behov av tjenester.

Heroin og kokain: ingen klare tegn til at problemet blir mindre

Det er lite som tyder på at situasjonen bedrer seg når det gjelder bruken av heroin og kokain, de to stoffene som utgjør kjernen i Europas narkotikaproblem. Så mye sagt; å tegne et klart bilde av dette feltet blir vanskeliggjort pga. problemene med å bringe informasjon fra ulike indikatorer på en felles nevner. Dette gjelder særlig kokain, hvor man ifølge de nyeste dataene, i tillegg til en nedgang i antatt produksjon, har hatt en reduksjon i beslaglagte volumer i Den europeiske union, samtidig som stoffet som omsettes på gatenivå i de fleste land, ikke er like rent.

I Storbritannia, som har et stort kokainmarked, har man den senere tiden sett en betydelig nedgang i renheten på stoffet. Disse dataene tyder på at tilgjengeligheten av kokain er mindre, men annen informasjon setter spørsmålstegn ved denne konklusjonen. Antallet beslag av stoffet øker fortsatt, prisene faller og det er tegn som tyder på et skifte til nye smuglerruter gjennom Øst-Europa, noe som kan ha vanskeliggjort bekjempelsestiltakene. Kokainbruken i Europa er fortsatt konsentrert til landene i vest, hvor trenden generelt er stabil eller fortsatt økende. Det er imidlertid dokumentert at stoffet spres videre til andre land. Antallet kokainrelaterte behandlingssøknader går også opp. Ut fra tilgjengelig dokumentasjon er det mulig å konkludere at i etablerte områder er dagens bruksnivåer fortsatt høye og ikke synkende mens de andre steder fortsetter å stige, men det er indikasjoner på at leverandørene i enkelte viktige markeder kan ha vansker med å møte etterspørselen. I kjølvannet av den siste tidens rapporter om en nedgang i den globale kokainproduksjonen, vil det bli interessant å se om framtiden bringer mer konkrete bevis for at tilgjengeligheten av dette stoffet minker.

Heroin står fortsatt for den største andelen av sykdom og dødsfall knyttet til narkotikabruk i Europa. Bruken av dette stoffet har gått ned siden midten/slutten av 1990-tallet, men dagens bilde er ikke fullt så klart, og i enkelte områder er det foruroligende. Etter en markant nedgang har antallet nye behandlingssøknader vært stigende

siden 2002, og mange land rapporterer nå om økning i både antall og andelen av behandlingssøknader knyttet til bruk av opioider. Data over narkotikarelaterte dødsfall, som stort sett er knyttet til heroinbruk, gir heller ingen indikasjon på at den nedadgående trenden fra før 2004 er tilbakevendende. Data over antallet brudd på narkotikalovgivning så vel som beslag viser også oppgang. Det er foruroligende at det i enkelte land er observert heroinproblemer hos en del unge mennesker, noe som tyder på at stoffet kan være i ferd med å komme inn i nye grupper av befolkningen. Alt i alt må det sees som skuffende at en positiv analyse av den synkende trenden for heroinrelaterte problemer ikke lenger lar seg underbygge. Og selv om det pr. i dag ikke er belegg for å si at den epidemiske spredningen av heroin vi har sett tidligere er i ferd med å gjenta seg, medfører heroinbruk betydelige helsemessige og sosiale problemer. Alle indikasjoner på at situasjonen kan forverre seg, særlig nå som Europa går inn i en økonomisk vanskelig periode, gir stor grunn til bekymring.

Blandingsbruk og samtidig bruk av alkohol kjennetegner nå Europas narkotikaproblem

Innen det narkotikaforebyggende arbeidet har man lenge innsett at stoffmisbruk best håndteres på en helhetlig måte og innenfor rammene av en sunn livsstil og informerte valg. Til forskjell er narkotikadebatten ofte mer stoffspesifikk. Det er vanskelig å ikke helle mot den konklusjon at et slikt endimensjonalt perspektiv bidrar stadig mindre til forståelsen av hvordan mønstrene for rusmiddelbruk utvikler seg i Europa. Personer som bruker narkotika begrenser nesten aldri bruken til ett enkelt stoff. Blandingsbruk er normen i Europa i dag, og samtidig bruk av ulike stoffer forårsaker, eller forverrer, mange av de problemene vi står overfor. Dette gjør det nødvendig å utvikle et perspektiv som er mer altomfattende, integrert og fokusert på flere stoffer slik at vi kan forstå situasjonen bedre og utarbeide og evaluere hensiktsmessige tiltak. Dette gjelder i like stor grad narkotikamarkedet. Tiltak for å redusere tilførselen av ett stoff mister klart noe av sin verdi hvis de bare åpner opp for et erstatningsstoff som kan være enda mer skadelig.

Årets rapport suppleres av et utvalgt aspekt om blandingsbruk, som utreder hvilken virkning bruk av flere stoffer har på ulike grupper narkotikabrukere. Funnene er urovekkende. Blant unge kan blandingsbruk øke faren for akutte problemer og er prediktivt for utvikling av et kronisk rusmiddelproblem senere i livet. Blant eldre, regelmessige narkotikabrukere er blandingsbruk en viktig faktor når det gjelder overdoser, det kompliserer behandlingen og er assosiert med vold og andre lovbrudd. Også utvalget av

rusmidler som er tilgjengelig for europeiske brukere, er økende. I denne rapporten nevnes det stadig større utvalget av stort sett ukontrollerte stoffer rettet mot cannabismarkedet, oppfinnsomhet i produksjonen av syntetiske stoffer og økende bekymring for misbruk av reseptbelagte legemidler. I tillegg har man innsett at narkotikaproblemet i Europa kjennetegnes av samtidig bruk av alkohol. Også dette gjelder alle aldersgrupper. Blant skoleelever viser nye data en sterk sammenheng mellom overstadig drikking og narkotikabruk. Overstadig drikking går også ofte hånd i hånd med rekreasjonsbruk av narkotika, noe som øker risikoen for negative utfall blant unge voksne. Blant kroniske narkotikabrukere er alkoholmisbruk så vanlig at det er mer eller mindre selvsagt, og behovet for å håndtere samtidig alkoholavhengighet er blitt en stadig viktigere problemstilling ved sentrene for narkotikabehandling. Alkoholproblemer kan være særlig skadelig for personer med opioidavhengighet, ettersom de allerede kan ha svekket leverfunksjon på grunn av hepatitt, og faren for overdose er større.

Markedet for syntetiske stoffer preges av stadig større oppfinnsomhet og tilgjengelighet av narkotikaprekursorer

EONN konstaterer at situasjonen i Europa med hensyn til tilgjengelighet og bruk av syntetiske stoffer blir stadig mer kompleks og ustabil. Det illegale markedet og leverandørene til dette, utviser stor oppfinnsomhet når det gjelder produksjonsprosesser, nye produkter og markedsføringsmuligheter og samtidig evne til hurtig å tilpasse seg kontrolltiltakene. I tillegg representerer den stadig mer sofistikerte markedsføringen av "legale alternativer" til illegale rusmidler en foruroligende utvikling.

Et eksempel på markedets ustabilitet illustreres av utviklingen for ecstasy den siste tiden. Fram til 2007 inneholdt mesteparten av ecstasy-tablettene som ble analysert i Europa 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA) eller andre ecstasy-lignende stoffer. Foreløpige data fra begynnelsen av 2009 fra systemet for tidlig varsling, tyder imidlertid på at dette er i ferd med å endre seg i noen av medlemsstatene, f.eks. Danmark og Nederland. Inntil halvparten av tablettene som analyseres i disse landene, inneholder ikke MDMA eller analoger til dette. Pillene inneholder snarere 1-(3-klorfenyl)piperazin (mCPP), enten alene eller i kombinasjon med andre psykoaktive stoffer. Selv om mCPP ikke er oppført på FN-konvensjonenes lister, har det vært gjenstand for kontrolltiltak i enkelte av EUs medlemsstater. Årsakene til den senere tids markedsendringer er ikke helt klare, men mangel på 3,4-metylendioksyfenyl-2-propanon (PMK), en

viktig prekursor for syntetiseringen av MDMA, er en mulig forklaring. Det er for tidlig å si om denne utviklingen er midlertidig eller markerer en mer signifikant endring i ecstasy-markedet. EUs system for tidlig varsling har overvåket mCPP siden 2005, og EONN så vel som Europol følger utviklingen på dette området nøye og skal i 2010 utarbeide en rapport om markedet.

Endringer i ecstasy-markedet tyder på at innsatsen for å hindre spredning av prekursorer lykkes i stadig større grad, og denne innsatsen kan også ha stor betydning for tilgjengeligheten og bruken av andre stoffer. Eksempelvis er det tegn som tyder på at metamfetamin kan være i ferd med å fortrenge amfetamin i deler av Nord-Europa. Også i denne sammenhengen er markedsfaktorer og tilgjengeligheten av prekursorer viktige, ettersom produksjonen av metamfetamin nå synes å foregå i Litauen, hvis geografiske plassering er gunstig for import av kjemikaliene som brukes i framstillingen, i dette tilfellet 1-fenyl-2-propanon (BMK), fra land utenfor Den europeiske union. Situasjonen i de nordiske landene bidrar også til bekymringen for at bruken av metamfetamin muligens er i ferd med å spre seg til områder utenfor Tsjekkia. Tsjekkia har lenge hatt problemer med metamfetamin, men produksjonen har vanligvis foregått i liten skala for personlig eller lokal bruk. En rekke sentraleuropeiske land rapporterer nå også om en viss bruk av metamfetamin, og Europol rapporterer om at noen få større produksjonsanlegg er oppdaget og avvirket i andre deler av Europa. Det foreligger også noe dokumentasjon på at bruken av metamfetamin øker hurtig i noen av de landene som grenser mot Den europeiske union. Så langt har stoffet ikke funnet veien inn på det store markedet for stimulerende stoffer i Vest-Europa, der kokain og amfetamin fortsatt dominerer. Siden metamfetamin er relativt enkelt å produsere og kan ha betydelige negative effekter i et folkehelseperspektiv, er det likevel all grunn til fortsatt årvåkenhet. Hvor raskt problemet kan utvikle seg illustreres av Slovakia, som kan tjene som en casestudie av et land hvor bruken av metamfetamin har vokst signifikant.

Internett og markedsføring: er "spice" en forsmak på hva vi har i vente?

Framskrittene innen informasjonsteknologien har ført til store omveltninger på de aller fleste områder i dagens samfunn, og internett er ikke bare blitt en grenseløs kilde til informasjon, men også en betydelig markeds plass for handel med varer og tjenester. Det er derfor ingen overraskelse at dette mediet nå spiller en rolle også på narkotikaområdet. EONN har i år igangsatt en første gjennomgang av internettbaserte behandlingsformer, og det viser seg at de har et betydelig potensial når det

gjelder visse former for forebyggende og skadereduserende tiltak og behandlingstiltak. Til gjengjeld er dette virtuelle og globale fenomenet åpenbart vanskelig å regulere, og internett kan også brukes til å fremme bruk av psykoaktive stoffer. Salg og markedsføring av alkohol og legemidler på internett har lenge vært en kilde til bekymring, og i tillegg har det nå dukket opp en rekke påstått "lovlige" alternativer til kontrollerte psykoaktive stoffer.

EONN driver nå kontinuerlig overvåking av psykoaktive stoffer som via internett tilbys av forhandlere. Dette markedet har vokst i de senere år og omfatter nå en rekke plantebaserte produkter, spesielt urteblandinger, og produkter som inneholder syntetiske forbindelser. De nye stoffene som gjør sin inntreden på internettmarkedet, kan være alt fra rusmidler som tradisjonelt har vært brukt i andre deler av verden, til eksperimentelle kjemikalier som er syntetisert i laboratorier og ikke tidligere testet på mennesker. Andre innovative trekk er utviklingen av distinkte merkevarer og bruken av attraktiv emballasje. Et godt eksempel på dette er urteblandingene som er blitt markedsført under betegnelsen "spice".

Det er funnet en rekke forskjellige "spice"-merker med ulik forpakning og ulike ingredienslister. Rettsmedisinske analyser har imidlertid, for det meste, ikke kunnet påvise de plantebaserte stoffene som er oppgitt på

forpakningene, men for noen av prøvene ble det funnet syntetiske cannabinoider i blandingene. Disse stoffene var ikke oppført i ingredienslisten og ville dermed kunne bli inntatt uforvarende. Cannabinoidene som ble funnet, er relativt ukjente forskningskjemikalier som i noen tilfeller er ekstremt kraftige, og vi vet lite om hvilken effekt de har på mennesker.

Forsøk på å omgå narkotikakontroll ved å markedsføre uregulerte stoffer er ikke et nytt fenomen. Det som er nytt er: det brede spekteret av nye stoffer som dukker opp, den aggressive markedsføringen av produkter som er merket på en bevisst villedende måte, den økende bruken av internett og det at markedet reagerer såpass raskt på kontrolltiltak. "Spice" kan også være et forvarsel på framtidige problemer. Når det nå er mulig for dyktige kjemikere, ofte basert utenfor europeiske jurisdiksjoner, å utføre organisk syntese til lave kostnader, kan dette potensielt gi tilgang til et betydelig antall psykoaktive stoffer. Helt nye kjemiske grupper kan komme inn i bildet, herunder mange analoger, som kan være vanskelige å påvise og dermed by på store vanskeligheter for en kontrollpolitikk basert på individuelle kjemiske forbindelser. Når enkelte av disse stoffene også kan ha legitime anvendelser eller selges for et angivelig legitimt formål, er det fare for at de havner i en gråson mellom narkotikakontroll og handelsreguleringer.



Kapittel 1

Politikk og lovgivning

Innledning

I løpet av det siste året har det kommet til to nye narkotikapolitiske dokumenter, ett europeisk og ett internasjonalt. I desember 2008 la Den europeiske union fram sin nye handlingsplan mot narkotika (2009–12), som ble etterfulgt, noen måneder senere, av FNs nye politiske erklæring og handlingsplan for å bekjempe verdens narkotikaproblem. Dette kapittelet ser nærmere på innholdet i disse nye narkotikapolitiske dokumentene og på den rollen organisasjoner som representerer sivilsamfunnet, har spilt i utviklingen av dem.

Den internasjonale narkotikapolitiske debatten gikk også inn på narkotikahandel, så vi vil her også ta med hva som har skjedd i Europa på det rettslige og juridiske plan når det gjelder minstestrafte for narkotikahandel. Skadereduksjon var et annet sentralt tema i debatten, og stillingen i forhold til loven for to viktige tiltak på dette området, nemlig sprøytebytte og substitusjonsbehandling, behandles også i dette kapittelet.

Andre emner som tas opp er: nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner som nylig er vedtatt, eventuelt evaluert, de siste tallene for narkotikarelaterte offentlige utgifter og trender for disse samt utviklinger innen narkotikarelatert forskning i Europa.

Politisk utvikling internasjonalt og i EU

FNs nye politiske erklæring og handlingsplan

Ved en sammenkomst på høyt politisk nivå under årets møte i FNs narkotikakommisjon (CND) vedtok FN en ny politisk erklæring og handlingsplan (⁽¹⁾). Erklæringen og handlingsplanen var resultatet av ett års arbeid i forbindelse med vurderingen av framdriften mot målene fastsatt i 1998 av FNs generalforsamlings 20. spesialsesjon (UNGASS) om narkotikasituasjonen i verden, som skulle gjennomføres etter ti år.

Den europeiske union og medlemsstatene spilte en vesentlig rolle i denne vurderingen. I forkant av vurderingen ble en felles europeisk holdning til FNs

narkotikapolitikk formulert i et felles dokument utarbeidet av Rådet for Den europeiske union. Dokumentet understreket betydningen av folkehelse som grunnleggende prinsipp for et internasjonalt narkotikakontrollsystem og nødvendigheten av full samkjøring på narkotikafeltet mellom alle FN-organer (dvs. inklusive INCB, UNODC, UNAIDS, WHO). Det etterlyste også innlemmelse av en rekke nøkkelementer og prioriteringer i den nye FN-erklæringen, blant annet behovet for en omfattende, integrert og balansert narkotikapolitikk som i større grad vektlegger etterspørselsreduksjon, og som også omfatter skadereduksjon. EU presset også på for at respekten for

Det globale markedet for illegale rusmidler

Resultatene av en ny studie finansiert av Europakommisjonen om det globale, illegale narkotikamarkedet ble presentert på FNs narkotikakommisjons sesjon i Wien i 2009 (⁽¹⁾). Studien fant ingen bevis for at det globale narkotikaproblemet var blitt mindre fra 1998 til 2007. For enkelte land var problemet blitt mindre, mens det for andre var blitt større, i noen tilfeller ganske betraktelig.

Ifølge denne studien er de illegale narkotikamarkedene verken vertikalt integrert eller dominert av store langere eller karteller. Selv om salget av illegale rusmidler er anslått å generere over EUR 100 mrd., har de aller fleste som er involvert i narkotikahandel beskjedne inntekter. Et fåtall personer har skapt seg store formuer, men disse representerer bare en liten andel av de samlede inntektene.

Studien rapporterer at det har funnet sted en harmonisering av nasjonale narkotikapolitikker, der etterspørselsreduksjon har fått større vekt og skadereduksjon har fått bredere aksept. Politikken i forhold til selgere og smuglere er blitt tøffere.

Håndheving av forbudet mot narkotika vurderes å ha medført betydelig utilsiktet skade, som i mange tilfeller var forutsigbar (f.eks. geografisk forflytning av produksjon og smugling).

(¹) Europakommisjonen, "Report on global illicit drug markets, 2009" (tilgjengelig på: http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/studies/doc_drugs_studies_en.htm).

(¹) Politisk erklæring og handlingsplan for internasjonalt samarbeid om en integrert og balansert strategi for å bekjempe verdens narkotikaproblem.

internasjonale menneskerettskonvensjoner, herunder retten til helse, skulle stå sentralt i den nye narkotikapolitikken, samt at utviklingen av en narkotikapolitikk burde baseres på vitenskapelige bevis. EU framholdt videre at det for å bekjempe produksjonen av narkotika, var viktig at støtte til alternative utviklingsprosjekter ikke forutsetter en reduksjon i dyrkingen av ulovlige avlinger.

Innholdsmessig er den nye FN-erklæringen lik de opprinnelige erklæringene og handlingsplanene som ble vedtatt av UNGASS i 1998. Den inneholder mange av forslagene fra Den europeiske union, som vi kan se av handlingsplanen, som går gjennom aktuelle narkotikapolitiske problemer og lister opp tiltak som medlemsstatene i FN har forpliktet seg til å gjennomføre i løpet av det kommende tiåret. Av de viktigste tiltakene og målene under overskriften «Etterspørselsreduksjon» kan nevnes: økt respekt for menneskerettighetene, bedre tilgang til tjenester og bedre målretting mot sårbare grupper. Den tar også til orde for en bedre balansert narkotikapolitikk, som fremmer etterspørselsreduksjon, utbygging av kunnskapsbaserte tiltak samt ordninger for overvåking og kvalitetssikring. FN-erklæringen anerkjenner imidlertid ikke eksplisitt betydningen av skadereduksjon, et område det forskes mye på i Europa.

Handlingsplaner mot narkotika i EU

I september 2008 publiserte Europakommisjonen sin endelige evaluering av EUs handlingsplan mot narkotika for perioden 2005–08 ⁽²⁾. Evalueringen tok for seg gjennomføringen av tiltakene og i hvilken grad målene fastsatt i handlingsplanen var oppnådd. Den undersøkte også hva handlingsplanen hadde betydd for den nasjonale narkotikapolitikken i de enkelte medlemsstatene i EU og tok opp den senere tids narkotikatrender i Europa.

Evalueringen fastslo at selv om ikke alle tiltak var gjennomført i sin helhet og ikke alle målene var nådd, så hadde det vært framgang på så godt som alle områder av handlingsplanen. Det at de fleste nasjonale narkotikapolitiske dokumenter inneholder mål som gjenspeiler målene i EUs handlingsplan, ble dessuten tatt som bevis på økt tilnærming mellom landene i Europa på det narkotikapolitiske området. Man kunne også slå fast at narkotikasituasjonen i Europa relativt sett hadde stabilisert seg i de senere år, men det var vanskelig å vurdere hvor mye EUs handlingsplan betydde for denne utviklingen.

Til tross for enkelte operasjonelle svakheter ble EUs handlingsplan i det store og hele ansett å ha tilført verdi på tre områder: ved å forplikte medlemsstatene og EU-institusjonene til å arbeide mot felles mål, ved å stille til

disposisjon en felles ramme for samordning og utvikling av en koherent tilnærming på narkotikafeltet og ved å fungere som en modell for narkotikapolitikken på internasjonalt plan.

Den endelige evalueringen av handlingsplanen mot narkotika ble brukt som utgangspunkt for arbeidet med den neste planen, EUs handlingsplan mot narkotika (2009–12), som ble vedtatt av Det europeiske råd i desember 2008 ⁽³⁾. Denne handlingsplanen, som er

EUs handlingsplan mot narkotika (2009–12): nye mål og tiltak

Sivilsamfunnets medvirkning i narkotikapolitikken vies mer oppmerksomhet enn tidligere i EUs nye handlingsplan mot narkotika. Gjennom kampanjen "European Action on Drugs" søker handlingsplanen å øke det europeiske sivilsamfunnets engasjement og medvirkning i arbeidet med narkotikaproblemene. Handlingsplanen oppfordrer også medlemsstatene til å trekke sivilsamfunnet inn på alle nivåer av narkotikapolitikken.

Fokus på kvalitet i tiltakene når det gjelder forebygging, behandling, skadereduksjon og rehabilitering er styrket gjennom satsingen på utarbeidelse og utveksling av retningslinjer, god praksis og kvalitetsstandarder så vel som på utviklingen av EU-minstestandarder for kvalitet eller standardverdier på disse områdene. Fengselsmiljøet blir også tatt særskilt opp under overskriften etterspørselsreduksjon, og her kreves det at medlemsstatene skal ha likeverdige tjenester til narkotikabrukere i fengsel som til dem som finnes utenfor fengselet, at de skal gjennomføre ettervern etter løslatelse og generelt forbedre overvåkingen av narkotikaproblemene og rusmiddeltjenestene i dette miljøet.

De fleste tiltakene i forbindelse med tilbudsreduksjon tar sikte på å forbedre samarbeidet mellom politi og rettsvesen i ulike medlemsstater, ofte gjennom økt bruk av EU-organer, -prosjekter og -verktøy. Å redusere spredningen av og handelen med narkotikaprekursorer i og gjennom Europa er målet for syv forskjellige tiltak, med et overveiende operasjonelt fokus.

Når det gjelder internasjonalt samarbeid, legges det større vekt på alternativ utvikling, med tre tiltak som tar sikte på sterkere økonomisk og politisk støtte til slike programmer. Det legges også vekt på å sikre at en balansert satsing på etterspørsels- og tilbudsreduksjon blir bedre gjenspeilet i eksterne avtaler og programmer.

Under overskriften informasjon, forskning og evaluering er det satt opp et nytt tiltak som tar sikte på utviklingen av nøkkelindikatorer og strategier for innsamling av data om narkotikarelatert kriminalitet, illegal dyrking, narkotikamarkeder og tilbudsreducerende tiltak. Det legges også økt vekt på å styrke forskningen på narkotikafeltet og på at narkotikapolitikken må evalueres både på nasjonalt plan og EU-plan.

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

⁽³⁾ EUT L 326 av 20.12.2008, s. 7.

den femte siden 1990, er den andre innenfor rammen av EUs inneværende narkotikastrategi (2005–12). De overordnede målene er å få i stand en signifikant reduksjon i utbredelsen av narkotikabruk i befolkningen samt å redusere de samfunnsmessige konsekvensene og helseskadene som skyldes bruken av og handelen med illegale rusmidler.

EUs nye handlingsplan identifiserer fem nøkkelprioriteringer, som igjen viser til planens handlingsområder: styrket samordning, samarbeid og bevisstgjøring, redusert etterspørsel etter narkotika, redusert tilbud av narkotika, forbedret internasjonalt samarbeid og økt forståelse av problemet. Den nye planen er mer fokusert enn den foregående, med bare om lag halvparten så mange mål (24) og færre tiltak (72). Den inneholder også en del mål og tiltak som ikke fantes i den forrige handlingsplanen ⁽⁴⁾. I 2012 vil en ekstern, uavhengig person gjøre den endelige vurderingen av dagens handlingsplan og strategi. Deretter blir det en ny tenkeperiode før de nye narkotikapolitiske dokumentene for EU utarbeides.

Sivilsamfunnet og utformingen av narkotikapolitikken

Det at frivillige organisasjoner (NGO) nå er trukket inn i de forberedende drøftelsene i forbindelse med EUs og FNs nye narkotikapolitiske dokumenter, er et viktig skritt i retning av å involvere sivilsamfunnet på dette politiske området. I mai 2008 debatterte Europakommisjonens sivilsamfunnsforum de første resultatene fra evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2005–08) og drøftet behovene og mulig innhold i den påfølgende handlingsplanen (Europakommisjonen, 2008a). De 26 frivillige organisasjonene som deltok i forumet, mente at folkehelse og menneskerettigheter burde være de retningsgivende prinsippene for EUs narkotikapolitikk, og at ikke-stigmatisering og ikke-diskriminering burde vektlegges. De manet også til økt oppmerksomhet mot sårbare grupper, mot blandingsmisbruk, psykiske helseproblemer, situasjonen for de innsatte og forebygging av narkotikarelaterte dødsfall. Blant prioriteringene forumet identifiserte, var styrket samordning mellom myndigheter og sivilsamfunn, utviklingen av kvalitetsstandarder innen etterspørselsreduksjon, forbedrede ordninger for datainnsamling og støtte til alternativ utvikling i tredjeland.

NGOenes bidrag til fastsettingen av målene på UNGASS 1998 ble gjennomgått av komiteen av frivillige

organisasjoner som samarbeider om narkotikaspørsmål, opprettet av FN i Wien (Vienna NGO Committee on Narcotic Drugs), med økonomisk støtte fra Europakommisjonen og flere EU-medlemsstater. Den såkalte “Beyond 2008”-prosessen var basert på ni regionale høringer og kulminerte i en sammenkomst i Wien i juli 2008. Det går klart fram av slutterklæringen og de tre resolusjonene som ble vedtatt, hvor mange områder de frivillige organisasjonene er aktive på og hvordan de spiller en stadig viktigere rolle i narkotikapolitikken ⁽⁵⁾. De frivillige organisasjonene oppfordret regjeringer og internasjonale organisasjoner til å gjennomføre regelmessige samråd med dem og gi dem økt støtte. De mange og mangeartede kravene de frivillige organisasjonene stiller til medlemsstater og internasjonale organisasjoner, kan grovt deles inn i følgende områder: en omfattende og balansert narkotikapolitikk basert på menneskerettigheter, folkehelse og vitenskapelige bevis; økt overvåkings- og evalueringskapasitet; utvikling og spredning av beste praksiser og spesielt av FNs prinsipper for effektiv behandling; tilgjengelighet til og hensiktsmessig forsyning av narkotika som smertelindrende midler; alternative sanksjoner av og tiltak i forbindelse med narkotikarelaterte forbrytelser samt, når det gjelder innsatte som er avhengige av narkotika og personer som er varetektsfengslet for narkotikarelaterte forbrytelser, respekt for deres menneskerettigheter.

Nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner

Utvikling i den senere tid

Narkotikastrategier og handlingsplaner er nå grunnleggende virkemidler i de nasjonale narkotikapolitikkene i Europa. Alle de 30 landene – bortsett fra ett – som kartleggingen i EONN omfatter, har vedtatt slike dokumenter. Disse blir fornyet med jevne mellomrom.

I 2008 ble nye narkotikapolitiske dokumenter ⁽⁶⁾ vedtatt av Hellas, Frankrike og Storbritannia. Hellas vedtok en handlingsplan (2008–12) som supplerer en eksisterende narkotikastrategi. Blant målene for den nye planen er et bedre behandlingstilbud. Den nye franske handlingsplanen (2008–11) dekker både narkotika, alkohol og tobakk. En av planens hovedprioriteringer er å holde unge mennesker fra å begynne å bruke narkotika ved å insistere på at narkotikabruk er forbudt, og ved å opplyse de unge og foreldrene deres om hvilke risikoer

⁽⁴⁾ Se “EUs handlingsplan mot narkotika (2009–12): nye mål og tiltak”, s. 19.

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

⁽⁶⁾ Med “nasjonale narkotikapolitiske dokumenter” menes ethvert offisielt av en regjering godkjent dokument som definerer generelle prinsipper og konkrete intervensjoner eller mål på narkotikaområdet, enten dette offisielt betegnes som narkotikastrategi, handlingsplan, program eller annet policy-dokument.

som er forbundet med narkotikabruk. Den nye narkotikastrategien (2008–18) og tilhørende handlingsplan (2008–11) som er vedtatt av Storbritannia, tar sikte på å begrense utbudet av illegale rusmidler og redusere etterspørselen etter dem, samtidig som det legges særlig vekt på å beskytte familier og styrke lokalsamfunn.

Ti andre EU-medlemsstater hadde nasjonale narkotikapolitiske dokumenter som løp ut i 2008. Spania vedtok en ny narkotikastrategi i februar 2009, og åtte andre land (Bulgaria, Irland, Italia, Litauen, Kypros, Portugal, Romania, Slovakia) ferdigstilte og vedtok nye narkotikastrategier og handlingsplaner i løpet av første halvår 2009. Latvia utvidet sitt program for perioden 2005–08 med en ettårig handlingsplan. Nederland har også planer om å erstatte sin narkotikapolitiske hvitbok fra 1995 i løpet av 2009, mens minst ett av policy-dokumentene i en rekke land vil måtte fornyes i løpet av året (Tsjekkia, Luxembourg, Ungarn, Slovenia, Kroatia, Tyrkia).

Evaluerings

Om lag to tredeler av landene i Europa rapporterer at de har en løpende eller årlig gjennomgang av gjennomføringen av tiltakene som er fastsatt i respektive nasjonale narkotikapolitiske dokumenter. I de fleste tilfellene utarbeides det en framdriftsrapport, basert på data innsamlet fra tjenesteleverandører og ministerier involvert i narkotikapolitikk, som legges fram for regjeringen eller nasjonalforsamlingen. De fleste landene har altså allerede begynt implementeringen av Tiltak nr. 70 i EUs handlingsplan mot narkotika (2009–12), som sier at EUs medlemsstater skal evaluere og justere sin nasjonale narkotikapolitikk på regelmessig eller løpende basis.

Det samme gjelder sluttevalueringen av de nasjonale narkotikastrategiene og handlingsplanene: Over 20 land rapporterer at de er i ferd med å gjennomføre sluttevalueringen eller nylig har gjort det. For noen lands vedkommende er sluttrapporten et sammendrag av de årlige gjennomføringsrapportene, andre søker en mer inngående forståelse av gjennomføringsprosessen, av hvor effektiv politikken er, eller av virkningene av den. Av de landene som har lagt seg på en mer dyptpløyende linje, har to (Luxembourg, Kypros) bestemt seg for å samarbeide med eksterne eksperter fra et annet land.

I enhver evaluering av en narkotikastrategi vil det være svært vanskelig å knytte resultatene av narkotikastrategien eller handlingsplanen opp mot endringer i narkotikasituasjonen. Det er f.eks. vanskelig å vurdere effektene av brede sett av tiltak, og vi har begrenset

forståelse av hva sentrale kontekstuelle elementer, som narkotikamarkeder eller trender innen narkotikabruk og livsstil hos unge, har å si. Likevel har en del land gjort forsøk på å sette indikatorer på narkotikasituasjonen i sammenheng med narkotikastrategi eller handlingsplan. Og med EUs nye handlingsplan mot narkotika (2009–12), som krever utvikling av instrumenter for å måle narkotikapolitikkenes effektivitet og virkning, burde dette bli langt vanligere i framtiden. EONN er dessuten i ferd med å utarbeide retningslinjer til hjelp for medlemsstatene i vurderingen og tolkningen av resultatene av deres narkotikapolitiske dokumenter.

Offentlige utgifter

Beslutningstakerne trenger detaljert, pålitelig informasjon om narkotikarelaterte offentlige utgifter for å kunne vurdere hvordan ressursene på feltet faktisk fordeler seg, og i siste instans, vurdere kostnader mot nytte. Å kunne gjøre et økonomisk anslag over ressursene staten setter inn for å bekjempe bruk av illegale rusmidler, er derfor en forutsetning for å få en forståelse av narkotikabrukens mer vidtrekkende konsekvenser.

Anslagene over offentlige utgifter er basert på statsbudsjetter og statsregnskap. Men det er vanskelig å estimere de totale utgiftene som påløper i gjennomføringen av en nasjonal narkotikapolitikk, for anslagene må ta utgangspunkt i tall knyttet til aktiviteter som gjennomføres på ulike styringsnivåer (f.eks. lokalt, regionalt, nasjonalt). Disse kan være oppført under en rekke forskjellige budsjettposter og er ofte ikke spesifikt identifisert som relatert til narkotika.

Europas samlede narkotikarelaterte offentlige utgifter for 2005 er anslått til EUR 34 mrd. (EONN, 2008a). På grunn av omfattende underrapportering har det ikke vært mulig å oppdatere dette anslaget. Vanskene med å framskaffe informasjon på dette området kan illustreres med det faktum at av de 23 landene som har lagt fram data for 2007, var det bare Tsjekkia som var i stand til å identifisere utgiftene på alle styringsnivåer. De fleste landene har imidlertid på statsbudsjettet lagt fram tall for utgiftene, og syv land også på regionalt eller lokalt plan (Belgia, Danmark, Estland, Østerrike, Finland, Kroatia) eller fra trykdeforvaltningen (Tyskland).

Direkte identifiserbare og ikke direkte identifiserbare utgifter

Direkte identifiserbare utgifter er planlagte, narkotikarelaterte offentlige utgifter vedtatt av en stats regjering. De viser hvilke utgifter staten frivillig forplikter seg til å bære på narkotikafeltet. Ved en detaljert

Tabell 1: Narkotikarelaterte offentlige utgifter, direkte identifiserbare og ikke direkte identifiserbare, i 2007 for EU-medlemsstater som rapporterer iht. COFOG (internasjonal klassifikasjon av offentlige utgifter etter formål)

COFOG-kategori	Luxembourg EUR million (%)		Finland ⁽¹⁾ EUR million (%)		Storbritannia EUR million (%)
	Direkte identifiserbare	Ikke direkte identifiserbare ⁽²⁾	Direkte identifiserbare	Ikke direkte identifiserbare	Direkte identifiserbare
Alminnelig, offentlig tjenesteyting	–	–	–	–	50,4 (3,6)
Offentlig orden og trygghet	4,7 (37,6)	15,1 (70,2)	–	62,3 (82,2)	358,9 (27,2)
Helse	7,8 (62,4)	6,4 (29,8)	14,3 (100)	–	958,2 (68,8)
Utdanning	–	–	–	9,7 (12,8)	15,2 (1,1)
Sosial beskyttelse	–	–	–	–	10,5 (0,8)

⁽¹⁾ Data fra 2006.
⁽²⁾ Luxembourg har redegjort i detalj for modelleringsmetodene som er brukt for å beregne verdien av ikke direkte identifiserbare offentlige utgifter.
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2008).

gjennomgang av offentlige budsjetter vil man kunne gjenfinne disse utgiftene. Av de 23 landene som har innrapportert data for 2007, rapporterte 16 bare direkte identifiserbare utgifter. I mange tilfeller (f.eks. Estland, Frankrike, Polen, Romania) påløp størsteparten av de direkte identifiserbare utgiftene i forbindelse med gjennomføringen av nasjonale narkotikapolitiske dokumenter.

Ikke alle narkotikarelaterte utgifter er identifisert som sådan i nasjonalbudsjettet. I de fleste landene er beløpene som brukes på en del narkotikarelaterte aktiviteter, innbakt i andre programmer og intervensjoner (f.eks. politiets generelle driftsbudsjett eller intervensjoner rettet mot både lovlige og ulovlige rusmidler). Da må de "ikke direkte identifiserbare utgiftene" estimeres ved hjelp av kostnadsmodeller. Resultatene av tidligere studier viser at ikke direkte identifiserbare utgifter oftest utgjør brorparten av nasjonale midler som brukes på narkotikafeltet.

Offentlige narkotikarelaterte utgifter klassifiseres etter COFOG-systemet, en internasjonal klassifikasjon av offentlige utgifter etter formål (EONN, 2008e). Tre land framla direkte identifiserbare utgifter på nivå 1 i COFOG-klassifikasjonen (Luxembourg, Finland, Storbritannia (bare for England)), men bare Storbritannia hadde med tall for "Alminnelig offentlig tjenesteyting", "Utdanning" og "Sosial beskyttelse" ⁽⁷⁾. I disse landene var det kategorien "Helse" som representerte størstedelen av de samlede utgiftene, etterfulgt av "Offentlig orden og trygghet" (tabell 1). For de landene som presenterte COFOG-data for ikke direkte identifiserbare utgifter, var det derimot "Offentlig orden og trygghet" som sto for størstedelen av utgiftene, med "Helse" på andre plass.

Dette er i tråd med funnene i tidligere rapporter (se EONN, 2008e), noe som tyder på at selv om mesteparten av de direkte identifiserbare utgiftene kan henføres til intervensjoner innen "Helse", er det aktiviteter relatert til "Offentlig orden og trygghet" som mottar brorparten av narkotikarelaterte offentlige utgifter.

Trender

For de fleste landene der det foreligger konsistent informasjon, var de direkte identifiserbare utgiftene, i faste priser, høyere i 2007 enn i 2005. Inkrementene varierte fra 14 % til 23 % (Tsjekkia, Irland, Litauen, Luxembourg, Kroatia) til 72 % (Kypros, Finland). I Storbritannia var de direkte identifiserbare utgiftene stabile i perioden.

Nasjonal lovgiving

I Den europeiske unions balanserte tilnærming til narkotikapolitikken vektlegges etterspørselsreduksjon i samme grad som tilbudsreduksjon. En gjennomgang av nasjonal lovgivning som er vedtatt i løpet av det siste tiåret, viser at EU-medlemsstatene aktivt har etterkommet denne politiske forpliktelsen. Landene har fått på plass rammeregler for visse skadereduserende aktiviteter, og samtidig er straffene for narkotikahandel satt opp. Halvveis i perioden vedtok EU to instrumenter som gjorde at disse prosessene skjøt fart. I 2003 utstedte Det europeiske råd en rekommandasjon om forebygging og reduksjon av helseskader forbundet med narkotikabruk, med anbefalinger om tiltak, bl.a. hensiktsmessig substitusjonsbehandling og utdeling av brukerutstyr og sprøytebytte ⁽⁸⁾. Rådets rammebeslutning 2004/757/JIS

⁽⁷⁾ COFOG-klassifikasjonen har tre hierarkiske nivåer. På nivå 1 er offentlig forvaltnings utgifter inndelt i ti kategorier (funksjoner).

⁽⁸⁾ Rådsrekommandasjon av 18. juni 2003 (EUT L 165 av 3.7.2003, s. 31).

av 25. oktober 2004 manet til strengere straffer for ulovlig narkotikahandel. I denne delen beskrives det siste tiårets trender når det gjelder regulering av skadereduserende virksomhet, så vel som for utviklingen når det gjelder straffene for narkotikahandel. Virksomheten på disse områdene på nasjonalt plan vises igjen i avtaler på EU-plan, selv om enkelte land har benyttet seg av retten til å gå ut over minste standard fastsatt i disse avtalene.

Substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet

Siden 1998 er det fra 18 land rapportert ca. 45 nye lovtekster eller endringer i eksisterende lovtekster vedrørende programmer for substitusjonsbehandling. Enkelte av tekstene innfører eller regulerer programmene i ganske stor detalj. Dette gjelder Irland (1998), Polen (1999), Tyskland (2000), Tsjekkia og Portugal (2001), Hellas og Luxembourg (2002), Belgia og Frankrike (2004), Latvia (2005) og Østerrike og Litauen (2007).

Selv om lovene og forskriftene landene i Europa har vedtatt har tatt for seg mange forskjellige aspekter ved substitusjonsbehandlingen av opiatavhengige, var det en klar trend fram til 2004 at tillatte legemidler var definert i tekstene. Om lag en firedel av tekstene i denne perioden tillot eller regulerte bruken av legemidler som metadon og buprenorfin. I en tredel av tekstene som er rapportert siden 2002, ble tilgangen til programmer enten definert eller gjort lettere. I noen tilfeller er det bare leger ved behandlingssentre som kan forskrive substitusjonslegemidler, men ofte tillates forskrivning også av andre leger (*). Lovgivningen spesifiserer vanligvis også autoriserte utleveringssteder, i hovedsak apoteker og behandlingssentre, selv om noen land også tillater leger å utlevere substitusjonsmedikamenter.

Utdeling av sprøyter og kanyler

Programmer for utdeling av sprøyter og kanyler kan være drevet på lokalt, regionalt eller nasjonalt plan, noen ganger med en egen nasjonal lovhjemmel, men oftest ikke. Lovgivningen som er rapportert i Europa i første halvdel av det siste tiåret, har oftest tatt sikte på å sikre hjemmel for slike tiltak (Slovenia i 1999, Polen i 2001, Finland i 2003), eller på å definere eller lempe på kravene for deltakelse i slike programmer (Belgia og Frankrike i 1998, Finland i 2003). Fokus i lovgivningens ble fort flyttet til å regulere disse programmene. Belgia, Portugal og Luxembourg vedtok spesifikke, detaljerte lover eller dekreter i henholdsvis 2000, 2001 og 2003 som regulerte adgangen til å drive slike ordninger og fastsatte hvorvidt sprøyteautomater var tillatt eller ikke. I Portugal ble

Europeisk database over narkotikalovgivning

Europeisk database over narkotikalovgivning (ELDD) er EONNs nettbaserte database med informasjon om europeisk, narkotikarelatert lovgivning fra medlemsstatene og Norge. ELDD inneholder lovtekster i originalformat, en beskrivelse av narkotikalovgivningen i hvert land og detaljerte rapporter om forskjellige emner. I emneoversiktene finner man også sammendrag av rettsituasjonen på forskjellige områder som: illegal narkotikahandel, substitusjonsbehandling og sprøytebytteprogrammer (!).

(!) ELDDs emneoversikter: <http://eldd.emcdda.europa.eu/html.cfm/index5036EN.html>

lovgivningen utvidet i 2007 til også å omfatte utdeling av sprøyter og kanyler i fengslene.

Enkelte land har sett seg nødt til å vedta lovgivning for å sikre at programmer for utdeling av sprøyter og kanyler ikke kommer i konflikt med lovbestemmelser som kriminaliserer "medvirkning" eller "oppfordring" til bruk av narkotika. Belgia og Tyskland har håndtert dette ved å innføre en egen bestemmelse i lovgivningen som spesifikt fritar visse programmer fra slike anklager, selv om det likevel kan settes grenser for hvor mange sprøyter som kan deles ut. I et par land er det utarbeidet veiledninger til politiet for hvordan deres arbeid skal utføres i nærheten av steder der kanyler og sprøyter deles ut. Generelt forekommer det sjelden at politiet i Den europeiske union konfiskerer sterilt sprøyteutstyr.

Strafferammer for narkotikahandel

I løpet av de siste ti årene har medlemsstatene i EU både individuelt og kollektivt opplyst at narkotikahandel burde straffes strengere, selv om lovbruddene som sådan defineres forskjellig i lovgivningen i nærmere 30 land. "Ulovlig narkotikahandel" kan omfatte produksjon eller dyrking, innførsel og utførsel, transport, tilbud, salg og/eller besittelse med henblikk på distribusjon eller forsyning, eller det å opptre "i vinnings hensikt" eller "på forretningsmessig basis".

I perioden 1999–2004 vedtok seks land lover som satte opp strafferammene for visse narkotikalovbrudd. I 1999 innførte Irland et nytt straffebud som rammer besittelse av et stort kvantum narkotika (verdt over EUR 12 700) med henblikk på forsyning av andre, med en minste strafferamme på 10 års ubetinget fengsel. I 2000 innførte Storbritannia 7 års fengsel som minstestraft for tredje gangs domfellelse for handel med A-preparater, og i 2001 strammet Hellas inn lovgivningen slik at strafferammene for narkotikahandel ble skjerpet og

(*) Se figur 11, s. 77.

adgangen til betinget løslatelse begrenset. I Estland ble straffeloven endret i 2002 og 2004, der øvre strafferamme for handel med små kvanta ble hevet fra 3 til 5 år og for store kvanta fra 5 til 10 år. I Danmark ble straffen for handel med narkotika satt opp fra 6 til 10 år, og for handel med store kvanta eller særlig farlige stoffer fra 10 til 16 år. Samme år økte Litauen strafferammen for handel med mindre kvanta narkotika fra høyst 2 år til mellom 2 og 8 år, og for store kvanta fra mellom 2 og 8 år til mellom 8 og 10 år.

Rådets rammebeslutning 2004/757/JIS fra oktober 2004 fastsetter minstebestemmelser når det gjelder definisjon av forbrytelser og straffer for ulovlig narkotikahandel. Siden da har ytterligere fire land vedtatt lovgivning som bringer strafferammene for narkotikahandel med små kvanta i tråd med beslutningen. I 2006 hevet Nederland øvre strafferamme for handel med store kvanta narkotika fra 4 til 6 år, mens Polen økte straffen for besittelse av store kvanta og forsyning til mindreårige fra maksimum 5 år til maksimum 8 år, med en minstestraff på seks måneder. I Slovakia ble minstestrafen for handel hevet fra 2–8 år til 4–10 år og øvre strafferamme for større kvanta fra 10 til 15 eller til og med 20 år. Og til slutt, Østerrike satte i 2007 opp maksimumsstraffen for å forsyne andre med narkotiske stoffer og for å dyrke enkelte narkotiske planter fra 6 til 12 måneders fengsel. Straffen for alvorligere lovbrudd ble ikke endret, men definisjonen av stort kvantum ble redusert fra 25 til 15 ganger grensen for straffri besittelse.

Narkotikarelatert forskning

Forskningen som utføres i det enkelte land i Europa på narkotikafeltet, var tema for et Utvalgt aspekt utgitt av EONN i 2008 ⁽¹⁰⁾. I år har vi analysert henvisningene til nasjonal forskning i de siste Reitox-rapportene for å få et innblikk i hva som skjer på denne fronten i de europeiske landene. I denne delen redegjør vi også for en studie av narkotikarelatert forskning i EU som Europakommisjonen publiserte i år.

Forskningsprosjekter i medlemsstatene

Landene i Europa har vist til over 350 forskningsprosjekter som er iverksatt eller publisert i 2007 og 2008 i de siste

nasjonale Reitox-rapportene. Storbritannia hadde det største antallet forskningsprosjekter, over 80, etterfulgt av Tyskland og Nederland, hver med over 30, og Tsjekkia, Irland og Finland med over 20.

Forskning på tiltak i forhold til narkotikasituasjonen sto for over én tredel av disse studiene, nok en tredel fokuserte på prevalens, insidens og bruksmønstre, og én femdel på konsekvensene av narkotikabruk. Determinanter samt risiko- og beskyttelsesfaktorer, narkotiske stoffers virkningsmåter og effekter, forsyning og markeder samt metodikkspørsmål var tema som syntes å virke mindre attraktive for forskerne.

Resultatene av denne analysen – så begrenset den enn er – underbygger målet i EUs nye handlingsplan om å øke forskningsinnsatsen på de områdene som er underrepresentert, særlig forsyningen av narkotika.

Analyse av narkotikaforskningen i Den europeiske union

I en studie utført for Europakommisjonen med tittelen "A comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union" er forsyning av narkotika også blant de områdene som er identifisert som underrepresentert i dagens forskning. Ifølge rapporten er forebygging, juridiske rammeverk og forbud andre områder som forskerne har beskjeftiget seg uforholdsmessig lite med. Forskning innen epidemiologi var langt vanligere ⁽¹¹⁾. Studien fant at selv om medlemsstatene har stor ekspertise, er det viktig å sikre økt sammenlignbarhet mellom dataene landene imellom samt å gjøre forskningen mer synlig.

Det var store variasjoner i deltakelsen i europeiske forskningsaktiviteter fra et land til et annet, og mye av det internasjonale samarbeidet skjer innenfor uformelle rammer. Imidlertid understreket studien at narkotikarelatert forskning vil ha mye å vinne på etableringen av europeiske og internasjonale forskningsnettverk. Forskningskapasitet, generell kvalitet og tilgjengelige midler varierer i hele EU, og det er et stort behov for kapasitetsbygging og finansiering for å dekke et bredere spekter av politikkområder i tilknytning til EUs handlingsplan mot narkotika.

⁽¹⁰⁾ Mer informasjon om narkotikarelatert forskning i EU og på nasjonalt plan er tilgjengelig på <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>

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



Kapittel 2

Narkotik tiltak i Europa — en oversikt

Innledning

Dette kapittelet gir en oversikt over narkotik tiltakene i Europa og redegjør nærmere, der det er mulig, for trender, utviklinger og kvalitetsspørsmål. Først gjennomgås forebyggende tiltak, deretter følger en gjennomgang av intervensjoner på områdene behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon. Til sammen utgjør alle disse tiltakene en omfattende strategi for å redusere etterspørselen etter narkotika. Tiltakene kan anses å utfylle hverandre og iverksettes noen ganger i kombinasjon, gjerne av samme instans. Dette er f.eks. stadig oftere tilfellet når det gjelder behandlingstiltak og skadereduserende tiltak.

Tiltak utviklet med sikte på håndheving av narkotikalovgivningen, behandles i en ny del, som også inneholder de seneste dataene om narkotikalovbrudd. Kapittelet avsluttes med en oversikt over tilgjengelige data om behovene til narkotikabrukere i fengsler, og hvilke tiltak som finnes i dette miljøet.

Forebygging

Narkotikaforebygging kan deles inn i forskjellige nivåer eller strategier og kan rette seg mot alt fra samfunnet som helhet (miljøforebygging) til å fokusere på risikoutsatte mennesker (indisert forebygging). Ideelt sett skal de ulike strategiene ikke konkurrere – de skal supplere hverandre. Nedenstående oversikt fokuserer på utviklinger i den senere tid og på nylig rapporterte resultater av kontrollerte forsøk gjennomført innen forebyggingsfeltet.

Generell forebygging

Generell forebygging er forebyggende arbeid som settes inn mot hele befolkningsgrupper. Det tar sikte på å avskrekke mot eller utsette debuten for bruk av narkotika og narkotikarelaterte problemer ved å gi unge mennesker den informasjon og de ferdigheter de trenger for å unngå å begynne å bruke narkotika. De forebyggende tiltakene som er på plass i Europa, blir nå i de aller fleste medlemsstatene, for første gang gjenstand for systematisk kartlegging. De nyeste rapportene bekrefter at

intervensjoner som tar sikte på narkotikaopplysning, f.eks. enkeltstående foredrag, er den tilnærmingen som oftest velges i skolebaserte og lokalsamfunnsbaserte generelle forebyggings tiltak i alle disse landene. Ut fra tilgjengelig forskningsmateriale synes det imidlertid ikke som om denne typen intervensjoner er effektive. Intervensjoner basert på et mer solid vitenskapelig grunnlag, som forebyggingsprogrammer som følger standardiserte protokoller, rapporteres nå fra flere land (Tsjekkia, Kypros, Østerrike, Polen, Slovenia, Slovakia).

Det begrensede antallet forebyggende programmer med dokumentert effekt, er temaet for EU-Dap-studien (www.eudap.net). Studien omfatter 7 000 elever i alderen 12–14 i syv europeiske land og skal evaluere et generelt forebyggende program som baserer seg på sosial påvirkning, og som kombinerer ferdighetstrening med normativ opplæring og tilegnelse av kunnskap om rusmidler. Etter to år er konklusjonen at programmet effektivt reduserer forekomsten av hyppig alkoholberuselse og hyppig bruk av cannabis.

EU-Dap-resultatene er påvirket av kjønn, og programmets effektivitet samlet sett som rapporteres, gjelder bare effekten på gutter. Det er ikke klart om dette skyldes at jenter er mindre utsatt eller om de ikke responderte på programmet. Kjønnssavhengige effekter kom også fram i et kontrollert dansk forsøk med et program basert på opplæring i livsferdigheter. For jentene var effekten størst når det gjaldt mobbing og alkoholkonsum siste uke og siste måned, mens effekten for guttene viste seg i konsum av fem alkoholenheter ved samme anledning og i andelen som noen gang hadde prøvd cannabis.

Et kontrollert forsøk gjennomført i Praha sammenlignet et lokalsamfunnsbasert program som omfattet en undervisningskomponent, en jevnalderbasert tilnærming, opplæring i livsferdigheter og foreldreprogrammer, med skoleverkets "minste standard forebyggingsprogram" (Miovský et al., 2007). Det lokalsamfunnsbaserte programmet var mer effektivt når det gjaldt å redusere alkoholbruk og øke motstanden mot rusmiddelbruk blant unge i alderen 13–15, spesielt i visse sårbare grupper av barn, herunder barn fra familier med aleneforeldre. Det

ble derfor foreslått at programmet burde brukes i selektiv forebygging.

Selektiv og indisert forebygging

Både selektiv og indisert forebygging tar utgangspunkt i at problematisk bruk av narkotika er konsentrert i sårbare grupper eller personer med begrensede sosiale og personlige muligheter (EONN, 2008c). Selektiv forebygging retter seg mot bestemte grupper, familier eller lokalsamfunn, der folk på grunn av manglende sosiale bånd og ressurser har større sannsynlighet for å utvikle bruk eller til og med avhengighet av narkotika. Evidensgrunnlaget for denne tilnærmingen presenteres i en

Stoffspesifikke kampanjer i massemedia

Det har vært gjennomført en del stoffspesifikke kampanjer i massemedia rettet mot cannabisbruk (Danmark, Irland, Frankrike, Nederland, Storbritannia) og i den senere tid kokainbruk (Irland, Spania, Storbritannia).

Nesten alle kampanjene advarer mot farene ved å bruke stoffet, og en del av dem er basert på sjokktaktikk. Bare to kampanjer har lagt seg på en annen linje. Den felles britisk-colombianske kampanjen "Shared responsibility" understreker brukernes ansvar for de miljømessige og samfunnsmessige skadene kokainproduksjonen fører med seg. Den nederlandske cannabis kampanjen i 2006 gikk på normative oppfatninger og brukte historier fra virkeligheten med unge mennesker som positive rollemodeller i stedet for advarsler og skildringer av bruk. Da den ble evaluert, kom det fram at negative, sosiale normer mot cannabisrøyking ble styrket, og at kampanjen ikke hadde noen negative effekter med hensyn til bruksintensjon og normative oppfatninger (Wammes et al., 2007).

Massemediekampanjer som setter fokus på farene ved å bruke narkotika, blir bare sjelden evaluert i forhold til endringer i atferd, holdninger eller vilje til å bruke narkotika. Dessuten har det vært bekymring for at disse kampanjene er lite effektive og faktisk muligens skadelige. F.eks. viste en grundig evaluering av resultatene av den nasjonale cannabis kampanjen i USA at den ikke hadde hatt noen effekt. Det kom derimot fram at kampanjen utilsiktet hadde hatt motsatt effekt, idet personer som tidligere hadde vært uinteressert i cannabis, rapporterte at de ville bruke det (Hornik et al., 2008). Tilsvarende problemer kom fram ved evalueringen av den skotske kokainkampanjen "Know the score" (EONN, 2007a).

Hvordan unge mennesker treffer sine beslutninger, er en kompleks prosess som er sterkt influert av samhandlingen med grupper av jevnaldrende og hvordan samfunnets normer oppfattes. Så langt synes kommunikasjon via massemedia ikke å ha tatt tilstrekkelig hensyn til denne kompleksiteten.

ny seksjon i EONNs Beste praksis-portal ⁽¹²⁾. Indisert forebygging har som mål å identifisere individer med atferdsproblemer eller psykiske problemer som kan være prediktive for utvikling av problematisk stoffbruk senere i livet, og iverksette spesialintervensjoner for hver enkelt.

Ny informasjon om selektiv forebygging i etniske grupper er rapportert av Belgia og Luxembourg. Ifølge rapportene finnes det systematiske intervensjonsprotokoller for unge lovbrøyttere, etter kontakt med strafferettssystemet, bare i Østerrike, Tyskland, Catalonia (Spania) og Luxembourg, mens andre land rapporterer om generelle intervensjoner eller punkttiltak. FRED ⁽¹³⁾, en systematisk intervensjonsprotokoll for unge lovbrøyttere, har vært implementert med støtte fra EU i ti medlemsstater siden 2008. En ny evaluering av FRED i 140 tyske sentre viser redusert fare for gjentakelse og narkotikabruk blant deltakerne.

Nye tiltak av typen indisert forebygging rapporteres bare fra Tyskland, Nederland, Slovakia og Sverige, og de er fortsatt svært sjeldne i Europa til tross for informasjonen som foreligger om deres effektivitet (EONN, 2009b). Eksempler på pågående prosjekter innen indisert forebygging i Europa er Parent Management Training, den såkalte Oregon-modellen, som gjennomføres i Nederland og Norge for foreldre med barn i alderen 4–12 med destruktiv atferdsforstyrrelse (DBD). Metoden "Komet för föräldrar", som brukes i nærmere 30 % av svenske kommuner, er rettet mot foreldre hvis barn har utagerende atferdsproblemer kombinert med vansker med å etablere positive relasjoner til jevnaldrende. En randomisert kontrollert studie av 159 familier viste signifikant forbedrede foreldreferdigheter blant de foreldrene som deltok, og reduserte atferdsproblemer hos barna.

Behandling

Rundt 400 000 narkotikabrukere rapporteres å ha blitt inntatt til behandling i 2007 ⁽¹⁴⁾. For under halvparten av dem var det første gang. Generelt gjaldt et stort flertall av behandlingssøknadene (86 %) poliklinisk behandling. Denne andelen har av ulike grunner gått opp i de senere år, bl.a. fordi poliklinisk behandling er blitt lettere tilgjengelig, men også fordi spekteret av spesialiserte polikliniske behandlingstiltak er blitt større.

De behandlingsoppleggene som oftest brukes i Europa er: psykososiale intervensjoner, substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet samt avrusning. Psykososiale intervensjoner tilbyr støtte til brukere i deres forsøk på

⁽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 etterspørsel etter behandling er basert på data fra 23 land for polikliniske sentre, med en dekning på over 70 % av enhetene i de fleste land, og fra 20 land for døgningstitusjoner, med en dekning på over 50 % av enhetene i de fleste land.

å mestre og å overvinne sine narkotikaproblemer. Tiltakene omfatter rådgivning, motivasjonsforsterkende terapi, kognitiv atferdsterapi, case-management, gruppe- og familierapi samt tilbakefallsforebygging. Psykososiale intervensjoner utgjør grunnlaget i den lokalsamfunnsbaserte behandlingen, enten den foregår poliklinisk eller innebærer innleggelse, og de supplerer oftest også substitusjonsbehandlingen for opiatavhengige. Avrusning er et kortvarig tiltak som foregår under medisinsk tilsyn og som tar sikte på å redusere abstinenssymptomene forbundet med kronisk narkotikabruk. Den innebærer vanligvis innleggelse. Det relative omfanget av de ulike behandlingstypene i hvert land er påvirket av en rekke faktorer, inkludert hvordan det nasjonale helsesystemet er organisert.

Poliklinisk behandling

Historisk har behandling for narkotikaavhengighet gjerne forutsatt innleggelse i døgninstitusjon, og den overveiende delen av klientene har vært heroinbrukere. Denne situasjonen endret seg i 1980- og 1990-årene, med den raske utbyggingen av polikliniske behandlingstiltak og i den senere tid med at stadig flere cannabis- og kokainbrukere har søkt behandling. I tillegg har problemer med lovlige rusmidler og reseptpliktige legemidler blitt vanligere.

I 2007 var opioider, hovedsakelig heroin, fortsatt det narkotiske middelet som oftest ble rapportert av brukere som ble inntatt til behandling i det polikliniske behandlingsapparatet – opioider ble oppgitt som primærrusmiddel av 54 % av klientene, etterfulgt av cannabis (21 %) og kokain (18 %). Flere land rapporterer om en økning i andelen klienter som inntas til behandling for problemer med andre narkotiske midler enn opioider, særlig blant nye klienter (se kapittel 3 og 5).

Narkotikabrukere som påbegynner poliklinisk behandling, er først og fremst unge menn, med en gjennomsnittsalder på 31 år, og det er nærmere fire ganger så mange menn som kvinner (3,7:1). Alder og kjønnsprofil for klientene i behandling varierer etter primærrusmiddel. Cannabisklientene er i gjennomsnitt langt yngre (25) enn opioid- (32) og kokain- (33) klientene. Uansett primærrusmiddel er klienter som påbegynner behandling for første gang, gjennomsnittlig ca. to år yngre enn alle klienter sett under ett. Det er gjennomsnittlig langt flere menn enn kvinner blant kokain- og cannabisklientene – henholdsvis 5,1:1 og 5,5:1 ⁽¹⁵⁾.

Den vanligste henvisningsveien for klienter i poliklinisk behandling er egenhenvisning, noe som gjelder grovt regnet

en tredel av alle klienter, strafferettssystemet henviser en firedel til behandling, og resten henvises gjennom sosial- og helsesystemet eller uformelle nettverk, inkludert familie og venner. Det forekommer sjelden at klienter henvises fra sykehus eller annet medisinsk hold, bortsett fra i Finland, der 25 % av klientene kommer denne veien. Ungarn er også et unntak, idet over 70 % av klientene der henvises til behandling av strafferettssystemet ⁽¹⁶⁾. Det er verdt å merke seg at ungarsk straffelov fastsetter at "for narkotikaavhengige personer som kan dokumentere at de har gjennomgått narkotikabehandling, er besittelse av små mengder ikke straffbart".

Poliklinisk, psykososial behandling gis for det meste av offentlige institusjoner (16 land) eller av frivillige organisasjoner (ti land). Ifølge nasjonale eksperter er denne typen behandling i ti land tilgjengelig for de fleste som ønsker det, og for nesten alle som ønsker det i ytterligere 13 land. I fire land (Bulgaria, Estland, Romania, Tyrkia) er poliklinisk, psykososial behandling tilgjengelig for bare under halvparten av dem som aktivt ønsker det (se figur 1A). Disse tallene kan dekke store variasjoner innad i et land og forskjeller i tilgjengeligheten av spesialiserte behandlingsprogrammer for cannabis- eller kokainbrukere.

Substitusjonsbehandling ved opiatavhengighet

Substitusjonsbehandling kombinert med psykososial omsorg, er den behandlingsformen som oftest tilbys opioidbrukere i Europa. Behandlingen skjer generelt poliklinisk, men enkelte land tilbyr også substitusjonsbehandling i døgninstitusjoner. I Østerrike får f.eks. 65 % av klientene i langvarig behandling i institusjon forskrevet "slow release" morfin. Substitusjonsbehandling tilbys dessuten i økende grad i fengslene ⁽¹⁷⁾.

Høydosert buprenorfinbehandling ble introdusert på Kypros i 2007, og substitusjonsbehandling for opiatavhengighet er nå tilgjengelig i alle medlemsstatene samt i Kroatia og Norge ⁽¹⁸⁾. Tyrkia har ennå ikke innført substitusjonsbehandling, selv om loven om behandlingssentre fra 2004 nå tillater det. I 16 land skjer mesteparten av substitusjonsbehandlingen ved spesialiserte, offentlige polikliniske tjenester. Imidlertid spiller allmennleger, ofte i en ordning der behandlingsansvaret deles med spesialiserte sentre, en stadig viktigere rolle i denne typen behandling, og i enkelte land er det nå faktisk allmennlegene som står for mesteparten av substitusjonsbehandlingen (Vallonia

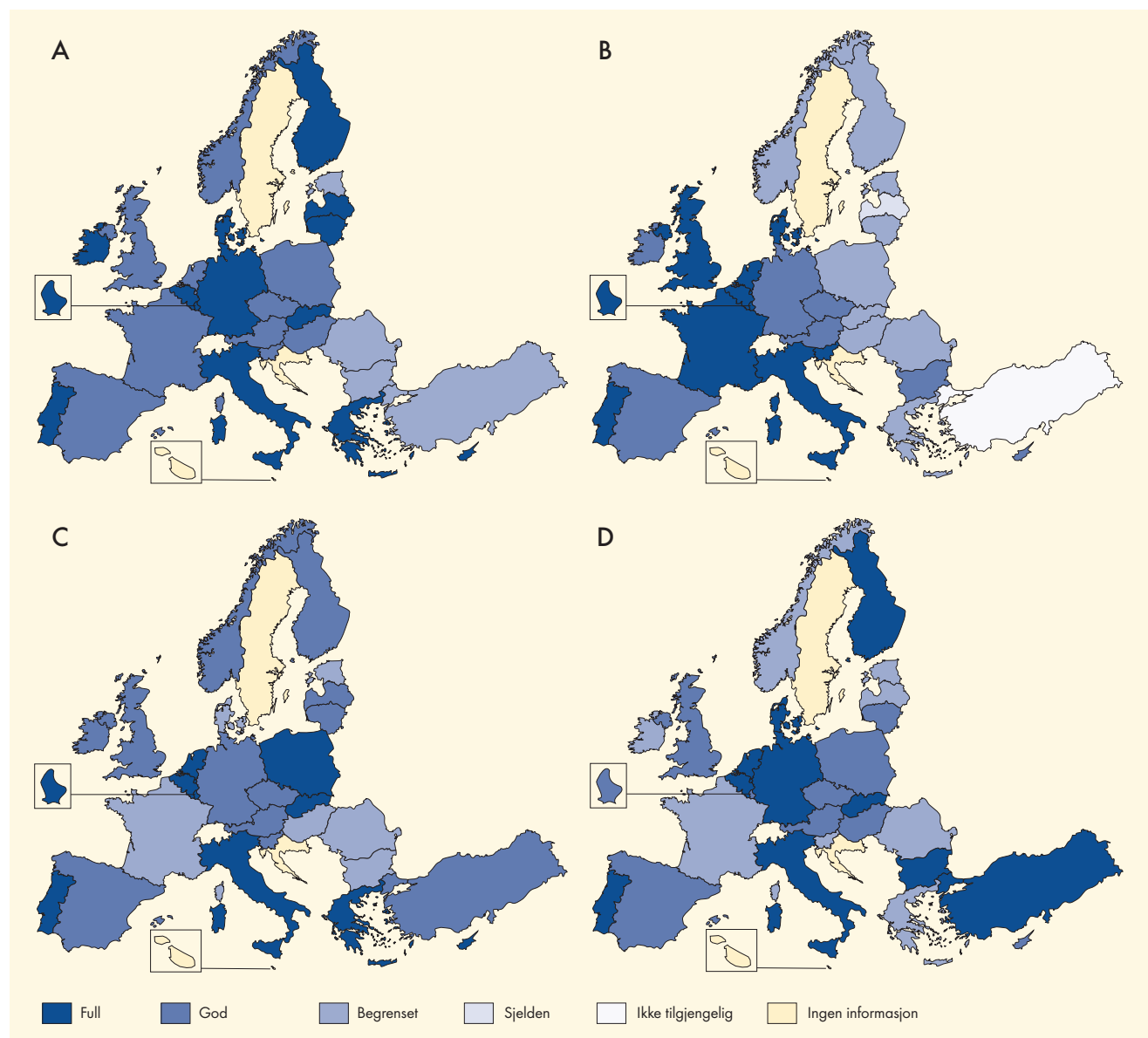
⁽¹⁵⁾ Se tabell TDI-10 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁶⁾ Se tabell TDI-16 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁷⁾ Se "Hjelp til narkotikabrukere i fengsel", s. 35.

⁽¹⁸⁾ Se tabell HSR-1 og HSR-2 i Statistiske opplysninger 2009.

Figur 1: Tilgjengelighet av behandlingsformer i forhold til behov (vurdert av nasjonale eksperter): (A) psykososial i poliklinikk, (B) substitusjon, (C) psykososial på døgninstitusjon, (D) avrusning



NB: Tilgjengelighet er definert som den andelen av behandlingstrengende narkotikabrukere som anslås å kunne få behandling: nesten alle (full), de fleste men langt fra alle (god), mer enn noen få men ikke flesteparten (begrenset), bare noen få (sjelden), ikke tilgjengelig. Informasjonen ble innhentet ved hjelp av et strukturert spørreskjema.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

i Belgia, Tsjekkia, Tyskland, Frankrike, Luxembourg, Østerrike, Norge) (se kapittel 6).

Det er anslått at om lag 650 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i Europa i 2007 ⁽¹⁹⁾. Ifølge nasjonale eksperter er denne typen behandling tilgjengelig for nesten alle opioidbrukere i ni land og for flesteparten av brukerne i ytterligere syv andre land. Substitusjonsbehandling anses å være tilgjengelig for et mindretall av opioidbrukere i ti land (Estland, Hellas, Latvia, Litauen, Ungarn, Polen, Romania, Slovakia,

Finland, Norge). Data om tilgjengeligheten av substitusjonsbehandling tilsier at det er et regionalt skille idet tilgjengeligheten er lavere i landene i Øst- og Nord-Europa (figur 1B).

Behandling i døgninstitusjon

Behandling i døgninstitusjon krever at klientene innlegges i en periode som kan vare fra flere uker til flere måneder. Disse programmene baserer seg generelt på medikamentfrihet (uten substitusjonsbehandling) og tar

⁽¹⁹⁾ Se tabell HSR-3 i Statistiske opplysninger 2009.

sikte på å sette klienten i stand til å klare seg uten narkotika. Klientene innlosjeres, gis individuelt, strukturert psykososial behandling og deltar i aktiviteter som tar sikte på å rehabilitere dem til samfunnet. Terapeutiske samfunn er en modell som ofte brukes. Narkotikabehandling tilbys også på psykiatriske sykehus, spesielt for klienter med psykiatriske tilleggslidelser.

I 2007 ble rundt 40 000 mennesker, eller én av ti av alle narkotikabrukere som påbegynte behandling, rapportert å ha lagt seg inn til behandling. Over halvparten av dem oppga å ha opioider som primærrusmiddel (56 %), mens de øvrige oppga cannabis (14 %), sentralstimulerende midler utenom kokain (14 %) og kokain (7 %) som primærrusmiddel.

Gjennomsnittsalderen på narkotikabrukere som legger seg inn til behandling, er 30 år, selv om opioid- og kokainklienter i snitt er litt eldre (31) enn dem som behandles for andre sentralstimulerende midler enn kokain (28) eller cannabis (26). De fleste klienter i døgninstitusjoner er menn, og i snitt er forholdet menn til kvinner 3,6:1. Misforholdet er ikke like stort blant dem som primært bruker andre sentralstimulerende midler enn kokain (2,2:1), mens det er enda større blant kokainbrukere (5,1:1) og cannabisbrukere (8:1). I de fleste land der sammenligning er mulig, er andelen narkotikaklienter som er uten arbeid og har en ustabil boligsituasjon, høyere blant klienter i døgninstitusjoner enn i det polikliniske behandlingsapparatet ⁽²⁰⁾.

Behandling i døgninstitusjon tilbys oftest av frivillige organisasjoner (12 land) og offentlige institusjoner (11 land). Private institusjoner spiller denne rollen i Danmark og Luxembourg, mens disse er nest viktigst i ti land. Nasjonale eksperter anslår at i 12 land er psykososial behandling i døgninstitusjon tilgjengelig for de fleste som ønsker det og for nesten alle som ønsker det i ytterligere ni land. I seks land (Bulgaria, Danmark, Estland, Frankrike, Ungarn, Romania) er denne behandlingsformen tilgjengelig for bare under halvparten av dem som aktivt ønsker det (se figur 1C).

Avrusning

Avrusning er generelt en forutsetning for å kunne legge seg inn på institusjon for langvarig behandling som er basert på rusfrihet. Dette er vanligvis, men ikke alltid, et tiltak som iverksettes i sykehus, spesialiserte behandlingssentre eller døgninstitusjoner med medisinske eller psykiatriske avdelinger.

Avrusning foregår vanligvis ved offentlige institusjoner i 21 land. Frivillige organisasjoner er de største aktørene innen avrusning i Belgia (Flandern) og Nederland, mens

privat sektor dominerer i Luxembourg og Bulgaria. Nasjonale eksperter anslår at i ni land er avrusning tilgjengelig for de fleste som ønsker det, og for nesten alle i ytterligere ti land. I åtte land (Estland, Irland, Hellas, Frankrike, Latvia, Romania, Slovenia, Norge) anslås avrusning å være tilgjengelig for under halvparten av dem som aktivt ønsker det (se figur 1D).

Kvalitetssikring

Europeiske helseplanleggere og beslutningstakere arbeider nå i stadig større grad for å sikre høy kvalitet på narkotikabehandlingen. De prøver også å prioritere "evidensbaserte" intervensjoner i vurderingen av behandlingstilbud og fordelingen av midler.

Retningslinjer er blitt et viktig verktøy i kvalitetssikringen av narkotikabehandlingen. Retningslinjene for behandling omfatter anbefalinger basert på vitenskapelige bevis, ekspertuttalelser, innspill fra brukerne og nasjonale helsesystemer. Retningslinjene skal være til hjelp for å kunne velge og iverksette behandlingstiltak. I 20 av 27 rapporterende land er det en godkjent institusjon som har utarbeidet de nasjonale retningslinjene for narkotikabehandling.

Eksisterende retningslinjer gjelder spesielt farmakologisk narkotikabehandling. Nasjonale retningslinjer for substitusjonsbehandling rapporteres av 18 land, mens 11 land rapporterer å ha retningslinjer for avrusning. Imidlertid rapporterer en tredel av disse landene at det ikke er en forutsetning for drift eller tilskudd at behandlingstilbudene følger disse retningslinjene.

Nasjonale retningslinjer for psykososial behandling og sosial reintegrasjon er mindre vanlig. Bare syv medlemsstater (Bulgaria, Tsjekkia, Tyskland, Danmark, Nederland, Slovenia, Storbritannia) rapporterer å ha retningslinjer for psykososiale intervensjoner, og fem (Tsjekkia, Tyskland, Portugal, Slovenia, Storbritannia) for sosial reintegrasjon. Det at det finnes så få nasjonale retningslinjer, skyldes sannsynligvis at tilgjengelig kunnskap er så begrenset, noe som understreker behovet for flere multisenter, randomiserte kontrollerte studier på disse områdene.

Etter- og videreutdanning av personalet er viktig for å sikre høy kvalitet på tilbudet. Kurs spesielt utformet for personer som arbeider med avhengighetsbehandling og en eller annen form for etter-/videreutdanning innen narkotikabehandling for leger er utbredt i Den europeiske union. De fleste landene har tilsvarende utdannings-/opplæringstilbud for andre fagfolk på rusfeltet, så som sykepleiere, sosialarbeidere og psykologer.

⁽²⁰⁾ Se tabell TDI-10, TDI-13, TDI-15 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2009.

Portal for beste praksis: ny modul om behandling

Etter innføringen av modulene om generell og selektiv forebygging i 2008 har EONN lansert en ny modul om narkotikabehandling på sin Portal for beste praksis. Her finnes et sammendrag, basert på de nyeste litteraturgjennomgangene, av forskningsresultater om effekten av farmakologiske og psykososiale behandlingsmetoder for problemer med opioider, sentralstimulerende midler og cannabis. Arbeidet på portalen fikk god drahjelp av en studie av behandlingskvalitet og utveksling av beste praksis, som var finansiert av Europakommisjonen (Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, 2008b).

Behandlingsmodulen presenterer funn fra studier som sammenligner effekten av ulike behandlingstiltak. Ideelt vurderes effekten ved å gjennomføre kontrollerte studier eller randomiserte, kontrollerte studier der tiltakene sammenlignes mot spesifikke utfallsmål. Det meste av kunnskapsgrunnlaget på dette området kommer fra studier gjennomført i USA. Det iverksettes etter hvert flere studier i Europa, inklusive en del banebrytende studier av nye virkestoffer for substitusjonsbehandling ved opioidavhengighet.

Den nye modulen inneholder også lenker til andre informasjonskilder, evaluerte tiltak, en ordliste og en kort oversikt over hullene i dagens kunnskapsgrunnlag. Portalen vil bli bygget ut med flere emner i tiden framover.

EONNs Portal for beste praksis:
<http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/treatment>

Bare noen få land rapporterer at de gjennomfører regelmessige evalueringer av resultatene for de ulike typene narkotikabehandling. Fem medlemsstater evaluerer substitusjonsbehandling og avrusningsbehandling, og bare Danmark, Tyskland og Storbritannia evaluerer resultatene av psykososiale behandlingsintervensjoner på regelmessig basis. Enkelte land rapporterer også om enkeltstående eller uregelmessige evalueringer av behandlingsresultater.

Skadereduksjon

Forebygging og reduksjon av narkotikarelaterte skader er et folkehelsepolitisk mål i alle medlemsstatene så vel som i EUs narkotikastrategi (Europakommisjonen, 2007). Blant hovedintervensjonene på området er substitusjonsbehandling med opioider og sprøytebytteprogrammer, som fokuserer på overdosedødsfall og spredningen av infeksjonssykdommer. Disse tiltakene rapporteres å være tilgjengelig i alle land unntatt Tyrkia. Selv om det er store forskjeller i tjenestetilbud og tjenestenivå (se kapittel 6 og 7), er det en generell trend i Europa at skadereduserende tiltak bygges ut og konsolideres.

De fleste landene har et spekter av helse- og sosialtjenester, herunder: individuell risikovurdering og rådgivning, opplæring i tryggere bruk, testing for infeksjonssykdommer og rådgivning i den forbindelse, vaksinasjon og behandling av virushepatitt. Disse tjenestene tilbys ofte som lavterskeltilbud. Mens skadereduksjonstiltakene tidligere fokuserte på HIV/AIDS-epidemien, er fokuset nå utvidet til å ivareta problembrukernes helsemessige og sosiale behov, særlig problembrukere som er sosialt ekskludert.

I de senere år har man også kunnet spore en profesjonaliseringsprosess, og det settes mer inn på å sikre høyere kvalitetsstandarder. I 2006–07 ble det f.eks. ført tilsyn med skadereduksjonstiltakene i England med henblikk på å identifisere potensielle områder for forbedring. Kvalitet kan også sikres ved i finansieringsavtaler å kreve overholdelse av spesifikke standarder, noe Tsjekkia og Estland har rapportert.

I 14 land ligger ansvaret for kvalitetssikring hos nasjonale institusjoner, mens det i land som har et føderalt system kan ligge hos organer på subnasjonalt nivå. Retningslinjene kan basere seg på forskningsresultater når det gjelder kostnadseffektivitet, som tilfellet er når det gjelder Storbritannias retningslinjer for programmer for sprøyteutdeling og sprøytebytte (NICE, 2009). Klientinvolvering og tilbagemelding fra ansatte søkes også brukt for å utvikle og forbedre kvaliteten på tjenestene. Ordninger for å spre beste praksis og nye forskningsfunn til fagmiljøene innbefatter nasjonale kunnskapsplattformer som "resultaten scoren" (skåring av resultater) i Nederland og internasjonale bevisstgjøringskampanjer, f.eks. om hepatitt C ⁽²¹⁾. En protokoll for datainnsamling for spesialiserte lavterskeltilbud innen skadereduksjon er utarbeidet av European Network of Social Inclusion and Health i samarbeid med EONN (Hedrich et al., 2008a), som et ledd i EU-finansierte prosjekter for å utvikle og gjennomføre europeiske helseindikatorer.

Sosial reintegrasjon

Sosial reintegrasjon er anerkjent som en vesentlig komponent i enhver omfattende narkotikastrategi. Det kan implementeres på ethvert stadium i en brukers ruskarriere og i forskjellige miljøer og innebærer kapasitetsbygging, styrking av sosiale ferdigheter, tiltak for å tilrettelegge for arbeid og sikre bolig eller forbedre boligsituasjonen. I praksis kan reintegrasjonsprogrammer tilby yrkesveiledning, utplassering i arbeidslivet og bostøtte. Fengselsbaserte tiltak, som har betydning for tilbakefall og gjentakelsesfare, kan sette de innsatte i kontakt med boligkontoret og det sosiale støtteapparatet som

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

forberedelse på løslatelsen (Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, 2008a). Generelt vil utfallet av tiltak som tar sikte på sosial reintegrasjon være avhengig av et effektivt samarbeid mellom helseinstitusjoner og institusjoner innen sosialomsorgen.

Hjemløshet kombinert med en ustabil boligsituasjon er en av de alvorligste formene for sosial eksklusjon narkotikabrukere står overfor, og gjaldt om lag 10 % av dem som påbegynte behandling i 2007 ⁽²²⁾. Dette tallet er sannsynligvis mye høyere for visse brukergrupper.

Alle medlemsstatene rapporterer at de har sosialboliger som kan ta imot narkotikabrukere. Det finnes imidlertid lite informasjon om i hvilken grad narkotikabrukeres boligbehov blir dekket. På grunn av begrensede økonomiske midler er det f.eks. ofte vanskelig for rehabiliteringstjenestene i Slovakia å dekke behovet.

Støtteboliger rapporteres av en rekke land (f.eks. Tsjekkia, Tyskland, Irland, Nederland, Finland, Sverige, Storbritannia). Slike ordninger for midlertidig husvære vil gjerne bestå av "bed & breakfast"-hoteller eller små møblerte leiligheter på korttidskontrakter, og tilbys ofte ved utskrivelse fra døgningstasjon for å gi personen anledning til å leve et selvstendig liv. I Irland er f.eks. brukerne ansvarlige for å betale husleien og for noe av husarbeidet, mens støtteapparatet hjelper dem med leieforholdet og med å komme seg i utdanning eller arbeid.

Ettersom 45 % av brukere som inntas til behandling i beste fall har fullført grunnskolen, og om lag 40 % av brukere som inntas til behandling er uten arbeid ⁽²³⁾, er det å hjelpe narkotikabrukere å finne arbeid eller få en yrkesrettet opplæring avgjørende for sosial reintegrasjon. De fleste medlemsstatene rapporterer å ha programmer på dette området. I Ungarn, Tsjekkia, Litauen, Slovenia og Slovakia har reintegrasjon av narkotikabrukere på arbeidsmarkedet hatt fordel av prosjekter finansiert av EU-initiativet mot diskriminering på arbeidsmarkedet (EQUAL). De fleste av disse prosjektene tar sikte på å hjelpe stabiliserte klienter å finne et arbeid som er i tråd med deres muligheter. Verdien av denne tilnærmingen underbygges av resultatene fra en skotsk studie, som fant at narkotikabrukere som er på bedringens vei, og som fikk arbeidsrelatert støtte, hadde tre ganger større sannsynlighet for å finne en betalt jobb (McIntosh et al., 2008).

Rettshåndheving og narkotikalovbrudd

Narkotikalovgivningen håndheves av en rekke myndigheter som hører inn under ulike fagdepartementer (f.eks. politi, justis, helse). I praksis forbindes begrepet

"håndheving av narkotikalovgivningen" vanligvis med det arbeidet politi og politilignende etater (som tollvesenet) utfører for å håndheve lovene i forbindelse med narkotikabruk og narkotikamarkedet. Noen av de områdene dette gjelder er: bruk og besittelse av narkotika, handel med og produksjon av narkotika samt ulovlig spredning av kjemikalier og hvitvasking av penger.

Rettshåndheving er en sentral komponent i Europas tiltak mot narkotika, og rettshåndheving mottar en stor del – muligens den største – av alle ressursene som settes inn på narkotikaområdet. Det ble nylig gjort et forsøk på å sammenligne hvordan narkotikarelaterte, offentlige utgifter fordeler seg i Europa, og det later til at i gjennomsnitt var offentlige utgifter til den narkotikarelaterte innsatsen for "offentlig orden og trygghet" (politistyrker, domstoler og fengsler) nesten tre ganger høyere enn beløpene som brukes på helseproblemene forbundet med narkotikabruk. En signifikant andel av pengene som bevilges til "offentlig orden og trygghet" vil nok gå til politiet (EONN, 2008e).

Hvordan og i hvilket omfang narkotikalovgivningen håndheves kan nok variere, avhengig av nasjonal lovgivning og anvendelsen av den, samt av ressurser og prioriteringer de berørte etater har, dvs. generelle organer for rettshåndheving og spesialiserte enheter ("narkotikagrupper").

I motsetning til annet arbeid med rettshåndheving, der polititjenestemenn typisk responderer på lovbrudd som ofte meldes av publikum, kan mesteparten av politiarbeidet når det gjelder narkotika, defineres som proaktivt, i og med at arbeidet oftest iverksettes etter initiativ fra institusjonene som er satt til å håndheve narkotikalovgivningen. Dette kommer av at mange narkotikalovbrudd kan betraktes som "offerløs kriminalitet" i den forstand at samtykkende personer i det skjulte deltar i en ulovlig virksomhet som politiet vil være uvitende om med mindre den oppdages tilfeldig (f.eks. under patruljering til fots) eller etter aktiv spaning.

Håndheving av narkotikalovgivningen omfatter derfor et bredt spekter av aktiviteter som ofte baserer seg på innsamling, behandling og utveksling av informasjon ved hjelp av menneskelige og elektroniske midler, herunder elektroniske databaser og dedikerte kommunikasjonsnettverk. Dette vil særlig være tilfelle for aktiviteter som tar sikte på å redusere forsyningen av narkotika ⁽²⁴⁾, der politiarbeidet spiller en helt sentral rolle, og innebærer også kontakt med informanter, dekkoperasjoner ("undercover-arbeid") og elektronisk overvåking, inklusive kommunikasjonsavlytting.

⁽²²⁾ Se tabell TDI-15 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽²³⁾ Se tabell TDI-12 og TDI-13 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽²⁴⁾ For en definisjon av tilbudsreducerende tiltak, se boksen på s. 28 i EONNs årsrapport for 2008.

Kontrollerte leveranser av narkotika og målrettede operasjoner med sikte på å forstyrre eller få bort omsetningssteder er noen av de operasjonelle taktikkene europeiske rettshåndhevingsorganer bruker. Kontroll og ransaking av mennesker og kjøretøy på og rundt strategiske steder som havner, flyplasser og grenseoverganger er en mer generell taktikk som også har andre siktemål, f.eks. innvandringskontroll.

Organene for rettshåndheving, da spesielt tollvesenet, har i mange land også ansvar for å håndheve lovgivningen om kontrollerte kjemikalier. Dette innebærer også f.eks. at tollvesenet må behandle import- og eksportsøknader samt identifisere og etterforske mistenkelige transaksjoner. Å ødelegge illegale narkotikalaboratorier kan også være en oppgave for politi og tollvesen i land hvor syntetiske stoffer framstilles.

Brudd på narkotikalovgivningen

Anmeldelser for brudd på narkotikalovgivningen, for det meste fra politiet, er de eneste rutinemessige dataene som er tilgjengelig om narkotikarelatert kriminalitet i Europa ⁽²⁵⁾. Disse rapportene viser vanligvis til lovbrudd som gjelder produksjon, handel og omsetning av narkotika, i tillegg til bruk og besittelse for eget bruk.

Data om narkotikalovbrudd kan betraktes som en indirekte indikator på narkotikabruk og narkotikahandel, eller som mer direkte indikatorer på rettshåndhevende aktivitet. Imidlertid gjelder de bare narkotikarelatert virksomhet som rettshåndhevingsorganene er blitt klar over, og de kan gjenspeile nasjonale forskjeller i lovgivning,

EONN 2009 Utvalgt aspekt om doms-statistikker

EONN publiserte i 2009 et nytt Utvalgt aspekt om doms-statistikker, som gjennomgår reaksjonene på narkotikalovbrudd i europeiske land. Rapporten ser på tilgjengelig statistikk fra politi, påtalemyndigheter og domstoler, og gransker dem etter type lovbrudd (besittelse, handel) og type reaksjon (bot, fengsling, behandling). Det sentrale spørsmålet som stilles er: Hva vil det mest sannsynlige utfallet bli i det enkelte land for en person som blir anholdt for besittelse eller forsyning av narkotika?

Dette Utvalgte aspektet finnes i trykt utgave og på internett, men bare på engelsk. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/sentencing>).

prioriteringer og ressurser. Videre kan de nasjonale informasjonssystemene være forskjellige, spesielt når det gjelder registrerings- og rapporteringspraksis. Når det derfor er vanskelig å utarbeide gode sammenligninger landene imellom, vil det være bedre å sammenligne trender enn absolutte tall.

På grunnlag av dataene innsendt av 21 medlemsstater, som representerer 85 % av Den europeiske unions befolkning i aldersgruppen 15–64, gikk antallet rapporterte narkotikalovbrudd opp med anslagsvis 29 % mellom 2002 og 2007. Dataene avdekker oppadgående trender i alle rapporterende land bortsett fra Bulgaria, Tsjekkia, Hellas, Luxembourg, Ungarn og Slovenia, der trendene var stabile eller generelt gikk ned i perioden ⁽²⁶⁾.

Lovbrudd relatert til bruk og forsyning

Det har ikke vært noen større forandringer i forholdet mellom narkotikalovbrudd relatert til bruk og lovbruddene relatert til forsyning (omsetning, handel, produksjon) sammenlignet med tidligere år. I de fleste landene i Europa er flesteparten av narkotikalovbruddene fortsatt knyttet til narkotikabruk eller besittelse for eget bruk, og utgjorde i 2007 inntil 91 % (Spania) av alle narkotikalovbrudd ⁽²⁷⁾. I Tsjekkia og Nederland er det derimot lovbruddene relatert til forsyning som dominerer, med henholdsvis 87 % og 69 % (figur 2). I Tsjekkia gis det en advarsel eller bot for besittelse av små mengder narkotika dersom hensikten ikke er å forsyne andre med stoffet, mens Nederland vanligvis ikke påtaler lovbrudd relatert til narkotikabruk ⁽²⁸⁾.

Fra 2002 til 2007 steg antallet narkotikalovbrudd knyttet til bruk i de fleste rapporterende landene, bortsett fra i Bulgaria, Hellas, Nederland og Slovenia, som rapporterte om en nedgang i perioden ⁽²⁹⁾. Generelt gikk antallet narkotikalovbrudd relatert til bruk i Den europeiske union opp med anslagsvis 32 % fra 2002 til 2007.

Antallet lovbrudd relatert til forsyning av narkotika gikk også opp i perioden 2002–07, men langt fra så mye, med en økning på 14 % i EU. Åtte land rapporterte om en nedgang i antallet forsyningsrelaterte lovbrudd i perioden, og åtte om en økning ⁽³⁰⁾.

Trender for det enkelte stoff

Cannabis er fortsatt det illegale rusmidlet som oftest nevnes i anmeldte narkotikalovbrudd i Europa ⁽³¹⁾. I de fleste

⁽²⁵⁾ For en drøfting av forholdet mellom narkotika og kriminalitet, se EONN (2007b).

⁽²⁶⁾ Se figur DLO-1 og tabell DLO-1 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽²⁷⁾ Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽²⁸⁾ Se Tsjekkia og Nederland under "Landoversikter" på EONNs nettsted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>).

⁽²⁹⁾ Se figur DLO-1 og tabell DLO-4 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽³⁰⁾ Se figur DLO-1 og tabell DLO-5 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽³¹⁾ Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2009.

landene i Europa sto cannabisrelaterte lovbrudd for mellom 55 % og 85 % av alle anmeldte narkotikalovbrudd i 2007. Bare i to land ble det begått flere lovbrudd som gjaldt andre narkotiske stoffer, nemlig Litauen (heroin 26 %) og Tsjekkia (metamfetamin 59 %). I Latvia fordeler narkotikalovbruddene seg jevnt mellom cannabis, heroin og ecstasy.

I femårsperioden 2002–07 var antallet narkotikalovbrudd som involverte cannabis økende eller stabilt i de fleste av de rapporterende landene, noe som ga en anslagsvis økning på 23 % for EU sett under ett. Fallende trender rapporteres av Bulgaria, Tsjekkia og Slovenia ⁽³²⁾.

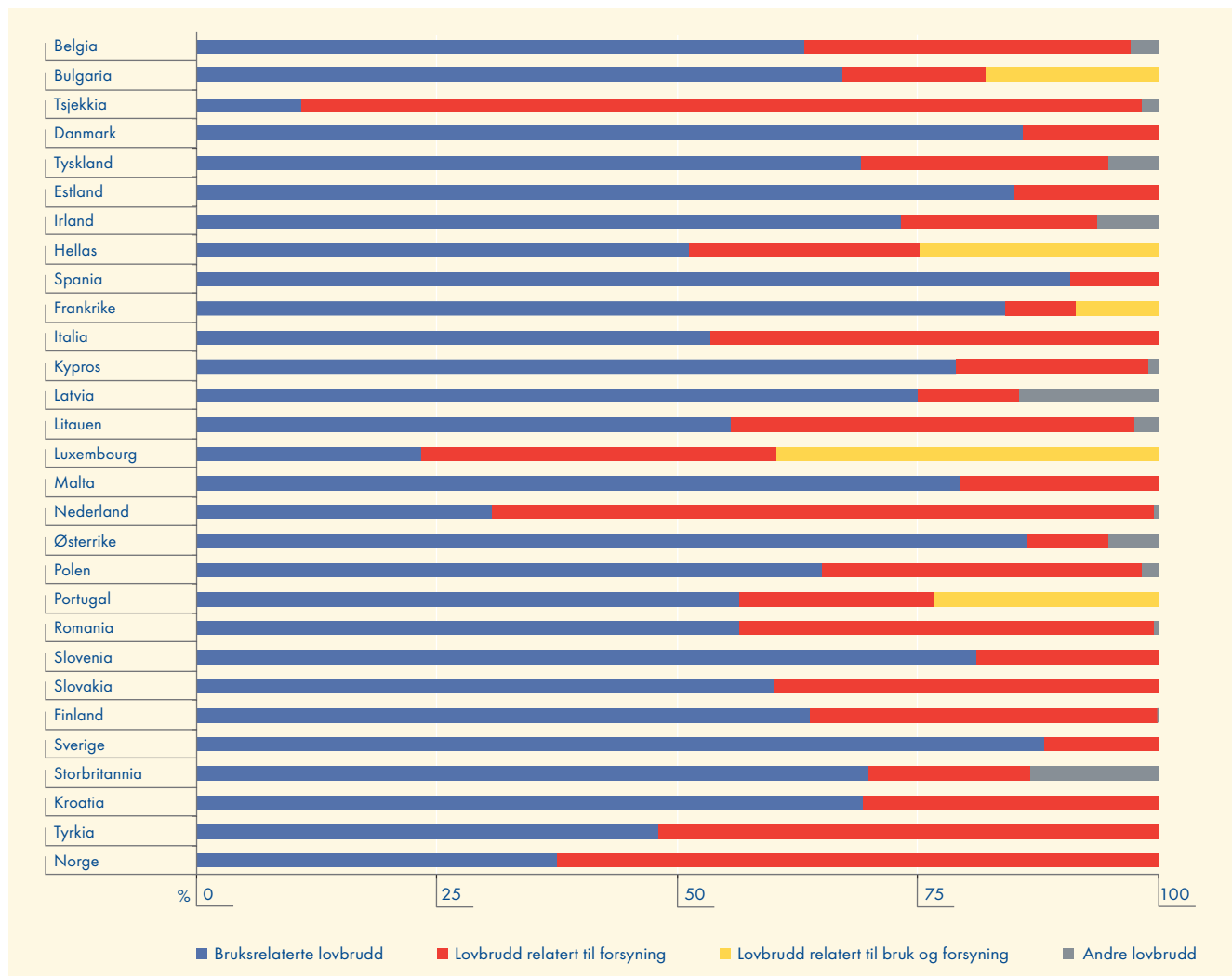
Antall kokainrelaterte lovbrudd gikk opp i perioden 2002–07 i alle europeiske land unntatt Bulgaria og Tyskland. Den europeiske union sett under ett hadde i

samme periode en økning i antallet kokainrelaterte lovbrudd på ca. 59 % ⁽³³⁾.

Den fallende trenden i antallet heroinrelaterte lovbrudd i Den europeiske union som ble anført i tidligere rapporter, synes å ha stoppet, og for perioden 2002–07 er det en økning på rundt 7 %. Imidlertid har det vært sprik mellom de nasjonale trendene, og den stigende trenden skyldes først og fremst en økning de to siste årene i Belgia, Hellas, Spania, Frankrike, Polen og Portugal samt en stabilisering i Tyskland og Østerrike ⁽³⁴⁾.

Antallet amfetaminrelaterte lovbrudd som er rapportert i Den europeiske union er fortsatt på vei opp, anslagsvis med 59 % fra 2002 til 2007. Ecstasyrelaterte lovbrudd har derimot gått ned med anslagsvis 22 % i samme periode ⁽³⁵⁾.

Figur 2: Typer lovbrudd i rapporter om brudd på narkotikalovgivningen i Europa



NB: For ytterligere opplysninger, se figur DLO-2 i Statistiske opplysninger 2009.
Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

⁽³²⁾ Se figur DLO-3 og tabell DLO-6 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽³³⁾ Se figur DLO-3 og tabell DLO-8 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽³⁴⁾ Se figur DLO-3 og tabell DLO-7 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽³⁵⁾ Se figur DLO-3 i Statistiske opplysninger 2009.

Helse- og sosial tiltak i fengsler

På en hvilken som helst dag vil det være over 600 000 innsatte i fengslene i Den europeiske union ⁽³⁶⁾, eller i snitt 120 innsatte pr. 100 000 innbyggere. Nasjonale tall varierer fra 65 til 320 innsatte pr. 100 000 innbyggere, men de fleste medlemsstatene i Sentral- og Øst-Europa rapporterer tall over gjennomsnittet. Likevel er de nasjonale tallene, og snittet for EU, betraktelig lavere enn i Russland (629) og USA (756) ⁽³⁷⁾.

Personer som er domfelt for narkotikalovbrudd, utgjør mellom 10 % og 30 % av fengselsbefolkningen i de fleste EU-landene. En ukjent andel av alle innsatte er domfelt for vinningsforbrytelser for å finansiere narkotikaavhengighet, eller for annen narkotikarelatert kriminalitet. Selv om tallene totalt sett er lave, har andelen narkotikalovbrytere av alle domfelte innsatte i flere medlemsstater i Sentral- og Øst-Europa gått opp de senere årene.

Narkotikabruk i fengselsbefolkningen

Ennå er det et stykke fram til at definisjoner, forskningsspørsmål og metoder som brukes i studier av narkotikabruk i fengslene, er standardisert (Vandam, 2009; Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, 2008a), men eksisterende studier viser at narkotikabruk fortsatt er mer utbredt i fengselsbefolkningen enn i befolkningen generelt. Data fra en rekke studier gjennomført fra 2002 og senere, for det meste i Vest-Europa, viser at mellom én tredel og halvparten av dem som var med i undersøkelsene, rapporterte om regelmessig bruk av et illegalt rusmiddel før soning. Studier viser også at de aller mest skadelige formene for narkotikabruk også kan være utbredt blant innsatte, idet mellom en femdel og en tredel av de undersøkte rapporterte å ha injisert narkotika ⁽³⁸⁾.

Ved innsettelse i fengsel vil de fleste brukerne redusere forbruket av narkotika eller stoppe helt, hovedsakelig på grunn av problemer med å skaffe seg stoffene. Men at narkotika finner veien inn i de fleste fengsler til tross for alle tiltakene som iverettes for å redusere tilførselen, er et faktum verken fengselseksperter eller politikere i Europa nekter for. Studier gjennomført siden 2002 viser at mellom 1 % og 50 % av alle innsatte rapporterer å ha brukt narkotika i soningstiden, og at inntil 27 % rapporterer om regelmessig bruk under soning ⁽³⁹⁾. En studie av 1 457 innsatte i seks tyske fengsler fant at 22 % hadde

injisert narkotika i fengselet, og studier gjennomført i fire andre land rapporterte andeler på 10 % eller mer ⁽⁴⁰⁾. Narkotikabrukere som injiserer i varetekt synes å dele brukerutstyr oftere enn brukere som ikke er i fengsel. Dette reiser spørsmål om potensialet for spredning av smittsomme sykdommer i fengselsbefolkningen.

Fengsel og helse i Europa

Innsatte har krav på samme helsetilbud som folk som lever ute i samfunnet, og fengslenes helsetjenester bør være i stand til å gi tilsvarende behandling for problemer forbundet med narkotikabruk som det som tilbys utenfor murene (CPT, 2006; WHO, 2007). Dette generelle likeverdsprinsippet er anerkjent i Den europeiske union gjennom rådsrekommendasjon av 18. juni 2003 om forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet ⁽⁴¹⁾, og EUs nye handlingsplan mot narkotika (2009–12) forutsetter at prinsippet gjennomføres.

Helse- og omsorgstilbudet i fengslene blir nå viet større oppmerksomhet fra beslutningstakerne i landene, og det er tegn til at EU-medlemsstatene er i ferd med å forbedre tjenestene de tilbyr de innsatte. For eksempel rapporterer flere land nå at de har fått på plass nasjonale retningslinjer og programmer innen helsetjenestene i fengsler. Likevel er det mye som gjenstår for å sikre at de innsatte har tilgang til helsetjenester i samme omfang og av samme kvalitet som det som tilbys resten av befolkningen. I tillegg representerer narkotikabrukere i fengsel helt spesielle helseutfordringer, som f.eks. blodbårne smittsomme sykdommer og psykiatriske tilleggslidelser.

Hjelp til narkotikabrukere i fengsel

Tilbudet til innsatte i landene i Europa omfatter: informasjon om narkotika og helse, screening for smittsomme sykdommer og vaksinasjon, behandling for narkotikaavhengighet – inklusive – avrusning, substitusjonsbehandling og medikamentfrie tilnærminger samt forberedelse til løslatelse. Tilbudet til de innsatte bygges stadig ut, noe vi ser av innføringen av substitusjonsbehandling i fengslene i Tsjekkia, Polen og Sverige, medikamentfrie behandlingsprogrammer på Kypros, og i Danmark utvidelsen av "behandlingsgarantien" til innsatte. Denne sikrer narkotikabehandling innen to uker etter at søknaden er innlevert.

⁽³⁶⁾ Data om europeiske fengsler er tilgjengelige fra Europarådet på: http://www.coe.int/t/e/legal_affairs/legal_co-operation/prisons_and_alternatives/Statistics_SPACE/List_Space_1.asp

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

⁽³⁸⁾ Se tabell DUP-105 og DUP-2 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽³⁹⁾ Se tabell DUP-3 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁴⁰⁾ Se tabell DUP-4 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁴¹⁾ EUT L 165 av 3.7.2003, s. 31.

Tjueseks land har nå offisielt vedtatt at narkotikabrukere som får substitusjonsbehandling, skal få fortsette behandlingen i fengsel, men fem land har ennå ikke innført dette, og 21 land har vedtatt at denne typen behandling kan påbegynnes også av innsatte. Ifølge ekspertene er det imidlertid variasjoner i tjenestetilbudet. Substitusjonsbehandling er tilgjengelig i nesten alle fengsler i ni land og i over halvparten i ytterligere fire land. I Tsjekkia, Frankrike, Tyskland og Storbritannia anslås tilbudet om substitusjonsbehandling å omfatte under halvparten av fengslene, og i Ungarn, Polen, Finland og Sverige bare et par fengsler. I ni land (Bulgaria, Estland, Hellas, Kypros, Litauen, Latvia, Slovakia, Romania, Tyrkia) er denne typen behandling ikke tilgjengelig i fengslene, men det er arbeid på gang for å innføre den i Bulgaria og Romania, og lovendringer drøftes i Latvia.

Der det er et begrenset tilbud om substitusjonsbehandling i samfunnet generelt, vil dette oftest vise seg igjen i et fraværende eller bare begrenset behandlingstilbud i fengslene ⁽⁴²⁾. Av andre hindringer for å få substitusjonsbehandling i fengslene som medlemsstatene rapporterer, er manglende lovhjemmel for å få tilbudet på plass (Finland) eller krav om betaling for behandlingen (fransktalende del av Belgia). Tilbudet om substitusjonsbehandling varierer også ofte med lokale forhold og er noen ganger avhengig av initiativ fra den enkelte fengselslege.

Ekspertene har vurdert tilgjengeligheten og nivået på tjenestetilbudet innen forebygging og skadereduksjon

i fengslene i 26 EU-land pluss Norge og Tyrkia. Individuell veiledning om smittsomme sykdommer og vurdering av narkotikarelatert risikoatferd rapporteres å eksistere i fengsler i 26 land. Hepatitt C-testing ved innsettelse finnes i 22 land, men ikke i Ungarn, Polen og Tyrkia. I Ungarn ble derimot over 14 % av alle fanger screenet for HCV i løpet av de første ni månedene av en pågående kampanje som begynte i 2007. Andre tiltak, som målrettede programmer for hepatitt B-vaksinasjon i fengslene, kurs i stoffspesifikke, helsefremmende tiltak for fengselsansatte samt råd og opplæring i tryggere bruk, rapporteres i tretten land, selv om dekningsgraden varierer.

Det samme kan sies om deknningen når det gjelder forebyggende tiltak mot overdose. Mens informasjon om overdoserisiko finnes som et tilbud før løslatelse i 18 land, anslås det at slik informasjon ble gitt til mer enn noen få bare i åtte land i løpet av de 12 siste månedene. Informasjonsmateriell om narkotikarelaterte dødsfall og akutsituasjoner utarbeidet spesielt for fengselsmiljøet, er tilgjengelig bare i syv land ⁽⁴³⁾.

Sprøytebytte og utdeling av kanyler er et tilbud som finnes i fengselsmiljøer i Tyskland, Spania, Luxembourg, Portugal og Romania, og det planlegges innført i Storbritannia (Skottland). Motstand fra de fengselsansatte og mangelen på konfidensialitet er rapportert som årsaker til at det har vært vanskelig å innføre en del av disse programmene i fengsler.

⁽⁴²⁾ Se figur HSR-2 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁴³⁾ Se tabell HSR-7 i Statistiske opplysninger 2009.



Kapittel 3

Cannabis

Innledning

I Europa har bruken av cannabis endret seg betydelig det siste tiåret. Det samme har debatten om hensiktsmessige tiltak mot den utbredte bruken av dette stoffet. I begynnelsen og midten av 1990-årene pekte noen få land seg ut med høy prevalens, mens normen for Europa sett under ett var bruksnivåer som etter dagens standarder var lave. Bruken av cannabis økte i de fleste land i løpet av 1990-årene og begynnelsen av 2000-tallet, og det har resultert i at dagens europeiske situasjon er mindre variert, selv om det fortsatt er store forskjeller landene imellom. I tillegg har man de siste årene fått økt forståelse av konsekvensene for folkehelsen av langvarig og utbredt bruk av dette stoffet, og stadig flere søker behandling for cannabisrelaterte problemer. Europa er kanskje nå på vei inn i en ny fase, ettersom data både fra generelle befolkningsundersøkelser og fra skoleundersøkelser tyder på at bruken har stabilisert seg eller til og med gått ned. Bruksnivået er imidlertid fortsatt høyt i historisk sammenheng, og hva som utgjør et effektivt tiltak mot cannabisbruk, er fortsatt et nøkkelspørsmål i den europeiske narkotikadebatten.

Tilbud og tilgjengelighet

Produksjon og handel

Cannabis kan dyrkes i mange forskjellige miljøer og vokser vilt i mange deler av verden. Gjeldende anslag går ut på at cannabis dyrkes i 172 land og territorier i verden (UNODC, 2009) ⁽⁴⁴⁾. Dette innebærer at det er vanskelig å produsere nøyaktige anslag over den globale produksjonen av cannabis. UNODC (2009) anslår den globale produksjonen av marihuana til mellom 13 300 og 66 100 tonn i 2008.

I Europa er dyrking av cannabis utbredt og muligens i ferd med å bli enda mer utbredt (Korf, 2008). I 2007 rapporterte 19 europeiske land om innenlandsk cannabisproduksjon, men fenomenets omfang synes å variere betydelig. En signifikant del av den cannabisen som brukes i Europa, er nok sannsynligvis dyrket i Europa.

I Europa blir marihuanaen også importert, for det meste fra Afrika (f.eks. Nigeria, Marokko, Ghana, Sør-Afrika) og i noen mindre grad fra Sørvest-Asia (Pakistan) og Amerika (Jamaica) (INCB, 2009a).

Tabell 2: Produksjon, beslag, priser og styrke på marihuana og hasj

	Hasj	Marihuana
Globalt produksjonsestimat (tonn)	2 200–9 900	13 300–66 100
Globale beslag (tonn)	1 300	5 600
Beslaglagte kvanta (tonn)		
EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	853 (859)	70 (96)
Antall beslag		
EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	324 000 (325 000)	227 000 (241 000)
Gjennomsnittlig detaljpris (EUR pr. gram)	3–11	1–12
Spredning (Interkvartil avstand) ⁽¹⁾	(5–9)	(4–9)
Gjennomsnittlig styrke (THC-innhold)	2–13 %	1–10 %

⁽¹⁾ Verdier i midterste halvdel av rapporterte gjennomsnittspriser.

NB: Alle data gjelder 2007, bortsett fra globale produksjonsestimater, som er for 2008.

Kilder: UNODC World drug report (2009) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.

⁽⁴⁴⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 39.

Den globale produksjonen av hasj i 2008 er anslått til mellom 2 200 og 9 900 tonn (UNODC, 2009), og Marokko er fortsatt den største produsenten. Ifølge rapportene er dyrkingsarealet for hasj redusert fra 134 000 hektar i 2003 til 76 400 hektar i 2005 (UNODC og Marokkos regjering, 2007). Hasjproduksjon rapporteres også i andre land, bl.a. Afghanistan og Pakistan (UNODC, 2009). Hasjen som produseres i Marokko, smugles typisk til Europa via Den iberiske halvøy og Nederland før den distribueres videre til andre europeiske land.

Beslag

I 2007 ble anslagsvis 5 600 tonn marihuana og 1 300 tonn hasj beslaglagt i verden, en total økning på om lag 10 % fra foregående år. De fleste beslagene av marihuana ble fortsatt gjort i Nord-Amerika (66 %), mens hasj fortsatt hovedsakelig ble beslaglagt i Vest- og Sentral-Europa (66 %) (UNODC, 2009).

Samme år ble det gjort anslagsvis 241 000 beslag av marihuana i Europa, tilsvarende 96 tonn ⁽⁴⁵⁾. Antallet beslag er mer enn doblet fra 2002 til 2007. Beslaglagte kvanta marihuana ble halvert de to første årene i denne perioden, men til tross for en økning etter dette ligger de beslaglagte kvantaene godt under de 130 tonnene som ble beslaglagt i 2002. Det største antallet beslag av marihuana ble rapportert av Storbritannia, som sto for nærmere halvparten av alle beslag i 2005 og 2006. Tyrkia (25,5 tonn) og Belgia (12,8 tonn) rapporterte rekordstore beslag i 2007.

Beslagene av hasj i Europa var større enn beslagene av marihuana, både i antall og i kvanta ⁽⁴⁶⁾. I 2007 ble det gjort om lag 325 000 beslag av hasj, til sammen 859 tonn, eller nesten ni ganger mer enn beslaglagte kvanta av marihuana. I perioden 2002–2007 har antallet hasjbeslag gått opp, mens beslaglagte kvanta har variert. Drøye halvparten av alle hasjbeslag og ca. tre firedeler av beslaglagte kvanta i 2007 ble rapportert av Spania, og rekordstore beslag av hasj ble gjort i Belgia (59 tonn), Portugal (43 tonn) og Tyrkia (6 tonn).

Beslagene av cannabisplanter har gått jevnt og trutt opp siden 2002 og kom i 2007 opp i anslagsvis 15 000 tilfeller. Landene oppgir beslaglagte kvanta enten i antall planter eller i vekt (anslag). Det ble beslaglagt 2,4 millioner planter, et tall som har holdt seg relativt stabilt de to siste årene, opp fra ca. 1,5 millioner i 2002. Vekten av plantebeslagene har gått markant opp i perioden og nådde 27 tonn i 2007, hvorav 25 tonn ble rapportert av Spania.

Styrke og pris

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det viktigste virkestoffet. Styrken på cannabisen varierer mellom og innenfor det enkelte land og mellom ulike cannabisprodukter. Informasjon om styrke er for det meste basert på kriminaltekniske analyser av stikkprøver av cannabis som er beslaglagt. Siden det er uklart i hvilken grad de analyserte prøvene er representative for den generelle situasjonen på markedet, bør opplysninger om styrke tolkes med varsomhet. I 2007 varierte rapportert

Tilbud og tilgjengelighet av narkotika: data og kilder

Systematisk og rutinemessig informasjon om de illegale narkotikamarkedene og om den illegale handelen finnes fortsatt bare i begrenset omfang. Produksjonsestimater for heroin, kokain og cannabis er ofte laget ut fra anslag over dyrkingsarealer basert på feltarbeid (prøvetaking i feltet) og fly- eller satellittundersøkelser. Disse anslagene er forbundet med visse vesentlige begrensninger, f.eks. forbundet med variasjoner i avling eller problemer med kartlegging av produksjon av f.eks. cannabis, som også kan foregå innendørs og ikke bare i avgrensede geografiske områder.

Narkotikabeslag betraktes ofte som en indirekte indikator på forsyningssituasjon, smuglerruter og tilgjengelighet av de forskjellige narkotiske stoffene. De er en mer direkte indikator på rettshåndhevingsorganenes innsats (f.eks. prioriteringer, ressurser, strategier), men gjenspeiler også rapporteringspraksis og hvor utsatt omsetningsleddene er for å bli pågrepet. En analyse av data om renhet, styrke og detaljpris på illegale rusmidler kan også bidra til å forstå detaljmarkedene bedre. Det er imidlertid begrenset hvor mye slik informasjon som er tilgjengelig, og det kan stilles spørsmål ved opplysningenes pålitelighet og sammenlignbarhet. Etterretningsinformasjon fra de ulike organene for rettshåndheving kan bidra til å utfylle bildet.

EONN samler inn nasjonale, europeiske data om narkotikabeslag, renhet og detaljpriser. Andre data kommer fra UNODCs informasjonssystemer og analyser, supplert med tilleggsinformasjon fra Europol. Informasjon om narkotikaprekursorer kommer fra Europakommisjonen, som samler inn data om beslag av disse stoffene i EU, og INCB, som deltar i en rekke internasjonale initiativer med sikte på å forebygge spredning av visse kjemiske stoffer som brukes i framstillingen av illegale narkotiske stoffer.

Dataene og anslagene som presenteres i denne rapporten, er de beste anslagene som er tilgjengelige, men ettersom det i mange deler av verden ikke finnes avanserte informasjonssystemer når det gjelder forsyningen av narkotika, må de tolkes med varsomhet.

⁽⁴⁵⁾ Dataene om europeiske narkotikabeslag i dette kapittelet kan finnes i tabell SZR-1 til SZR-6 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁴⁶⁾ Størrelsen på den enkelte forsendelse, transportavstand og antallet internasjonale grenser som skal krysses, gjør at det gjerne er større sjanse for beslag av hasj enn av lokalprodusert marihuana.

nasjonalt gjennomsnittlig THC-innhold i hasj fra 2,9 % til 13,3 %. Gjennomsnittsstyrken på marihuana, hjemmedyrket sinsemilla ("nederwiet") i Nederland ikke inkludert, varierte fra 1,2 % til 10,2 %.

I perioden 2002–2007 holdt rapportert gjennomsnittlig styrke på hasj og marihuana seg stabil, gikk eventuelt ned, i de fleste av de 16 europeiske landene som denne analysen har kunnet gjøres for. Imidlertid ble det registrert en stigende trend for gjennomsnittlig THC-innhold i hasj i Portugal og Luxembourg. En økning i styrken på marihuana ble observert i fem andre land. Informasjon om styrken på lokalprodusert marihuana over flere år er tilgjengelig bare for Nederland, hvor det nylig ble observert en reduksjon i gjennomsnittsstyrken på nederwiet, fra en topp på 20,3 % i 2004 til 16,0 % i 2006, hvor den holdt seg i 2007 ⁽⁴⁷⁾.

Gjennomsnittlig detaljpris på hasj i 2007 varierte fra 3 til 11 euro grammet i de 18 landene som la fram informasjon om dette, i halvparten mellom 5 og 9 euro.

Gjennomsnittlig detaljpris på marihuana varierte fra 1 til 12 euro grammet i de 17 landene som la fram informasjon, og i nærmere halvparten av disse landene lå prisen mellom 4 og 9 euro. For de 11 landene som har data for hele perioden 2002–07, har gjennomsnittlig detaljpris på hasj, korrigert for inflasjon, gått ned. Tilgjengelige data for marihuana for samme periode tyder på en mer stabil situasjon.

Prevalens og bruksmønstre

Cannabisbruk i befolkningen generelt

Et forsiktig anslag tilsier at om lag 74 millioner europeere har brukt cannabis minst én gang i livet (livstidsprevalens), det vil si mer enn én av fem av alle mellom 15 og 64 år (se tabell 3 for et sammendrag av dataene). Det er store forskjeller fra et land til et annet idet nasjonale prevalenstall varierer fra 1,5 % til 38,6 %. For de fleste landene ligger prevalenstallene i området 10–30 %.

Mange land rapporterer relativt høye prevalensnivåer for bruk av cannabis siste år og siste måned. Det anslås at om lag 22,5 millioner europeere har brukt cannabis det siste året, i gjennomsnitt ca. 6,8 % av alle i alderen 15–64. Estimater for prevalens siste måned vil omfatte personer som bruker stoffet mer jevnlig, men ikke nødvendigvis intensivt. Det anslås at ca. 12 millioner europeere har brukt cannabis siste måned, i gjennomsnitt om lag 3,6 % av alle i alderen 15–64.

Befolkningsundersøkelser: et viktig verktøy for å forstå mønstre og trender for narkotikabruk i Europa

Narkotikabruk i befolkningen generelt eller blant skoleelever kan kartlegges ved hjelp av representative undersøkelser som gir anslag over den andelen som rapporterer å ha brukt bestemte stoffer i løpet av et gitt tidsrom.

Undersøkelser gir også nyttig kontekstuell informasjon om bruksmønstre, sosiodemografiske karakteristika for brukerne og oppfatninger av risiko og tilgjengelighet.

Sammen med nasjonale eksperter har EONN utviklet et sett av kjernespørsmål til bruk i undersøkelser blant voksne ("European Model Questionnaire" – EMQ). Protokollen har nå blitt gjennomført i de fleste EU-medlemsstatene. Det er imidlertid fortsatt forskjeller når det gjelder metodikk og året da dataene ble samlet inn, og dette betyr at selv små forskjeller, særlig fra et land til et annet, bør tolkes med varsomhet.

Fordi det er dyrt å gjennomføre spørreundersøkelser, samler bare noen få europeiske land inn informasjon årlig, mens mange gjennomfører undersøkelser med to til fire års intervall. I denne rapporten presenteres data basert på de siste tilgjengelige undersøkelsene i hvert land, som i de fleste tilfeller er fra perioden 2004–2007.

Av de tre standard tidsrammene som er brukt for rapportering av undersøkelsesdata, er livstidsprevalens (angir antall personer som har brukt det aktuelle rusmiddelet på noe tidspunkt i sitt liv) den bredeste. Dette målet gjenspeiler ikke dagens situasjon med hensyn til narkotikabruk blant voksne, men det kan bidra til å forstå bruksmønstre og insidens. For voksne er EONNs standard aldersspredning 15–64 år (alle voksne) og 15–34 år (unge voksne), og fokus er på tidsrammene siste år og siste måned (bruk i løpet av siste 12 måneder eller siste 30 dager før undersøkelsen) ⁽¹⁾. For skoleelever blir livstidsprevalens og siste års prevalens omtrent det samme, da bruk av illegale rusmidler før 15 års alder sjelden forekommer.

Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) bruker standardiserte metoder og verktøy for å måle narkotika- og alkoholbruk i representative utvalg av 15–16-årige skoleelever. Det er gjennomført ESPAD-undersøkelser i 1995, 1999, 2003 og 2007. I 2007 ble undersøkelsen gjennomført i 35 land, inklusive 25 EU-medlemsstater, Norge og Kroatia ⁽²⁾.

⁽¹⁾ For ytterligere opplysninger, se <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/gps-overview>

⁽²⁾ Et sammendrag av de viktigste funnene i ESPAD-undersøkelsen fra 2007 finnes på 23 språk (<http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index77163EN.html>). Den fulle rapporten er tilgjengelig på ESPADs nettsted (<http://www.espad.org>).

⁽⁴⁷⁾ Se tabell PPP-1 og PPP-5 i Statistiske opplysninger 2009 for data om styrke og pris.

Tabell 3: Prevalens av cannabisbruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk		
	Livstid	Siste år	Siste måned
15–64 år			
Anslag over antall brukere i Europa	74 millioner	22,5 millioner	12 millioner
Europeisk gjennomsnitt	22,1 %	6,8 %	3,6 %
Spredning	1,5–38,6 %	0,4–14,6 %	0,1–7,2 %
Land med lav prevalens	Romania (1,5 %) Malta (3,5 %) Bulgaria (5,6 %) Kypros (6,6 %)	Romania (0,4 %) Malta (0,8 %) Hellas (1,7 %) Bulgaria (1,9 %)	Romania (0,1 %) Malta (0,5 %) Sverige (0,6 %) Litauen (0,7 %)
Land med høy prevalens	Danmark (38,6 %) Italia (31,2 %) Frankrike (30,6 %) Storbritannia (30,0 %)	Italia (14,6 %) Spania (10,1 %) Tsjekkia (9,3 %) Frankrike (8,6 %)	Italia (7,2 %) Spania (7,1 %) Frankrike, Tsjekkia (4,8 %)
15–34 år			
Anslag over antall brukere i Europa	41,5 millioner	17 millioner	9 millioner
Europeisk gjennomsnitt	31,1 %	12,5 %	6,8 %
Spredning	2,9–48,0 %	0,9–20,9 %	0,3–13,4 %
Land med lav prevalens	Romania (2,9 %) Malta (4,8 %) Kypros (9,9 %) Hellas (10,8 %)	Romania (0,9 %) Malta (1,9 %) Hellas (3,2 %) Kypros (3,4 %)	Romania (0,3 %) Sverige (1,3 %) Hellas, Litauen (1,5 %)
Land med høy prevalens	Danmark (48,0 %) Frankrike (43,6 %) Storbritannia (40,1 %) Tsjekkia (38,3 %)	Italia (20,9 %) Tsjekkia (19,3 %) Spania (18,8 %) Frankrike (16,7 %)	Spania (13,4 %) Italia (10,4 %) Tsjekkia, Frankrike (9,8 %)
15–24 år			
Anslag over antall brukere i Europa	19 millioner	10 millioner	5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	30,5 %	15,8 %	8,3 %
Spredning	3,7–43,9 %	1,5–28,2 %	0,5–16,9 %
Land med lav prevalens	Romania (3,7 %) Malta (4,9 %) Kypros (6,9 %) Hellas (9,0 %)	Romania (1,5 %) Hellas, Kypros (3,6 %) Sverige (6,0 %) Portugal (6,6 %)	Romania (0,5 %) Hellas (1,2 %) Sverige (1,6 %) Kypros, Litauen (2,0 %)
Land med høy prevalens	Tsjekkia (43,9 %) Frankrike (42,0 %) Danmark (41,1 %) Tyskland (39,0 %)	Tsjekkia (28,2 %) Spania (24,1 %) Italia (22,6 %) Frankrike (21,7 %)	Spania (16,9 %) Tsjekkia (15,4 %) Frankrike (12,7 %) Italia (11,5 %)

Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner), 15–34 (133 millioner) og 15–24 (63 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2009.

Cannabisbruk blant unge voksne

Cannabisbruk er vanligst blant unge mennesker (15–34 år), og de høyeste nivåene for bruk siste år rapporteres vanligvis for aldersgruppen 15–24 år. Dette er tilfelle i nærmest alle europeiske land bortsett fra Portugal ⁽⁴⁸⁾.

Befolkningsundersøkelser tilsier at gjennomsnittlig 31,1 % av unge voksne i Europa (15–34 år) har prøvd cannabis, mens 12,5 % har brukt stoffet det siste året og 6,8 % har brukt det den siste måneden. Enda flere europeere i aldergruppen 15–24 anslås å ha brukt cannabis i løpet av

⁽⁴⁸⁾ Se figur GPS-1 i Statistiske opplysninger 2009.

siste år (15,9 %) eller siste måned (8,3 %). Det er store variasjoner i de nasjonale prevalensestimaterne for cannabisbruk i alle prevalensmålinger, idet landene i øvre del av skalaen rapporterer inntil ti ganger høyere verdier enn landene med lavest prevalens.

Cannabisbruk er generelt mer utbredt blant menn enn blant kvinner (se EONN, 2006a), til tross for klare forskjeller landene imellom. For eksempel varierer kjønnsfordelingen i land som rapporterer cannabisbruk siste år, fra 6,4 menn pr. kvinne i Portugal til 1,4 i Østerrike.

Cannabisbruk blant skoleelever

På grunnlag av ESPAD-undersøkelsen ⁽⁴⁹⁾ har vi sammenlignbare data om bruken av alkohol og narkotika blant 15–16-årige skoleelever i Europa (Hibell et al., 2009). I 2007 ble denne undersøkelsen gjennomført i 25 EU-medlemsstater i tillegg til Norge og Kroatia. En del land (f.eks. Spania, Sverige, Storbritannia) gjennomfører egne nasjonale skoleundersøkelser som gir data, også om bruken av cannabis, som kan sammenlignes med ESPAD og HBSC (Health-Behaviour in School-aged Children).

Dataene fra ESPAD-undersøkelsen gjennomført i 2007, viser høyest livstidsprevalens av cannabisbruk blant 15–16-årige skoleelever i Tsjekkia (45 %) ⁽⁵⁰⁾, mens Estland, Frankrike, Nederland, Slovakia og Storbritannia rapporterer prevalensnivåer fra 26 % til 32 %. En livstidsprevalens av cannabisbruk mellom 13 % og 25 % rapporteres av 15 land. De laveste nivåene (under 10 %) rapporteres i Hellas, Kypros, Romania, Finland, Sverige og Norge. Blant skoleelever er det bare små forskjeller mellom kjønnene når det gjelder livstidsprevalens av cannabisbruk.

Høyest prevalensnivå for bruk av cannabis siste måned blant 15–16-åringer i Europa rapporteres av Spania (20 %) og Tsjekkia (18 %) ⁽⁵¹⁾.

Internasjonale sammenligninger

Europeiske tall kan sammenlignes med tall fra andre deler av verden. For eksempel viste den nasjonale undersøkelsen om narkotikabruk og helse i USA (Samhsa, 2007) en livstidsprevalens av cannabisbruk på 49 % blant unge voksne (15–34 år, rekalkulert av EONN) og en prevalens for siste års bruk på 21 %. I Canada var, for den samme aldersgruppen, livstidsprevalensen av cannabisbruk 58 %, og tallet for siste års bruk 28 % (2004), mens tallene for Australia (2007) var henholdsvis 47 % og 16 %. Alle disse tallene er høyere

enn de tilsvarende europeiske gjennomsnittene, som er på henholdsvis 31,1 % og 12,5 %.

Blant skoleelever er det bare Spania og Tsjekkia som rapporterer livstidsprevalenser som kan sammenlignes med nivåene rapportert fra USA og Australia.

Trender for bruk av cannabis

Data fra nasjonale undersøkelser som er rapportert til EONN, viser at bruken av cannabis økte markant i nesten alle EU-landene i løpet av 1990-årene, særlig blant unge mennesker (figur 3) og skoleelever. Ved årtusenskiftet var det en betydelig andel av den unge befolkningen i de fleste europeiske land som brukte eller hadde brukt cannabis, noe som klart framgår av det faktum at livstidsprevalensen av cannabisbruk i aldersgruppen 15–34 i perioden 1998–2003 steg til rundt 30 % i syv land og over 40 % i to andre land. Tilsvarende lå bruk siste år i denne aldersgruppen på hele 15–20 % i syv land, og bruk siste måned på 8–15 % i seks land.

Trenden når det gjelder cannabisbruk i Storbritannia er spesielt interessant. I begynnelsen og fram til midt på 1990-tallet pekte dette landet seg ut med de høyeste prevalensestimaterne. Med stigende nivåer i andre land har dette bildet gradvis endret seg. Dessuten har bruken av cannabis i Storbritannia falt siden 2003, særlig i aldersgruppen 16–24 ⁽⁵²⁾, noe som tyder på et generasjonsskifte. Også andre steder avtegner det seg en nedadgående trend, eventuelt en utfllating, både i skoleundersøkelser og en del generelle befolkningsundersøkelser. Av de 11 landene der det er mulig å analysere trender for perioden 2002–2007 for bruk siste år blant unge voksne, rapporterer fire en nedgang på minst 15 % av utgangsverdien, og i ytterligere fire synes situasjonen å være stabil ⁽⁵³⁾. I tre land har prevalensnivåene økt med minst 15 %, selv om andre data trekker denne oppadgående tendensen i tvil.

Trender blant skoleelever

Selv om cannabisbruken økte blant skoleelever i mange europeiske land i perioden 1995–2003, akkurat som hos voksne, har den i den senere tid flatet ut eller blitt redusert. Bare to av de landene som kartlegges av EONN og som deltok i ESPAD-undersøkelsen i 2007 (Litauen, Slovakia) rapporterer om en økning på over tre prosentpoeng i livstidsbruk av cannabis siden 2003, mens ni land rapporterer en tilsvarende nedgang i samme periode ⁽⁵⁴⁾. Data fra skoleundersøkelser i USA og

⁽⁴⁹⁾ Se boksen om befolkningsundersøkelser, s. 40.

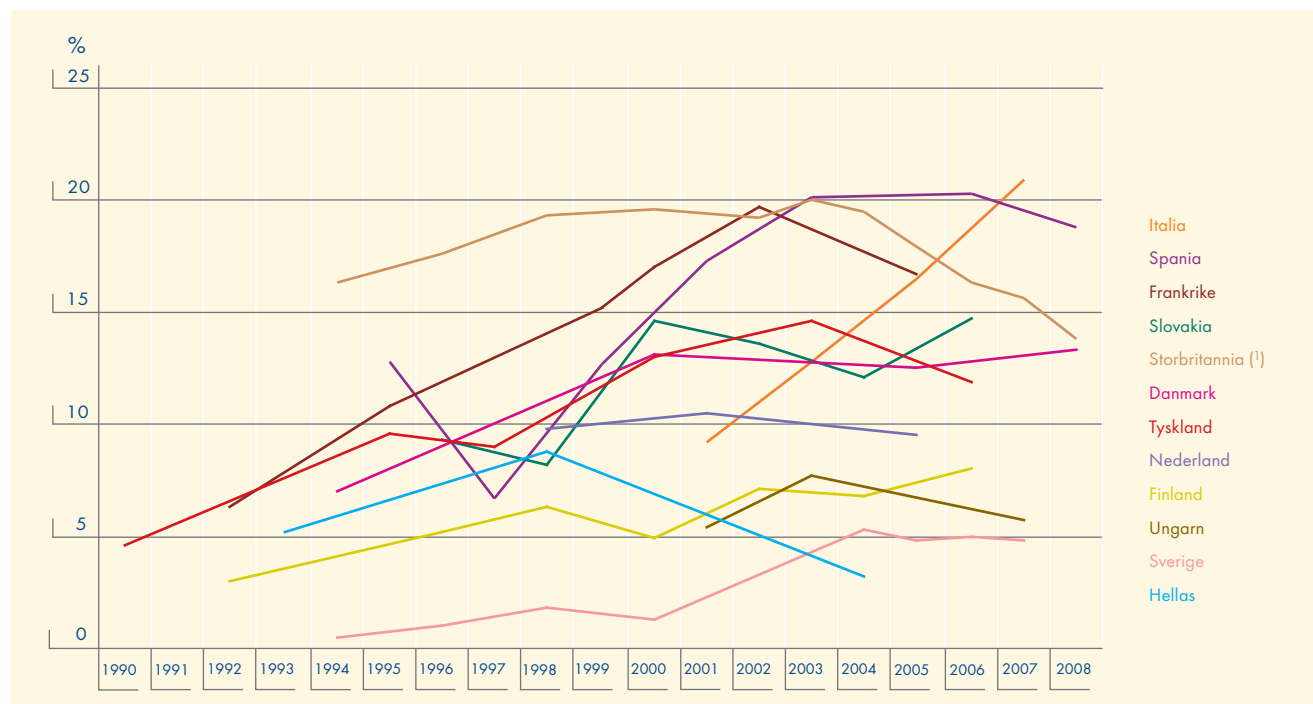
⁽⁵⁰⁾ Se figur EYE-1 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁵¹⁾ Se figur EYE-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁵²⁾ Se figur GPS-10 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁵³⁾ Der informasjon om enkelte år ikke var tilgjengelig, ble informasjon for foregående eller påfølgende år lagt til grunn.

⁽⁵⁴⁾ ESPAD betrakter en økning eller nedgang på over tre prosentpoeng som en indikasjon på endring.

Figur 3: Trender for siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne (15–34 år)

(1) England og Wales.

NB: Se figur GPS-4 i Statistiske opplysninger 2009 for ytterligere opplysninger.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2008), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

Australia viser også en nedadgående trend, som først ble observert i Australia i 1999 ⁽⁵⁵⁾.

Tidstrendene for cannabisbruk blant skoleelever i Europa mellom 1995 og 2007 viser forskjellige mønstre (figur 4). Syv land, de fleste i Nord- og Sør-Europa (Hellas, Kypros, Malta, Romania, Finland, Sverige, Norge), har rapportert om en generelt stabil, lav livstidsprevalens av cannabisbruk i hele denne perioden. De fleste vesteuropeiske land samt Kroatia og Slovenia, som hadde høy eller kraftig stigende livstidsprevalens fram til 2003, opplevde nedgang eller stabilisering i 2007. Av disse 11 landene rapporterte ni en nedgang på mer enn tre prosentpoeng, mens to var stabile. Situasjonen er litt annerledes i de fleste sentral- og østeuropeiske landene, der den stigende trenden observert mellom 1995 og 2003 synes å flate ut. I denne regionen rapporterer seks land om en stabil situasjon, mens to rapporterer en økning på mer enn tre prosentpoeng ⁽⁵⁶⁾.

I en del europeiske land ble økningen i livstidsprevalens av cannabisbruk blant skoleelever fra 1995 til 2003 ledsaget av økninger i livstidsprevalensen av sigarett røyking. Siden 2003 har begge disse trendene snudd i mange land, noe som indikerer en mulig sammenheng mellom tobakks- og cannabisrøyking hos de unge ⁽⁵⁷⁾.

Bruksmønstre for cannabis

Tilgjengelige data tyder på en rekke ulike bruksmønstre for cannabis. Blant personene i aldersgruppen 15–64 som noen gang har prøvd cannabis, har bare 30 % brukt det i løpet av det siste året ⁽⁵⁸⁾. Men av alle som har brukt cannabis i løpet av siste år, har gjennomsnittlig 50 % gjort det i løpet av siste måned, og nyere forskning viser at gjentatt bruk av dette stoffet kan være stabil over lange perioder, også blant yngre brukere (Perkonigg, 2008).

På grunn av korrelasjonen med negative konsekvenser som luftveissykdommer, dårlige skoleresultater eller avhengighet, er det i et folkehelseperspektiv viktig å få et anslag over utbredelsen av intensive og langvarige bruksmønstre (Hall og Solowij, 1998). Daglig eller nesten daglig bruk (definert som bruk 20 eller flere dager av siste 30 dager) kan være en indikator på intensiv bruk. Data for denne formen for cannabisbruk i Europa ble samlet inn i 2007–08 som en del av en "feltstudie" koordinert av EONN i samarbeid med nasjonale eksperter og de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet i 13 land, som omfattet 77 % av EUs voksne befolkning (15–64 år). På grunnlag av disse dataene anslås det at over 1 % av alle europeiske voksne, om lag 4 millioner, bruker cannabis daglig eller nesten daglig. De fleste av disse

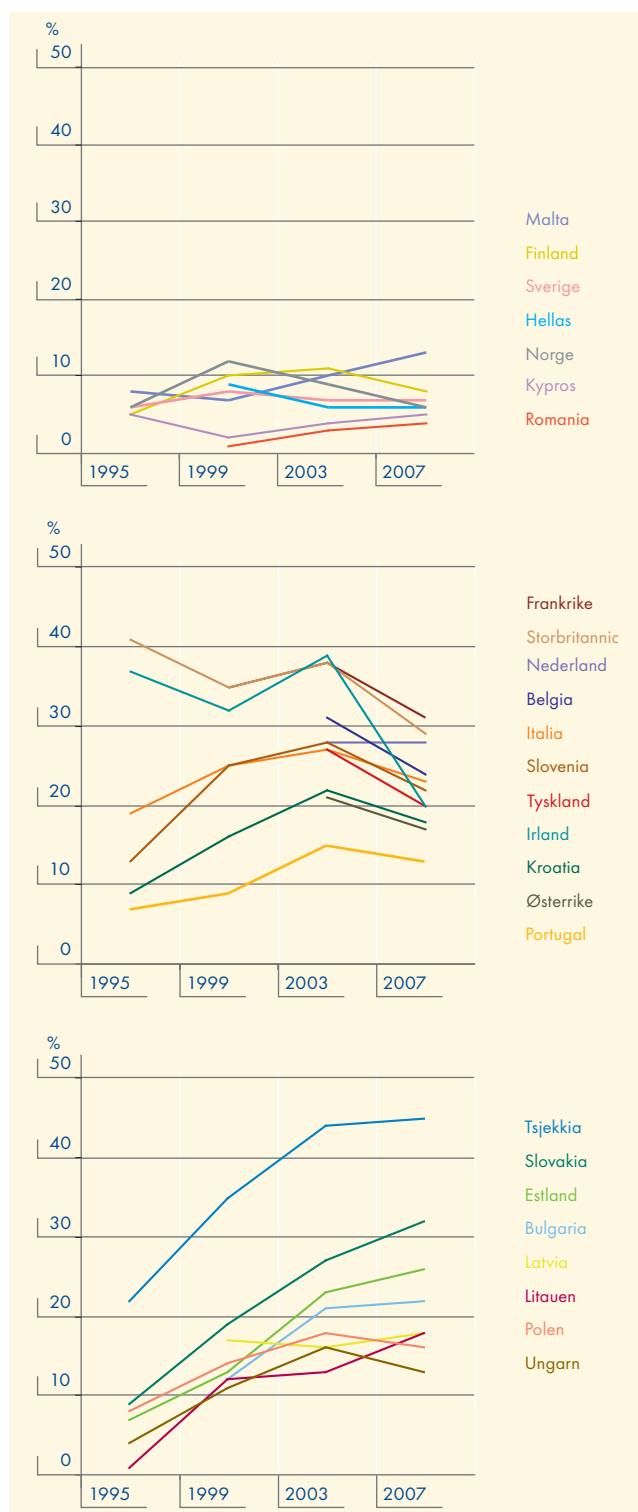
⁽⁵⁵⁾ Se figur EYE-1 (del xii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁵⁶⁾ Se figur EYE-1 (del xiii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁵⁷⁾ Se Utvalgt aspekt om blandingsbruk.

⁽⁵⁸⁾ Se figur GPS-2 i Statistiske opplysninger 2009.

Figur 4: Forskjellige mønstre i livstidsprevalens av cannabisbruk blant 15–16-årige skoleelever



Kilde: ESPAD.

cannabisbrukerne, ca. 3 millioner, er i alderen 15–34 år, noe som tilsvarer 2–2,5 % av alle europeere i denne aldersgruppen ⁽⁵⁹⁾.

Trendene for intensiv cannabisbruk er vanskelige å vurdere på grunn av det begrensede datatilfanget. Av de syv landene som har lagt fram data om nyere trender, rapporterte fire (Spania, Frankrike, Italia, Portugal) en økning i prevalensen av daglig bruk av cannabis, ett om en stabil situasjon (Irland), mens bare to rapporterte nedgang (Hellas, Nederland) ⁽⁶⁰⁾. Disse resultatene tyder på en mulig total økning i antallet intensive cannabisbrukere i Europa i løpet av siste tiår.

Cannabisavhengighet har i økende grad blitt anerkjent som en mulig konsekvens av regelmessig bruk av stoffet, selv om alvorlighetsgraden og konsekvensene kan synes mindre enn det som vanligvis forbindes med andre psykoaktive stoffer (f.eks. heroin eller kokain). På grunn av den relativt store andelen av befolkningen som bruker cannabis regelmessig, kan de generelle konsekvensene av intensiv bruk av cannabis uansett utgjøre et betydelig folkehelseproblem. Brukerne, særlig tunge brukere, kan også oppleve problemer uten nødvendigvis å oppfylle kriteriene for avhengighet.

Studier viser at utviklingen av cannabisavhengighet tar lengre tid enn med andre narkotiske stoffer (f.eks. kokain), og at av dem som brukte cannabis minst én gang i livet, ville den andelen som noen gang utviklet avhengighet nok ikke overstige 10 % (Wagner og Anthony, 2002). I data fra generelle befolkningsundersøkelser i USA ble 20–30 % av daglige brukere anslått å være avhengige ⁽⁶¹⁾. Andre studier har antydnet at cannabisavhengighet kan være relativt stabil over tid (Swift et al., 2000). Likevel vil sannsynligvis over halvparten av alle avhengige cannabisbrukere som slutter å ta dette rusmidlet, være i stand til å stoppe uten behandling (Cunningham, 2000; Ellingstad et al., 2006).

Mønstre blant skoleelever

ESPAD-undersøkelsen fra 2007 viser også at livstidsprevalensen for bruk av cannabis korrelerer med oppfatninger om lavere risiko og høy tilgjengelighet av stoffet ⁽⁶²⁾. Sammenlignet med elevbefolkningen generelt har cannabisbrukere større sannsynlighet for å bruke alkohol, tobakk og andre illegale rusmidler ⁽⁶³⁾.

⁽⁵⁹⁾ De europeiske gjennomsnittene er estimater basert på et vektet gjennomsnitt (for befolkningen) for de landene som har lagt fram informasjon, som så er lagt til grunn for land som manglet informasjon. Tallene er 1,2 % for alle voksne (15–64 år) og 2,3 % for unge voksne (15–34 år). Se tabell GPS-7 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁶⁰⁾ Se tabell GPS-7 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁶¹⁾ Analyser av data fra nasjonale befolkningsundersøkelser i USA mellom 2000 og 2006. NSDUH nettbasert analyseverktøy: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, foretatt 25. februar 2008 ved hjelp av variablene MJDAY30A og DEPNDMRJ.

⁽⁶²⁾ Se figur EYE-1 (del v) og (del vi) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁶³⁾ Se Utvalgt aspekt om blandingsbruk.

Nye data fra ESPAD-undersøkelsen kaster også lys over mer intensive bruksmønstre for cannabis. I ti europeiske land rapporterte mellom 5 % og 12 % av 15–16-årige gutter å ha brukt cannabis ved 40 eller flere anledninger. Dette var minst dobbelt så mye som for jentene, og underbygger andre data som viser at intensive bruksmønstre er vanligere blant unge menn. Tidlig debut har vært forbundet med senere utvikling av mer intensive og problematiske former for rusmiddelbruk. I de fleste av de ti landene som har relativt høye tall for hyppig bruk, rapporterte mellom 5 % og 9 % av skoleelevene at de hadde begynt å bruke cannabis i en alder av 13 år eller før ⁽⁶⁴⁾.

Korte skalaer til måling av problematiske former for cannabisbruk i generelle befolkningsundersøkelser

Det finnes bevis for at cannabisavhengighet i befolkningen generelt kan måles med samme reliabilitet som i utvalg av behandlede brukere, også når det gjelder måling av abstinenssymptomer (Mennes et al., 2009). I samarbeid med flere land utvikler EONN derfor metoder for å kartlegge mer intensive og alvorlige former for langtidsbruk av cannabis.

I generelle befolkningsundersøkelser de senere år har forskjellige metoder blitt utprøvd for å beregne prevalensen av intensive og problematiske former for narkotikabruk, hovedsakelig cannabisbruk. Tyske eksperter har gjennomgått litteraturen og arbeidet som pågår på feltet og har identifisert fire korte cannabis-skalaer som er prøvd ut i generelle befolkningsutvalg i Europa. Skalaene er: Severity of Dependence Scale (SDS), Problematic Use of Marijuana (PUM), Cannabis Abuse Screening Test (CAST) samt Cannabis Use Disorders Identification Test (CUDIT) (Piontek et al., 2008). Skalaene inneholder mellom fire og ti testledd, og deres psykometriske egenskaper (f.eks. deres evne til å skille mellom kasus og ikke-kasus på en konsistent måte og i samsvar med ønsket konsept for cannabisavhengighet eller -problemer) ble generelt vurdert som svært gode.

Det gjenstår imidlertid en del problemer her, da det ikke er enighet om begrep (f.eks. avhengighet, misbruk, skadelig bruk, bruksrelaterte problemer) eller begrepssett som skal måles for å vurdere problematiske former for cannabisbruk. Det er også estimeringsproblemer, da målinger av et fenomen med lav prevalens kan produsere "falske positive" tilfeller og følgelig en overestimert andel av problematisk cannabisbruk i befolkningen generelt. Ytterligere valideringsstudier som pågår eller er planlagt, kan bidra til å overvinne disse vanskene.

Behandling

Etterspørsel etter behandling

I 2007 var cannabis oppgitt som primærrusmiddel i om lag 20 % av alle søknader om behandling (73 000 klienter). Cannabis er altså det nest hyppigst rapporterte narkotiske stoffet etter heroin. Det er imidlertid store forskjeller fra ett land til et annet: Bulgaria, Litauen og Slovenia rapporterer at under 5 % av deres klienter hadde cannabis som primærrusmiddel, mens Danmark, Frankrike, Ungarn, Nederland og Tyrkia oppgir tall over 30 %. Disse forskjellene kan forklares med utbredelsen av cannabisbruk, rusbehandlingsbehov, behandlingstilbud og organiseringen av behandlingen eller henvisningspraksis. De to landene som har den største andelen cannabis-klienter, Frankrike og Ungarn, har henholdsvis rådgivningssentre som driver virksomhet spesielt rettet mot unge narkotikabrukere, og tilbud om behandling for personer som har begått cannabislovbrudd, som et alternativ til straff. Strafferettssystemet spiller en viktig rolle i henvisningssystemet i begge disse landene, men i det store og hele rapporterer medlemsstatene at de fleste cannabisbrukere som påbegynner behandling i Europa, gjør dette på eget initiativ.

Klienter som inntas til poliklinisk behandling for cannabisbruk, rapporterer også ofte bruk av andre rusmidler. Basert på data innsamlet i 14 land, tar 85 % av dem et annet rusmiddel, oftest alkohol (65 %) eller kokain (13 %), og enkelte rapporterer bruk av både alkohol og kokain (12 %) ⁽⁶⁵⁾.

Trender innen nye søknader om behandling

I de 19 landene der data er tilgjengelig, gikk antallet og andelen av dem som ble inntatt til behandling for første gang og som hadde cannabis som primærrusmiddel, opp fra rundt 19 000 i 2002 til 34 000 i 2007 (fra 25 % til 31 %) ⁽⁶⁶⁾. Denne trenden synes imidlertid å være brutt mellom 2006 og 2007 idet de fleste landene rapporterer om en nedgang eller en stabil andel av nye cannabis-klienter. Dette kan være forbundet med den senere tids trender innen cannabisbruk, men det kan også skyldes endret rapporteringspraksis, manglende kapasitet i behandlingsapparatet eller bruk av andre tjenester (f.eks. primærhelsetjenesten, psykisk helsevern).

Klientprofiler

Cannabisbrukere som påbegynner behandling i det polikliniske behandlingsapparatet i Europa, er

⁽⁶⁴⁾ Se figur EYE-1 (del iii) og (del vii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁶⁵⁾ Se Utvalgt aspekt om blandingsbruk.

⁽⁶⁶⁾ Se figur TDI-1 og TDI-2 og tabell TDI-3 (del iv) og TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

hovedsakelig unge menn. Kjønnfordelingen er 5,5 menn pr. kvinne, og gjennomsnittsalderen er 25 år ⁽⁶⁷⁾. Blant narkotikabrukere som får poliklinisk behandling for første gang, rapporteres cannabis som primærrusmiddel av 67 % av klientene i alderen 15–19 år ⁽⁶⁸⁾ og av 78 % av klientene under 15 år.

Generelt er 24 % av brukerne som har cannabis som primærrusmiddel og som behandles poliklinisk, sporadiske brukere, sannsynligvis ofte henvist til behandling av strafferettssystemet; 12 % bruker cannabis ukentlig eller sjeldnere enn det, ca. 18 % bruker det 2–6 ganger i uken, og 47 %, den mest problematiske gruppen, er daglige brukere. Det er store forskjeller landene imellom. I Ungarn, Romania og Kroatia er flesteparten av cannabis klientene sporadiske brukere, mens flesteparten i Belgia, Danmark, Spania, Frankrike, Malta og Nederland er daglige brukere ⁽⁶⁹⁾. En fransk studie gjennomført blant klienter i spesialiserte rådgivningssentre, fant at 63 % av daglige cannabisbrukere var avhengige (Obradovic, 2008).

Mange cannabis klienter er fortsatt under utdanning og har stabile boligforhold (EONN, 2008a). I Frankrike har imidlertid 34 % av cannabis klientene gått på yrkesskole, mot 6,8 % i befolkningen generelt (Obradovic, 2008), noe som viser at de har et lavere utdanningsnivå.

Forbindelsen mellom cannabisbruk og psykiatriske tilleggs lidelser er et sammensatt spørsmål som fortsatt står uløst (EONN, 2008a). Studier har imidlertid funnet at personer med psykiske helselidelser, særlig schizofreni, har økt risiko for å utvikle intensiv cannabisbruk (Henquet et al., 2005). Dessuten er det klart dokumentert at cannabisbruk kan forverre tilstanden for personer som allerede har psykiske helselidelser (ACMD, 2008). Det synes også ganske vanlig at rusmiddel tjenestene kommer i kontakt med ungdommer som er henvist på grunn av cannabisproblemer, men som har underliggende psykiske lidelser (Schroder et al., 2008). Dette kan skyldes at de kanskje ikke oppsøker – eller kanskje ikke får – hensiktsmessig behandling for sine problemer i det generelle psykiatriske apparatet (Zachrisson et al., 2006).

Behandlingstilbud

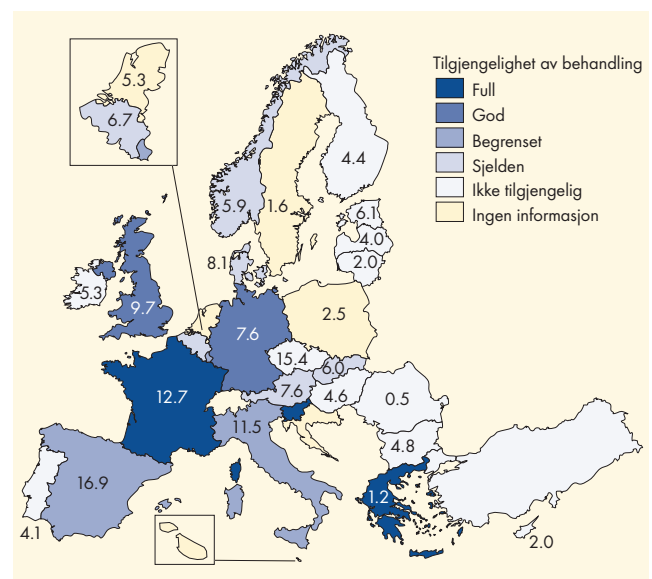
Med særskilte behandlingsprogrammer for cannabisbrukere kan behovene til denne gruppen ivaretas spesielt, og det vil også redusere risikoen for at unge havner sammen med problembrukere og eldre brukere. I 2008 samlet EONN inn informasjon om tilgjengeligheten av slike programmer i Europa, og nasjonale eksperter rapporterte at de fantes i 13 av de 25 rapporterende landene (figur 5).

Tilgjengeligheten av slike tjenester varierte mellom landene. Det ble anslått at nesten alle som søkte spesifikk behandling, fikk det i Frankrike, Hellas og Slovenia, over halvparten i Tyskland og Storbritannia og bare en liten del i de øvrige åtte landene. Av de 12 landene som rapporterte at de ikke hadde egne programmer for cannabisbrukere, har Bulgaria, Tsjekkia, Estland, Kypros, Romania og Tyrkia planer om etablering i løpet av de kommende tre årene.

Behandlingsprogrammer for cannabisbrukere i Europa

I Hellas har OKANAs ungdomsenhet et program for tidlig intervensjon for eksperimentelle eller sporadiske cannabisbrukere, mens en mer strukturert behandling tilbys intensive brukere og problembrukere. Behandlingen er for det meste basert på systemisk behandling og familierapi.

Figur 5: Tilgjengelighet av spesifikke behandlingsprogrammer for cannabisbrukere og prevalens av cannabisbruk siste måned (%) i aldersgruppen 15–24 år



NB: Tilgjengelighet er definert som den andelen av behandlingstrengende cannabisbrukere som anslås å kunne få behandling: nesten alle (full), de fleste men langt fra alle (god), mer enn noen få men ikke flesteparten (begrenset), bare noen få (sjelden), ikke tilgjengelig. Data om tilgjengeligheten av spesifikke behandlingsprogrammer ble framlagt av nasjonale eksperter som vurderte i hvilken grad behandlingstilbudet sto i forhold til etterspørselen fra cannabisbrukere som aktivt søker behandling. Spesifikke programmer kan gi problembrukere av cannabis strukturert behandling, støtte til slektninger, veiledning til ikke-problematiske cannabisbrukere eller til unge lovbytere. Slike programmer rapporteres å finnes i Nederland, men det er ikke gitt opplysninger om tilgjengelighet. Prevalens av cannabisbruk siste måned i aldersgruppen 15–24 år gir en indikasjon på andelen unge som kan komme i kontakt med slike tiltak. Det sier ingenting om behandlingsbehov eller omfanget av problematisk bruk av cannabis i et land.

For ytterligere informasjon om prevalens, se tabell GPS-16 i Statistiske opplysninger 2009.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

⁽⁶⁷⁾ Se tabell TDI-21 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁶⁸⁾ Se tabell TDI-10 (del iv) og (del vi) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁶⁹⁾ Se tabell TDI-18 (del i) og TDI-111 (del viii) i Statistiske opplysninger 2009.

Frankrike har ca. 275 egne konsultasjonssentre i hele landet som tilbyr informasjon om forebygging, kortvarige intervensjoner og støtte til unge narkotikabrukere (oftest cannabis), unge lovbrytere og deres slektninger. Når problematisk narkotikabruk (f.eks. avhengighet) eller alvorlige tilleggs lidelser diagnostiseres, henvises klientene til spesialisttjenester.

I Østerrike har en rekke rådgivningssentre (f.eks. ChEck it!, B.I.T., Clean Bregenz) egne tiltak for unge cannabisbrukere. Sentrene som tar sikte på å holde disse atskilt fra andre brukere, hovedsakelig opioidbrukere, trekker slektninger og venner inn i rådgivnings- eller behandlingsprosessen.

I Tyskland er det internettbaserte cannabisprogrammet "Quit the shit" ⁽⁷⁰⁾ overført til 12 narkotikarådgivningstjenester i syv delstater. FRED (se kapittel 2) tilbyr motiverende, intervjubasert veiledning for personer som henvises fra strafferettssystemet. CANDIS, et behandlingsprogram for pasienter med cannabisrelaterte lidelser, basert på motivasjonsforsterkende terapi, kognitiv atferdsterapi og psykososial mestring, blir nå innført i Dresden. En evaluering av programmet viser positive resultater, og på bakgrunn av funnene fra en pågående oppfølgingsstudie i ti andre sentre, vil det bli tatt en avgjørelse om hvorvidt programmet skal innføres også andre steder.

I tillegg samarbeider Belgia, Tyskland, Frankrike, Nederland og Sveits i en internasjonal studie, INCANT, av effektiviteten av et omfattende familiebasert behandlingsopplegg for problematisk bruk av cannabis.

Den vitenskapelige litteraturen som finnes, tyder på at en rekke psykoterapeutiske metoder, som motivasjonsforsterkende terapi og kognitiv atferdsterapi, er effektive i behandlingen av cannabisbrukere, men det er ikke påvist at noen er mer effektive enn andre (Nordstrom og Levin, 2007). Enkelte problematiske cannabisbrukere kan også ha nytte av kortvarige intervensjoner i regi av f. eks. ungdomstjenesten, allmennlege eller skole.

En fersk, randomisert, kontrollert studie av 326 unge intensive cannabisbrukere fant at det etter tre eller seks måneder ikke var noen forskjell i andelen som hadde sluttet å bruke cannabis, enten de hadde vært gjennom motiverende intervjubasert behandling eller ren rådgivning eller informasjon om bruk av narkotika (McCambridge et al., 2008). Etter tre måneder ble det imidlertid funnet forskjeller i terapeuteffekter og en interaksjon mellom terapeut og intervensjon når det gjelder cannabis-slutt. Disse funnene illustrerer betydningen av kursing av alle som gjennomfører intervensjoner overfor unge cannabisbrukere, særlig utenfor spesialisttjenestene.

Internettbasert behandling

Internettbasert narkotikabehandling har eksistert i Den europeiske union siden 2004, men tilbudet er fortsatt begrenset. Takket være en nylig gjennomført studie, vet vi litt mer om denne typen tilbud i Den europeiske union (EONN, 2009a). Internettbasert behandling kan defineres som "strukturerte, planlagte behandlingsintervensjoner som er særskilt utarbeidet eller tilpasset, og som tilbys på og formidles over nettet". Intervensjoner som behandler forstyrrelser relatert til cannabisbruk, er identifisert i Tyskland, Nederland og Storbritannia, og intervensjoner utviklet for kokainbrukere og brukere av "partystoffer" (f.eks. ecstasy) ble også funnet i Nederland.

Internettbasert behandling blir utviklet av organisasjoner som driver behandling eller forebyggende arbeid, og tar sikte på å hjelpe brukere til å vurdere sin rusmiddelbruk og bistå dem når de skal prøve å endre denne atferden. Intervensjonene består i informasjon og kunnskapstester eller spill om rusmidler og rusmiddelavhengighet, eventuelt egenkartlegging av rusmiddelbruk. Felles for dem alle er tilgjengeligheten av en strukturert behandlingsintervensjon, som enten er et ferdig selvhjelpsprogram uten kontakt med veiledere, eller et strukturert program med fast oppsatte kontakter. Dette siste kan praktisk skje via personlig "chat" eller oppslagstavler. Kontakt med andre brukere via et forum kan også forekomme, slik at det dannes virtuelle selvhjelpsgrupper.

Det finnes fortsatt lite informasjon tilgjengelig om effekten av denne typen tiltak, men funn fra de første randomiserte, kontrollerte studiene peker mot at de kan ha en potensiell nytteverdi. Resultatene fra den foreløpige evalueringen av "Quit the shit"-programmet for cannabisbrukere i Tyskland har vist at 32 % av deltakerne rapporterte å være rusfrie etter å ha avsluttet programmet, og at programmet særlig lyktes med å nå fram til brukere som søkte behandling for første gang. Det at disse tiltakene har så lav terskel for tilgang, kan gjøre at de når fram til personer som har motforestillinger angående bruk av andre tjenester. Samtidig kan de også stå overfor alvorlige problemer, som narkotikaavhengighet eller andre psykiske helseproblemer, som ligger utenfor noen internettbasert behandlings kapasitet.

⁽⁷⁰⁾ Se "Internettbasert behandling".

Kapittel 4

Amfetamin, ecstasy og hallusinogene stoffer

Innledning

Amfetaminer (et fellesnavn som omfatter både amfetamin og metamfetamin) og ecstasy er blant de mest brukte illegale stoffene i Europa. I absolutte tall kan det være mer kokainbruk, men da denne geografisk sett er relativt konsentrert, vil det i mange land være ecstasy eller amfetaminer som er de mest brukte illegale rusmidlene, nest etter cannabis. I en del land er amfetaminbruk dessuten en viktig del av narkotikaproblemet og utgjør behandlingsårsaken for en vesentlig del av dem som trenger behandling.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet. Av de to stoffene er amfetamin lettest tilgjengelig i Europa, mens bruk av metamfetamin i noen vesentlig grad synes å være begrenset til Tsjekkia og Slovakia.

Ecstasy er et syntetisk stoff som er kjemisk beslektet med amfetamin, med til dels andre virkninger. Det mest kjente stoffet i ecstasygruppen er 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA), men andre analoger er også funnet i

ecstasytabletter (MDA, MDEA). Ecstasybruk var praktisk talt ukjent i Europa før slutten av 1980-tallet, men økte dramatisk i 1990-årene. Stoffets popularitet har historisk blitt koplet til dance-kulturen, og utbredt bruk av syntetiske stoffer er forbundet med visse subkulturelle grupper eller sosiale miljøer.

Det mest kjente syntetiske hallusinogene stoffet i Europa er lysergsyredietylamid (LSD), hvis bruk har vært beskjeden og forholdsvis stabil i lang tid. I de senere årene synes det imidlertid å ha vært økende interesse blant unge for naturlig forekommende hallusinogener som dem som finnes i hallusinogene sopper.

Tilbud og tilgjengelighet

Prekursorer for syntetiske stoffer

Rettsåndhevingssystemene retter i økende grad innsatsen mot de kontrollerte kjemikaliene som brukes i den illegale produksjonen av narkotika, og på dette området er internasjonalt samarbeid av særlig betydning. Project

Tabell 4: Produksjon, beslag, priser og styrke på amfetamin, metamfetamin, ecstasy og LSD

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	LSD
Globalt produksjonsestimat (tonn)	230–640 ⁽¹⁾		72–137	m.d.
Globale beslag (tonn)	23,6	18,2	7,9	0,9
Beslaglagte kvanta EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	7,9 tonn (8,1 tonn)	340 kilo (340 kilo)	Tabletter 21 millioner (22 millioner)	Enheter 68 000 (68 000)
Antall beslag EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	39 500 (40 000)	4 500 (4 500)	23 000 (24 000)	950 (960)
Gjennomsnittlig detaljpris (EUR) Spredning (Interkvartil avstand) ⁽²⁾	gram 5–30 (12–23)	gram 8–51	tablett 3–19 (4–8)	dose 4–30 (7–12)
Spredning gj.sn. renhet	4–40 %	3–66 %	21–90 mg	—

⁽¹⁾ Bare aggregerte estimater for global produksjon av amfetamin og metamfetamin er tilgjengelig.

⁽²⁾ Verdier i midterste halvdel av rapporterte gjennomsnittspriser.

NB: Alle data gjelder 2007; m.d. = mangler data.

Kilder: UNODC World drug report (2009) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.

Prism er et internasjonalt tiltak for å forhindre at visse stoffer brukes til ulovlig framstilling av syntetiske stoffer ⁽⁷¹⁾. Prosjektet er basert på et system med forhåndsmeldinger om lovlig eksport samt rapportering av beslaglagte forsendelser og beslag gjort ved mistenkelige transaksjoner. Informasjon om aktiviteter på området rapporteres til Det internasjonale kontrollråd for narkotika (INCB, 2009b).

INCB rapporterer om en stor økning i 2007 i globale beslag av to sentrale kjemikalier som brukes i produksjonen av metamfetamin, nemlig efedrin, med 22 tonn (10,2 tonn i 2006), og pseudoefedrin, med 25 tonn (0,7 tonn i 2006). EU-medlemsstatene (særlig Sverige og Bulgaria) gjorde beslag av 0,6 tonn efedrin, som er mer enn dobbelt så mye

som i 2006, og over 7 tonn pseudoefedrin, som for det meste ble tatt i Frankrike.

Til sammenligning var det et kraftig fall i de globale beslagene av 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK), som kan brukes til å produsere både amfetamin og metamfetamin, med bare 834 liter i 2007 (mot 2 600 liter i 2006). Det ble gjort beslag av 582 liter P2P i EU, mot 2 005 liter i 2006.

De globale beslagene av 3,4-metylendioksyfenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK), som brukes i produksjonen av MDMA, falt også i 2007, til 2 300 liter, ned fra 8 800 liter i 2006. Men samtidig gikk de globale beslagene av safrol, som kan erstatte 3,4-MDP2P i syntetiseringen av MDMA, kraftig opp. Hele 46 000 liter ble beslaglagt i 2007 (62 liter i 2006), men bare 8 liter ble tatt i EU.

Hva er en narkotikaprekursor?

Når det gjelder narkotika, brukes begrepet "prekursor", eller "utgangsstoff", for stoffer som kan ha helt lovlige anvendelser, men som også kan brukes i den ulovlige framstillingen av narkotika. Andre begreper, som "essensielle kjemikalier", kan også brukes om disse stoffene.

Rettsgrunnlaget for den internasjonale kontrollen med "prekursorer" er artikkel 12 i FNs konvensjon om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer. Konvensjonen inneholder to lister over 23 "stoffer som ofte benyttes ved ulovlig tilvirkning av narkotika eller psykotrope stoffer", som bør forhindres benyttet på en ikke forutsatt måte.

Artikkel 12 ble innarbeidet i den opprinnelige europeiske lovgivningen vedtatt i 1990 for å forhindre at disse stoffene ble brukt til ulovlige formål (EØF nr. 3677/90), og i forordninger vedtatt senere for å regulere handelen med dem i EU (EF nr. 273/2004), mellom EU og ikke-EU-land (EF nr. 111/2005) samt fastsette regler for utstedelse av lisenser og for overvåking (EF nr. 1277/2005).

Kategori 1 i EU-forordningene omfatter for det meste stoffer som er vesentlige i framstillingen av syntetiske stoffer, som efedrin og pseudoefedrin (for metamfetamin), 3,4-metylendioksyfenyl-2-propanon (PMK), isosafrol og safrol (for ecstasy), og 1-fenyl-2-propanon (P2P, BMK) (for amfetamin og metamfetamin). Kategori 2 inneholder viktige reagenser som kaliumpermanganat og eddiksyre, som brukes i framstillingen av henholdsvis kokain og heroin. Kategori 3 inneholder vanligere reagenser, bl.a. saltsyre og svovelsyre (for heroin og kokain), og løsemidler som aceton (for kokain og MDMA) og toluen (for metamfetamin og MDMA).

Amfetamin

Verdens amfetaminproduksjon er fortsatt konsentrert til Europa, som sto for 81 % av alle amfetaminlaboratorier som ble rapportert i 2007 (UNODC, 2009), men amfetaminproduksjon finnes også i andre deler av verden, særlig Nord-Amerika ⁽⁷²⁾. Det ble gjort beslag av nærmere 24 tonn amfetamin i verden i 2007, og to tredeler av dette ble tatt i Nær- og Midtøsten og gjaldt Captagon-tabletter ⁽⁷³⁾ produsert i Sørøst-Europa (se tabell 4). Vest- og Sentral-Europa gjorde 36 % av globale beslag og gjenspeiler dermed Europas rolle som både storprodusent og storforbruker av dette stoffet (CND, 2008; UNODC, 2009).

Det meste av amfetaminet som beslaglegges i Europa, produseres i Nederland, Polen og Belgia (i synkende rekkefølge), og i noen mindre grad i Estland og Litauen. I 2007 ble 29 anlegg involvert i produksjon, tabletering eller lagring av amfetamin oppdaget i Den europeiske union og rapportert til Europol.

Det ble gjort anslagsvis 40 000 beslag i Europa i 2007, tilsvarende 8,1 tonn amfetaminpulver ⁽⁷⁴⁾.

I perioden 2002–07 har antallet beslag av amfetamin steget jevnt. De beslaglagte kvantaene har derimot variert, selv om tendensen generelt er stigende, og en ny topp ble nådd i 2007 ⁽⁷⁵⁾.

Renheten på amfetaminet som ble beslaglagt i Europa i 2007, varierte mye og var så sprikende at man må være forsiktig med å uttale seg om gjennomsnittsverdier. Det kan likevel sies at gjennomsnittlig renhet varierer fra

⁽⁷¹⁾ Se "Hva er en narkotikaprekursor?"

⁽⁷²⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 39.

⁽⁷³⁾ Captagon er et av de registrerte varemerkene for fenetyllin, et sentralstimulerende, syntetisk stoff, selv om tabletter som selges med denne logoen på det illegale markedet, ofte inneholder amfetamin blandet med koffein.

⁽⁷⁴⁾ Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2007.

⁽⁷⁵⁾ Dataene om europeiske narkotikabeslag i dette kapittelet kan finnes i tabell SZR-11 til SZR-18 i Statistiske opplysninger 2009.

under 10 % i prøver fra Danmark, Tyskland, Frankrike og Storbritannia til over 30 % i Nederland, Polen og en del baltiske og nordiske land. De fem siste årene har renheten på amfetamin vært stabil eller synkende i de fleste av de 20 landene som har lagt fram tilstrekkelige data til at det er mulig å analysere trender.

I 2007 varierte gjennomsnittlig detaljpris på amfetamin mellom EUR 10 og EUR 15 pr. gram i over halvparten av de 17 rapporterende landene. Av de 11 landene der det var mulig å sammenligne data for 2007 og 2006, rapporterte Spania, Frankrike og Østerrike om økende detaljpriser, mens de resterende landene rapporterte stabile eller fallende priser.

Metamfetamin

Produksjonen av metamfetamin er konsentrert til Øst- og Sørøst-Asia og Nord-Amerika, men det er rapporter om økt metamfetaminrelatert aktivitet i Latin-Amerika og Oseania. I 2007 ble det beslaglagt 18,2 tonn metamfetamin, noe som skriver seg inn i trenden siden 2004. Det meste ble beslaglagt i Øst- og Sørøst-Asia (56 %), etterfulgt av Nord-Amerika, mens Europa bare sto for 2 % av beslagene (UNODC, 2009).

Illegal produksjon av metamfetamin forekommer også i Europa, men da er den hovedsakelig begrenset til Den tsjekkiske republikk, der over 390 småskala "kjøkkenlaboratorier" ble funnet i 2007. Stoffet er også rapportert produsert i Slovakia og Litauen.

I 2007 ble det rapportert nærmere 4 500 beslag av metamfetamin i Europa, til sammen ca. 340 kg. Norge står for det største antallet beslag og de største mengdene. Mellom 2005 og 2007 har både antallet beslag og de beslaglagte mengdene metamfetamin økt i Europa, selv om tallene fortsatt er lave sammenlignet med andre stoffer.

Metamfetaminproduksjon i Europa: Felles publikasjoner fra EONN og Europol

I 2009 lanserte EONN og Europol en serie felles publikasjoner om forsyningssituasjonen når det gjelder narkotika i Europa. Den første rapporten i serien gir en omfattende oversikt over tema relatert til produksjon av og handel med metamfetamin i Europa og gjennomgår tiltakene som er iverksatt på området, både i Europa og internasjonalt (¹).

Rapporter om forsyningssituasjonen for andre syntetiske stoffer i Europa, inklusive amfetamin og ecstasy, vil komme på et senere tidspunkt.

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

Ecstasy

Den globale produksjonen av ecstasy i 2007 er av UNODC (2009) anslått til mellom 72 og 137 tonn. Produksjonen synes å ha blitt mer geografisk spredt, og produksjonen foregår nå nærmere forbrukermarkedene i Nord-Amerika, Øst- og Sørøst-Asia og Oseania. Likevel foregår det meste av produksjonen av ecstasy fremdeles i Europa, da særlig i Nederland og Belgia og i noen mindre grad i Tyskland, Storbritannia og Polen.

Globale ecstasybeslag i 2007 kom opp i 7,9 tonn, og de fleste regionene rapporterer om økning. Vest- og Sentral-Europa sto for 36 % av globale beslag, Sørøst-Europa for 2 % (UNODC, 2009). Totalt ble det gjort over 24 000 beslag, og anslagsvis 22 millioner ecstasytabletter ble rapportert beslaglagt i Europa i 2007. Nederland rapporterte de største beslagene – 8,4 millioner tabletter, en dobling av mengdene rapportert i 2006. Bare to andre land i Europa rapporterer om beslag som er i nærheten av dette i 2007, nemlig Frankrike og Tyskland, med rundt én million tabletter hver. Storbritannia rapporterte også om beslag av over seks millioner tabletter i 2006, men data for 2007 er ennå ikke tilgjengelig.

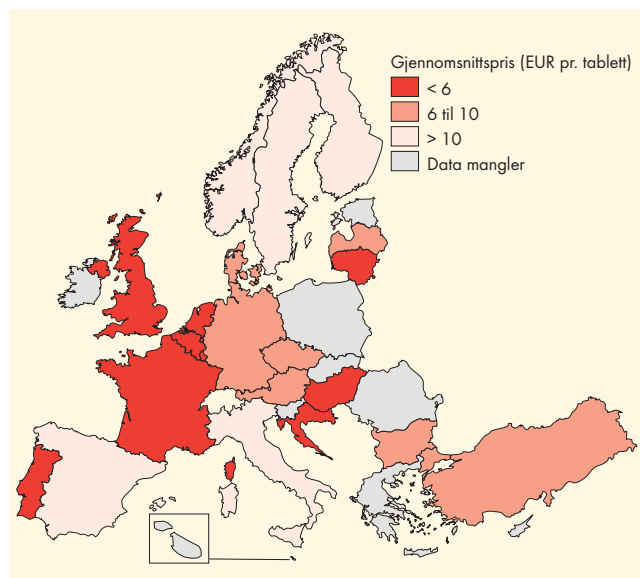
I perioden 2002–07 falt antallet ecstasybeslag som ble rapportert i Europa kraftig i 2003, men har siden gått noe opp hvert år. De beslaglagte mengdene i samme periode stupte i 2005, men har siden gått opp igjen og synes nå å nærme seg 2002-nivå.

De fleste ecstasytablettene som ble analysert i Europa i 2007, inneholdt MDMA eller et annet ecstasylignende stoff (MDEA, MDA) som det eneste psykoaktive stoffet, og 17 land rapporterte at dette var tilfellet for over 70 % av alle tablettene som ble analysert. Land som rapporterer om en lavere andel av ecstasytabletter med MDMA eller en analog, er bl.a. Bulgaria (47 %), Kypros (44 %) og Østerrike (61 %). I Luxembourg inneholdt flesteparten av de analyserte tablettene (83 %) ingen kontrollerte stoffer, noe som også var tilfellet på Kypros (53 %). I Tyrkia inneholdt bare 23 % av analyserte tabletter MDMA-lignende stoffer.

Det typiske MDMA-innholdet i ecstasytabletter testet i 2007 var mellom 19 og 75 mg i de 11 landene som la fram data om dette. I tillegg ble høydoserte ecstasytabletter som inneholdt over 130 mg MDMA, rapportert av en del land (Bulgaria, Frankrike, Nederland, Slovakia, Norge). Det er ingen klar trend når det gjelder renheten på ecstasytabletter.

Ecstasy er nå betraktelig billigere enn på 1990-tallet, da det først ble lett tilgjengelig. Selv om det finnes rapporter om tabletter som selges for under EUR 2, rapporterer de fleste landene om en gjennomsnittlig detaljpris i

Figur 6: Detaljpris for ecstasytabletter



NB: Land som bare har oppgitt minstepris og høyeste pris, er tatt med dersom prisen ligger innenfor et av disse områdene. Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2009.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

størrelsesordenen EUR 4–10 pr. tablett (figur 6). Tilgjengelige data for 2002–07 tilsier at detaljprisen, korrigert for inflasjon, har fortsatt å falle.

Hallusinogene stoffer

I Europa betraktes fortsatt bruk av og handel med LSD som et marginalt fenomen. Tilgjengelige data indikerer en nedgang i beslaglagte mengder i perioden 2002–07, men samtidig har antallet beslag gått noe opp fra 2003 til 2007. Detaljprisene på LSD (korrigert for inflasjon) har falt noe siden 2003, og gjennomsnittsprisen varierte i 2007 mellom EUR 5 og EUR 12 pr. enhet i de fleste rapporterende landene.

Hallusinogene sopper, som vokser vilt i mange land i Europa og kan kjøpes via internett, ble nevnt av 11 av de 28 landene som rapporterte om narkotikabeslag i 2007. I fem av de syv landene som rapporterte en trend enten for beslag, prevalens av bruk eller tilgjengelighet av hallusinogene sopper, var trenden nedadgående. Ett land (Frankrike) rapporterte en økning i prevalensen av bruk og beslag, noe som kunne tilskrives tilgjengeligheten av sopp og soppdyrkningsutstyr på internett.

Prevalens og bruksmønstre

Relativt høye nivåer av amfetamin- eller ecstasybruk i befolkningen generelt rapporteres av en del

EU-medlemsstater (Tsjekkia, Estland, Storbritannia). I et par land utgjør brukere av amfetamin eller metamfetamin, som ofte setter stoffet ved hjelp av sprøyte, en vesentlig del av det totale antallet problembrukere av narkotika og personer som søker hjelp for narkotikaproblemer. I kontrast til disse kroniske brukergruppene finnes det en mer generell forbindelse mellom bruken av syntetiske narkotika, særlig ecstasy, og nattklubber og dance-arrangementer. Dette fører til at det rapporteres signifikant høyere bruksnivåer blant unge mennesker sammenlignet med befolkningen for øvrig, og at det finnes svært høye bruksnivåer i noen miljøer eller i spesifikke undergrupper. Når det gjelder bruken totalt sett av hallusinogene stoffer som lysergsyredietylamid (LSD) og hallusinogene sopper, er denne generelt lav og har stort sett holdt seg stabil i de senere årene.

Amfetamin

Nye befolkningsundersøkelser i Europa tyder på at livstidsprevalensen for bruk av amfetamin ⁽⁷⁶⁾ varierer mellom landene fra nærmest null til 11,7 % av alle voksne (15–64 år). I gjennomsnitt har anslagsvis 3,5 % av Europas voksne befolkning brukt amfetamin minst én gang. Bruk siste år av dette stoffet er mye lavere, med et europeisk gjennomsnitt på 0,5 %. Disse anslagene tyder på at ca. 12 millioner europeere har prøvd amfetamin, og at om lag 2 millioner har brukt stoffet det siste året (se tabell 5 for et sammendrag av dataene).

Blant unge voksne (15–34 år) varierer livstidsprevalensen av amfetaminbruk betydelig fra land til land i Europa, fra 0,1 % til 15,3 %, med et vektet gjennomsnitt på ca. 5 %. I denne aldersgruppen varierer siste års bruk av amfetamin fra 0,1 % til 3,1 %, og de fleste landene rapporterer om prevalensestimater på mellom 0,5 % og 2,0 %. Det er anslått at gjennomsnittlig 1,1 % av alle unge europeere har brukt amfetamin i løpet av det siste året.

Ifølge undersøkelsen fra 2007 blant 15–16-årige skoleelever varierer livstidsprevalensen for amfetamin fra 1 % til 8 % i de 26 EU-medlemsstatene, Norge og Kroatia, mens prevalensnivåer på over 5 % ble rapportert bare for Bulgaria, Latvia (begge 6 %) og Østerrike (8 %) ⁽⁷⁷⁾.

Problematisk amfetaminbruk

EONNs indikator for problematisk bruk av narkotika (PDU) kan brukes på amfetamin, der problematisk bruk vil defineres som injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk av stoffet. Bare Finland har lagt fram et nytt nasjonalt estimat over problembrukere av amfetamin,

⁽⁷⁶⁾ Undersøkellesdata om "amfetaminbruk" skiller ofte ikke mellom amfetamin og metamfetamin, men ettersom bruk av metamfetamin er uvanlig i Europa, vil prevalensen typisk gjenspeile bruken av amfetamin (sulfat eller deksamfetamin).

⁽⁷⁷⁾ Data fra alle ESPAD-land og Spania. Se figur EYE-2 (del vi) i Statistiske opplysninger 2009.

Tabell 5: Prevalens av amfetaminbruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk	
	Livstid	Siste år
15–64 år		
Anslag over antall brukere i Europa	12 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,5 %	0,5 %
Spredning	0,0–11,7 %	0,0–1,3 %
Land med lav prevalens	Romania (0,0 %) Hellas (0,1 %) Malta (0,4 %) Kypros (0,8 %)	Hellas, Malta, Romania (0,0 %) Frankrike (0,1 %)
Land med høy prevalens	Storbritannia (11,7 %) Danmark (6,3 %) Spania (3,8 %) Norge (3,6 %)	Estland (1,3 %) Danmark (1,2 %) Norge (1,1 %) Storbritannia (1,0 %)
15–34 år		
Anslag over antall brukere i Europa	7 millioner	1,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,0 %	1,1 %
Spredning	0,1–15,3 %	0,1–3,1 %
Land med lav prevalens	Romania (0,1 %) Hellas (0,2 %) Malta (0,7 %) Kypros (0,8 %)	Hellas, Romania (0,1 %) Frankrike (0,2 %) Kypros (0,3 %)
Land med høy prevalens	Storbritannia (15,3 %) Danmark (10,5 %) Latvia (6,1 %) Norge (5,9 %)	Danmark (3,1 %) Estland (2,9 %) Norge (2,0 %) Latvia (1,9 %)

Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner) og 15–34 (133 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2009.

på mellom 12 000 og 22 000 i 2005 ⁽⁷⁸⁾, som er om lag fire ganger mer enn anslaget for problembrukere av opioider i landet.

Antallet rapporterte søknader om behandling som gjelder bruk av amfetamin som primærrusmiddel, er relativt lite i de fleste landene i Europa, men gjelder likevel en betydelig andel av rapporterte behandlingsinntak særlig i Sverige (34 %), Finland (23 %), Latvia (16 %) og Ungarn (11 %). Fire andre land (Belgia, Danmark, Tyskland, Nederland) rapporterer at mellom 6 % og 10 % av alle som inntas til behandling, oppgir amfetamin som primærrusmiddel. Andre steder er andelen under 3 % ⁽⁷⁹⁾.

Det totale antallet og andelen amfetaminbrukere blant nye klienter i behandlingsapparatet har vært stort sett stabilt mellom 2002 og 2007. Bare Danmark, Latvia og Nederland

rapporterer en signifikant økning, mens Sverige og Finland rapporterer en redusert andel nye amfetaminklienter ⁽⁸⁰⁾. Det kan imidlertid være visse metodologiske begrensninger som må tas i betraktning når trenddataene vurderes, for det har vært en del endringer i den senere tid i enkelte nasjonale overvåkingssystemer (f.eks. Latvia).

Gjennomsnittsalderen på amfetaminbrukere ved inntak til behandling er 29 år. Andelen kvinner er høyere enn for andre rusmidler idet forholdet mann til kvinne her bare er 2:1. Amfetaminbrukere i behandling rapporterer ofte bruk av andre rusmidler, hovedsakelig cannabis og alkohol, noen ganger opioider ⁽⁸¹⁾. I de landene hvor klienter som har amfetamin som primærrusmiddel utgjør en stor andel av alle som inntas til behandling, er injisering den hyppigst rapporterte bruksmåten (63–83 %).

⁽⁷⁸⁾ Tilsvarende 3,4 til 6,3 tilfeller pr. 1 000 i aldersgruppen 15–64 år; rekalkulert på grunnlag av opprinnelig utvalg som var aldersgruppen 15–54, og under forutsetning av at det ikke er noen tilfeller i aldersgruppen 55–64.

⁽⁷⁹⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁸⁰⁾ Se figur TDI-1 og tabell TDI-36 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁸¹⁾ Se tabell TDI-37 i Statistiske opplysninger 2009.

Problematisk metamfetaminbruk

I motsetning til andre deler av verden der bruken av metamfetamin har økt de senere år, synes bruken i Europa å være av begrenset omfang. Historisk sett har bruken av dette stoffet i Europa vært konsentrert til Tsjekkia og Slovakia. I 2007 ble antallet problembrukere av metamfetamin i Tsjekkia anslått til 20 400–21 400 (2,8 til 2,9 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64), eller dobbelt så mange som problembrukerne av opioider; og i Slovakia, et sted rundt 5 800–15 700 (1,5 til 4,0 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64), eller ca. 20 % færre enn det anslåtte antallet problembrukere av opioider.

I begge disse landene rapporteres metamfetamin som primærrusmiddel for en stor del av klientene som inntas til behandling: 61 % i Tsjekkia og 26 % i Slovakia. I perioden 2002–2007 har etterspørselen etter behandling relatert til metamfetaminbruk økt i begge disse landene ⁽⁸²⁾.

Injisering er den måten metamfetaminbrukere i behandling oftest rapporterer å bruke (82 % i Tsjekkia, 41 % i Slovakia). Bruk av andre rusmidler rapporteres også ofte, da særlig cannabis, alkohol og opioider. Slovakia har notert en kraftig økning i antallet klienter som får substitusjonsbehandling med opioider, som rapporterer bruk av metamfetamin.

Metamfetaminbrukere som inntas i behandlingsapparatet i Tsjekkia og Slovakia, er relativt unge, gjennomsnittlig 24–25 år, og overveiende menn. Kvinner utgjør imidlertid en større andel av klientene som får behandling for problemer relatert til metamfetamin enn for andre rusmidler.

Ecstasy

Anslag tyder på at om lag 10 millioner voksne europeere har prøvd ecstasy (3,1 % i snitt), og at ca. 2,5 millioner (0,8 %) har brukt ecstasy det siste året (se tabell 6 for et sammendrag av dataene). Det er store forskjeller landene i mellom. Ferske undersøkelser tyder på at mellom 0,3 % og 7,5 % av alle voksne (15–64 år) har prøvd stoffet, og de fleste land rapporterer en livstidsprevalens i området 1–5 %. Bruk siste år varierer fra 0,1 % til 3,5 %. I alle målinger, og som tilfellet er for de fleste andre illegale stoffene, er rapportert bruk mye høyere blant menn enn blant kvinner.

Ecstasybruk er mye vanligere blant unge voksne (15–34 år), der livstidsprevalensen varierte på nasjonalt nivå fra 0,6 % til 14,6 %, og mellom 0,2 % og 7,7 % i denne aldersgruppen rapporterer bruk av stoffet det siste året. Det anslås at 7,5 millioner unge europeere (5,6 %) noen gang har prøvd ecstasy, mens ca. 2 millioner (1,6 %) rapporterer

å ha brukt det i løpet av det siste året. Prevalensestimaterne er enda høyere hvis vi begrenser oss til en yngre alderskategori, 15–24 år, der livstidsprevalensen varierer fra 0,4 % til 18,7 %, men de fleste land rapporterer estimer i området 2,1–6,8 %. Ecstasybruk siste år i denne aldersgruppen er i de fleste landene anslått til mellom 1,0 % og 3,9 %, men det er stor forskjell mellom det laveste nasjonale anslaget på 0,3 % og det høyeste på 12 % ⁽⁸³⁾.

Blant 15–16-årige skoleelever varierer livstidsprevalensen av ecstasybruk fra 1 % til 5 % i de fleste av de 28 landene der en undersøkelse ble gjennomført i 2007. Bare fire land rapporterer høyere prevalens: Bulgaria, Estland, Slovakia (alle 6 %) og Latvia (7 %).

Antallet personer som i 2007 ble inntatt til behandling for bruk av ecstasy som primærrusmiddel var fortsatt minimalt. I to tredeler av landene oppgis ecstasy av under 1 % av narkotikaklientene, og i de øvrige landene varierer andelen mellom 1 % og 5 %. Med en gjennomsnittsalder på 24 år er ecstasyklientene blant de yngste som påbegynner narkotikabehandling, og denne gruppen rapporterer ofte om samtidig inntak av andre stoffer, herunder cannabis, kokain, alkohol og amfetamin ⁽⁸⁴⁾.

LSD og hallusinogene sopper

Livstidsprevalensen av LSD-bruk i den voksne befolkningen (15–64 år) varierer fra nesten null til 5,2 %. Blant unge voksne (15–34 år) er livstidsprevalensen noe høyere (null til 6,6 %), selv om lavere prevalensnivåer rapporteres for bruk siste år og i aldersgruppen 15–24 ⁽⁸⁵⁾. I de få landene som har lagt fram sammenlignbare data, overskrider bruken av LSD imidlertid ofte bruken av hallusinogene sopper, der livstidsprevalensen for unge voksne varierer fra 0,3 % til 8,3 %, og siste års bruk anslås til mellom 0,2 % og 2,8 %.

Blant 15–16-årige skoleelever i ti av de 26 landene som har sendt inn data om disse stoffene er prevalensestimaterne for bruk av hallusinogene sopper høyere enn for LSD og andre hallusinogener. De fleste landene rapporterer estimer for livstidsprevalens for bruk av hallusinogene sopper mellom 1 % og 4 %. De høyeste tallene kommer fra Slovakia (5 %) og Tsjekkia (7 %) ⁽⁸⁶⁾.

Trender for bruk av amfetamin og ecstasy

Som anført i tidligere årsrapporter bekrefter også de siste dataene at trendene for amfetamin- og ecstasybruk i Europa flater ut eller går ned. Etter en generell økning

⁽⁸²⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁸³⁾ Se figur GPS-9 (del ii) og tabell GPS-17 og GPS-18 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁸⁴⁾ Se tabell TDI-5 og TDI-37 (del i), (del ii) og (del iii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁸⁵⁾ Se tabell GPS-8 (del i), GPS-9, GPS-11 og GPS-17 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁸⁶⁾ Data fra ESPAD for alle land bortsett fra Spania. Se figur EYE-2 (del v) i Statistiske opplysninger 2009.

Tabell 6: Prevalens av ecstasybruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk	
	Livstid	Siste år
15–64 år		
Anslag over antall brukere i Europa	10 millioner	2,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,1 %	0,8 %
Spredning	0,3–7,5 %	0,1–3,5 %
Land med lav prevalens	Romania (0,3 %) Hellas (0,4 %) Malta (0,7 %) Litauen (1,0 %)	Romania (0,1 %) Hellas, Malta (0,2 %) Polen (0,3 %)
Land med høy prevalens	Storbritannia (7,5 %) Tsjekkia (7,1 %) Irland (5,4 %) Latvia (4,7 %)	Tsjekkia (3,5 %) Estland (1,7 %) Slovakia (1,6 %) Storbritannia, Latvia (1,5 %)
15–34 år		
Anslag over antall brukere i Europa	7,5 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,6 %	1,6 %
Spredning	0,6–14,6 %	0,2–7,7 %
Land med lav prevalens	Hellas, Romania (0,6 %) Malta (1,4 %) Litauen, Polen (2,1 %)	Romania (0,2 %) Hellas (0,4 %) Polen (0,7 %) Italia, Litauen, Portugal (0,9 %)
Land med høy prevalens	Tsjekkia (14,6 %) Storbritannia (12,7 %) Irland (9,0 %) Latvia (8,5 %)	Tsjekkia (7,7 %) Estland (3,7 %) Storbritannia (3,1 %) Latvia, Slovakia, Nederland (2,7 %)
Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner) og 15–34 (133 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i “Generelle befolkningsundersøkelser” i Statistiske opplysninger 2009.		

på 1990-tallet tyder befolkningsundersøkelser nå på en generell stabilisering, eller til og med en moderat nedgang, når det gjelder disse stoffenes popularitet, selv om ikke alle land viser det samme mønsteret.

Siste års bruk av amfetamin blant unge voksne (15–34) i Storbritannia har gått så langt ned som fra 6,2 % i 1998 til 1,8 % i 2008. Danmark hadde en økning i amfetaminbruk fra 0,5 % i 1994 til 3,1 % i 2000, med et tilsvarende tall i 2008 ⁽⁸⁷⁾. Blant de andre landene som rapporterer gjentatte undersøkelser over tilsvarende tidsrom (Tyskland, Hellas, Spania, Frankrike, Nederland, Slovakia, Finland), er trendene overveiende stabile (figur 7). Av de 11 landene som har tilstrekkelige data om siste års prevalens av amfetaminbruk i aldersgruppen 15–34 for femårsperioden 2002–07, rapporterer fire land om en nedgang på 15 % eller mer, av opprinnelig

EONN: Utvalgt aspekt om blandingsbruk

Samtidig med årsrapporten for 2009 publiserer EONN et Utvalgt aspekt om blandingsbruk. Dokumentet gjennomgår tilgjengelige definisjoner av dette svært utbredte mønsteret for rusmiddelbruk og inneholder data som gjør det mulig å få en bedre forståelse av prevalensen av blandingsbruk og hva som kjennetegner blandingsbruk i forskjellige populasjoner (skoleelever, voksne, problembrukere av narkotika). Eksisterende tiltak innenfor forebygging, behandling og skadereduksjon, rettet mot blandingsbruk blir også beskrevet. Rapporten inneholder dessuten en kort oversikt over risikoen forbundet med en del av de vanligste rusmiddelkombinasjonene og en drøfting omkring framtidig overvåking av blandingsbruk.

Dette Utvalgte aspektet finnes i trykt utgave og på internett, men bare på engelsk (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/polydrug-use>).

⁽⁸⁷⁾ I Danmark viser informasjonen i 1994 til “harde stoffer”, som da hovedsakelig viste til amfetamin(er).

prevalens, tre rapporterer om stabilisering mens fire har hatt en økning.

For ecstasybruk blant unge voksne (15–34) er bildet mer blandet. Etter en generell økning i enkelte europeiske land i slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-årene, som førte til tilsvarende nivåer av ecstasybruk i Tyskland, Spania og Storbritannia på midten av 1990-tallet, er europeisk gjennomsnitt for siste års prevalens nå nede i 1,6 %.

Blant de landene som har ferskere undersøkelser, er det Storbritannia som har høyest prevalenstill⁽⁸⁸⁾. I femårsperioden 2002–07 falt siste års prevalens av ecstasybruk blant unge voksne med minst 15 % i tre av de 11 landene som leverte tilstrekkelig informasjon, mens den var stabil i fire land og økte i fire.

Kokain kan erstatte amfetamin og ecstasy i en del land og i enkelte grupper av den delen av befolkningen som bruker narkotika. Denne hypotesen synes å kunne bekreftes i Storbritannia og til en viss grad i andre land (f.eks. Danmark, Spania), der det har vært observert en økning i bruken av kokain parallelt med en nedgang i bruken av amfetamin (EONN, 2008b).

ESPAD og andre skoleundersøkelser gjennomført i 2007, indikerer samlet sett liten forandring i graden av eksperimentering med amfetamin og ecstasy blant skoleelever i 15–16-årsalderen. Hvis vi ser bort fra endringer på under to prosentpoeng mellom 2003 og 2007, gikk livstidsprevalensen av bruk av amfetamin opp i ni land. Etter samme målestokk økte bruken av ecstasy i syv land. Bare Estland hadde en nedgang i livstidsprevalens av

amfetaminbruk, mens Tsjekkia, Portugal og Kroatia rapporterte om redusert bruk av ecstasy.

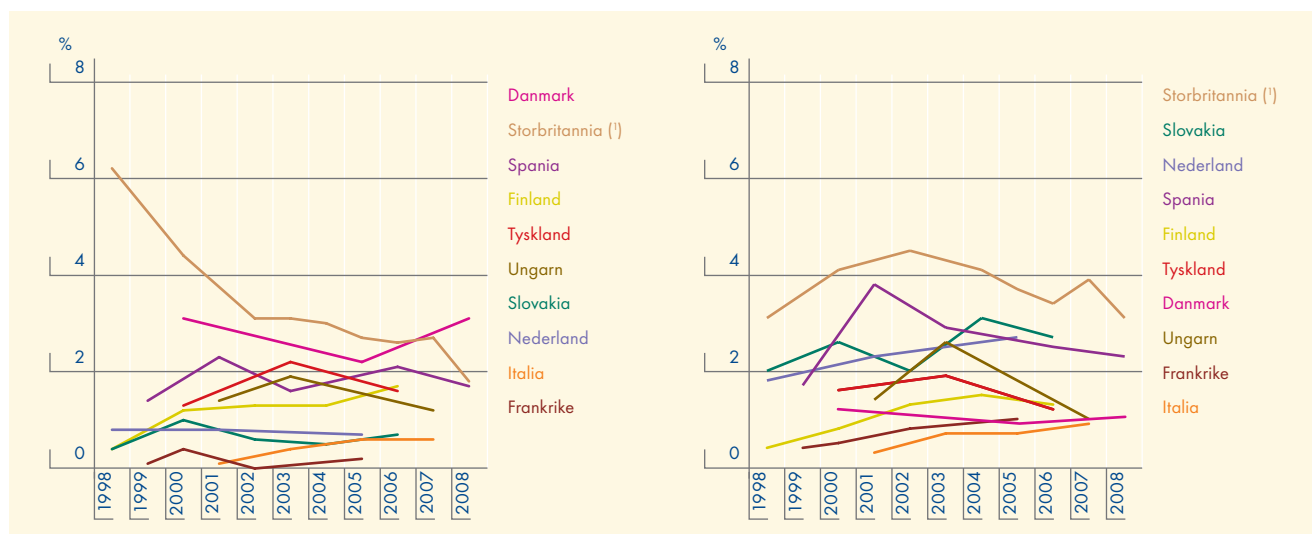
Amfetamin og ecstasy i rekreasjonsmiljøer: bruk og intervensjoner

Narkotika- og alkoholbruk forbindes noen ganger med visse rekreasjonsmiljøer der unge mennesker samles (f.eks. dance-arrangementer, musikkfestivaler). Studier av narkotikabruk i disse miljøene kan gi et innblikk i atferden til dem som bruker amfetamin og ecstasy eller andre stoffer som ketamin og GHB. Anslag over narkotikabruk i disse miljøene vil typisk være høye, men de kan ikke brukes på befolkningen som sådan, og mye av narkotikabruken vil helst foregå i helger og ferier (EONN, 2006b).

Prevalensdata fra studier gjennomført i rekreasjonsmiljøer i 2007 er tilgjengelig fra fem land (Belgia, Tsjekkia, Latvia, Litauen, Østerrike). Estimatenes over livstidsprevalens varierte fra 15 % til 71 % for ecstasybruk og fra 17 % til 68 % for amfetaminer. Fire av disse studiene estimerte dessuten livstidsprevalens for hallusinogene sopper, som var fra 4 % til 64 %. Hyppig bruk av ecstasy eller amfetaminer forekommer også i disse miljøene, men den er oftest mye lavere.

En indikasjon på i hvilken grad bruken av disse stoffene kan være konsentrert til den unge, klubbgående delen av befolkningen, kan finnes i British Crime Survey 2007/08. I aldersgruppen 16–24 år var det for dem som rapporterte

Figur 7: Trender for prevalens av bruk av amfetaminer (venstre) og ecstasy (høyre) siste år blant unge voksne (15–34 år)



(¹) England og Wales.

NB: Bare data for land som har gjennomført minst tre spørreundersøkelser i perioden 1998 til 2008 er tatt med. Se figur GPS-8 og GPS-21 i Statistiske opplysninger 2009 for ytterligere informasjon.

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

(⁸⁸) Se figur GPS-21 i Statistiske opplysninger 2009.

at de hadde vært på nattklubb minst fire ganger i løpet av siste måned, tre ganger så høy sannsynlighet for at de hadde brukt ecstasy (8 %) i løpet av siste år, enn for dem som ikke gikk på nattklubb (2,3 %) (Hoare og Flatley, 2008).

Helsen og sikkerheten til folk som går på nattklubb og bruker narkotika, er et økende folkehelseproblem. Retningslinjer, som "Safer dancing" som er utarbeidet i Storbritannia, har blitt et viktig verktøy på dette området. Men samtidig som 12 land nå rapporterer at de har utarbeidet slike retningslinjer for utelivsmiljøet, er det bare Nederland, Slovenia, Sverige og Storbritannia som rapporterer å overvåke og håndheve overholdelse av retningslinjene.

Retningslinjer for et trygt klubbbliv tar sikte på å redusere faren for at det oppstår narkotikarelaterte problemer og omfatter tilgang til gratis kaldt vann, førstehjelp i umiddelbar nærhet og oppsøkende forebyggingsarbeid. Rapporten om tilgjengeligheten av slike tiltak i nattklubber med tilstrekkelig store målgrupper til at tiltakene kan gjennomføres, er utarbeidet av nasjonale eksperter. Stort sett viser det seg at enkle tiltak for å forebygge eller redusere helserisiko og bruk av narkotika bare finnes i begrenset omfang i utelivsmiljøene i Europa. Oppsøkende, forebyggende tiltak rapporteres å være tilgjengelig i de fleste aktuelle nattklubber bare i Litauen og Slovenia og i et mindretall av nattklubbene i 18 land. Seks land har ingen slike tiltak. Fem land rapporterer om umiddelbart tilgjengelig førstehjelp i flesteparten av de aktuelle nattklubbene (Luxembourg, Portugal, Slovenia, Storbritannia, Norge), mens dette er tilgjengelig bare i et mindretall av aktuelle nattklubber i 15 land og ikke finnes i det hele tatt i Hellas og Sverige. Endelig er gratis kaldt vann tilgjengelig i de fleste av de aktuelle nattklubbene i 11 land og i et mindretall i ni land. Dette tiltaket er ikke tilgjengelig i Hellas, Kypros og Romania.

Behandling

Amfetaminbrukere får vanligvis behandling i det polikliniske behandlingsapparatet, som, i de landene som historisk sett har signifikante nivåer av bruk av amfetamin, kan ha spesialisert seg i behandlingen av denne typen narkotikaproblem. Behandling av de mest problematiske brukerne av amfetamin kan foregå i døgningstasjoner eller psykiatriske klinikker eller sykehus.

Egne behandlingsopplegg for problembrukere av amfetamin rapporteres fra ni land (Tyskland, Estland, Spania, Italia, Østerrike, Portugal, Slovenia, Slovakia, Storbritannia). Tilgjengeligheten av programmene varierer fra ett land til et annet. Bare tre av disse landene

(Portugal, Slovenia, Storbritannia) rapporterer at de har spesialiserte programmer tilgjengelig for flesteparten av amfetaminbrukerne som aktivt søker behandling. I de seks andre landene anslår nasjonale eksperter at spesialisert amfetaminbehandling er tilgjengelig for under halvparten av dem som søker. Innholdet i de spesialiserte behandlingsprogrammene for personer som bruker disse stoffene, er ofte ikke godt dokumentert.

Det er en generell mangel på behandlingalternativer med dokumentert effekt som kan fungere som en rettesnor for behandling av avhengighet av psykostimulerende stoffer så som amfetamin. Det er rapportert om lovende resultater etter nyere undersøkelser av medikamenter som skal redusere abstinens eller sug forbundet med amfetaminavhengighet. Slike har fram til nå vært mangelvare. En finsk studie av bruken av metylfenidat og aripiprazol rapporterte positive, foreløpige resultater idet alle som fikk metylfenidat avga færre amfetaminpositive urinprøver enn de som fikk aripiprazol eller et placebo (Tiihonen et al., 2007). En fersk litteraturgjennomgang viste dessuten positive resultater både for metylfenidat og deksamfetamin i behandlingen av metamfetaminavhengighet (Elkashef et al., 2008).

I England og Wales har deksamfetamin lenge vært tilgjengelig for behandling av de mest problematiske amfetaminbrukerne, der medikamentet kan skrives ut av hvilken som helst lege. Det finnes imidlertid lite informasjon om denne praksisen i Storbritannia. En undersøkelse av apotekjenester som ble gjennomført for mer enn ti år siden, anslo at 900 til 1 000 klienter fikk denne behandlingen (Strang og Sheridan, 1997). De fleste reseptene ble utskrevet av leger på sykehus eller klinikker, og nesten alle av leger tilknyttet det offentlige helsevesenet (National Health Service – NHS). En undersøkelse av 265 spesialisttjenester i NHS som ble gjennomført i 2000, avslørte at forskrivning av deksamfetamin var tilgjengelig i om lag én tredel av de tjenestene undersøkelsen omfattet (Rosenberg et al., 2002). Imidlertid anbefaler britiske retningslinjer for klinisk håndtering av narkotikaavhengighet at deksamfetamin ikke forskrives som substitusjonsmedikament, da dokumentasjon på effektivitet mangler (NTA, 2007).

Pr. i dag er det ikke noe solid evidensgrunnlag som tilsier at en enkel, psykososial intervensjon effektivt hjelper brukere av psykostimulerende midler til å holde seg rusfrie. Av litteraturen framgår det at kognitive atferdstiltak, som f.eks. tilbakefallsforebygging, er de intervensjonene som dokumentert har best effekt når det gjelder behandling av brukere av sentralstimulerende midler. Effektiviteten av andre typer tiltak er lite dokumentert. Litteraturen inneholder få velkontrollerte studier av brukere som har

amfetamin som primærrusmiddel, særlig studier av behandlingsresultater (Baker et al., 2004). I en nylig Cochrane-gjennomgang av psykososiale intervensjoner rettet mot avhengighet av psykostimulerende midler, ble solide, positive atferdsmessige resultater (gjennomført behandling, reduksjon av narkotikabruk) kun observert i psykososiale intervensjoner som hadde læringsbasert rusbehandling som en komponent. Denne metoden brukes imidlertid sjelden i Europa, selv om det har vært noen pilotprosjekter (se kapittel 5).

Det er behov for mer forskning på psykososial og farmakologisk behandling for personer med problemer relatert til bruken av amfetaminer, da særlig personer som injiserer. Dagens behandlingsmetoder og

behandlingsdekning i Europa må også dokumenteres bedre, og mye gjenstår å gjøre når det gjelder utveksling av beste praksis. Mangelen på spesialiserte programmer kan innebære at amfetamin- og metamfetaminbrukere ikke oppmuntres til å søke behandling, særlig på et tidlig stadium. Hvis slike programmer var mer tilgjengelig, ville dette kunne bidra til at flere brukere kom inn i behandlingsapparatet, noe som nettopp skjedde når det gjelder problembrukere av cannabis i Tyskland og Frankrike, da disse landene bygget ut sine spesialiserte behandlingsprogrammer. Slike tiltak kan være spesielt nyttige i de landene som nylig har hatt en økning i antallet problembrukere av amfetamin og metamfetamin og særlig sprøytebrukere av disse stoffene (Talu et al., 2009).



Kapittel 5

Kokain og crack

Innledning

I løpet av det siste tiåret er det observert en generell økning i bruken og beslagene av kokain i Den europeiske union, men denne økningen har egentlig vært begrenset til medlemsstatene i Vest-Europa, og det er også store forskjeller mellom landene. Tilgjengelige data tyder også på at det er store forskjeller mellom kokainbrukerne, både når det gjelder bruks- og sosiodemografiske mønstre. Den største gruppen utgjør de som bare eksperimenterer med stoffet en eller et par ganger. En annen gruppe som er relativt stor i en del land, består av sosialt integrerte unge som er regelmessige brukere. Noen av dem vil utvikle et mer intensivt bruksmønster eller bruke stoffet i en lang periode, noe som kan lede til kroniske helsemessige og sosiale problemer og behov for behandling. En tredje kategori av brukere består av medlemmer av sosialt ekskluderte grupper, inkludert nåværende og tidligere opioidbrukere. De fleste av disse har et intensivt bruksmønster som eventuelt innbefatter bruk av crack eller injisering av stoffet, noe som kan bidra til at eksisterende helsemessige og sosiale problemer opprettholdes eller

forverres, og som kan vanskeliggjøre behandlingen av opiatavhengigheten. Fordi kokainbrukerne slett ikke har noen ensartet profil, er det en reell utfordring å gjøre anslag over prevalensen av bruken, de helsemessige og sosiale konsekvensene av kokainbruk så vel som de tiltakene som må settes inn.

Tilbud og tilgjengelighet

Produksjon og handel

Dyrkingen av kokabusken, kilden til kokain, er fortsatt konsentrert i et par land i Andesregionen ⁽⁸⁹⁾. UNODC (2009) har anslått at dyrkingen av kokabusken i 2008 resulterte i en potensiell produksjon av 845 tonn ren kokainhydroklorid, der Colombia sto for 51 %, Peru for 36 % og Bolivia 13 %. Den globale kokainproduksjonen er anslått å ha falt med 15 % i 2008, hovedsakelig på grunn av redusert kokainproduksjon i Colombia — fra 600 tonn i 2007 til 430 tonn i 2008. Kokainproduksjonen i Peru og Bolivia gikk derimot noe opp.

Tabell 7: Produksjon, beslag, priser og styrke på kokain og crack

	Kokain	Crack ⁽¹⁾
Globalt produksjonsestimat (tonn)	845	m.d.
Globale beslag (tonn)	710 ⁽²⁾	0,8
Beslaglagte kvanta (tonn) EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	76,4 (76,7)	0,08 (0,08)
Antall beslag EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	91 400 (92 000)	9 500 (9 500)
Gjennomsnittlig detaljpris (EUR pr. gram) Spredning (Interkvartil avstand) ⁽³⁾	44–88 (58–67)	20–112
Spredning gj.sn. renhet (%)	22–57	35–98
⁽¹⁾ På grunn av det lille antallet land som har lagt fram informasjon om dette, bør dataene tolkes med varsomhet. ⁽²⁾ Ifølge UNODC tilsvarer dette 412 tonn ren kokain. ⁽³⁾ Verdier i midterste halvdel av rapporterte gjennomsnittspriser. NB: Alle data gjelder 2007, bortsett fra globale produksjonsestimater, som er for 2008; m.d. = mangler data. Kilder: UNODC World drug report (2009) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.		

⁽⁸⁹⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 39.

Det meste av prosessen for å omdanne kokabladene til kokainhydroklorid foregår fortsatt i Colombia, Peru og Bolivia, men også andre søramerikanske land har en del produksjon. Colombias betydning i produksjonen av kokain understøttes av informasjon om laboratorier som er blitt oppdaget og om beslag av kaliumpermanganat, en kjemisk reagens som brukes i syntetiseringen av kokainhydroklorid. I 2007 ble det i Colombia oppdaget 2 471 kokainlaboratorier (78 % av alle i verden) og det ble beslaglagt til sammen 144 tonn kaliumpermanganat (94 % av globale beslag) (INCB, 2009a).

Tilgjengelig informasjon tilsier at kokainhandelen til Europa likevel fortsetter via andre ruter (EONN, 2008d). Kokainforsendelsene passerer gjennom sør- og sentralamerikanske land som Argentina, Brasil, Ecuador, Mexico og Venezuela på sin vei til Europa. På veien blir det også ofte omlastet i karibiske land. På disse rutene smugles kokainet på rutefly eller sjøveien. I de senere årene er det også blitt oppdaget en alternativ rute via Vest-Afrika. Derfra transporteres kokainen ofte til Europa om bord på fiskebåter eller seilbåter, men det er også rapportert om transport luftveien og landverts gjennom Nord-Afrika (Europol, 2007).

I de senere årene har også andre land kommet opp som transittland. Dette kan være Sør-Afrika eller Russland, men også land i Sentral- og Øst-Europa, der antallet kokainbeslag gikk opp fra anslagsvis 412 i 2002 til 1 065 i 2007. Belgia, Spania, Frankrike, Italia, Nederland, Portugal og Storbritannia er nevnt som viktige transittland for kokaintransport innen Europa.

Beslag

Kokain er, etter marihuana og hasj, det narkotiske stoffet som omsettes mest i verden. I 2007 lå de globale beslagene av kokain stabilt rundt 710 tonn. Sør-Amerika hadde også nå det største beslaget og stod for 45 % av beslagene på verdensbasis, etterfulgt av Nord-Amerika med 28 % og Vest- og Sentral-Europa med 11 % (UNODC, 2009).

I Europa har det vært en økning i antall kokainbeslag i alle de 20 siste årene, og da særlig siden 2003. I 2007 kom antallet kokainbeslag opp i 92 000, men den totale mengden som ble beslaglagt, falt til 77 tonn, mot 121 tonn i 2006. Nedgangen i de beslaglagte mengdene av kokain skriver seg hovedsakelig fra Portugal, og i noen mindre grad Spania og Frankrike, som rapporterte mindre beslag i 2007 enn i året før ⁽⁹⁰⁾. I 2007 var Spania fortsatt det landet som gjorde de største beslagene av kokain og det største antallet kokainbeslag — om lag halvparten av alle — i Europa.

Lovgivning for å bekjempe ulovlig håndtering av og handel med narkotika til sjøs

Å lykkes med å stanse smugling av narkotika til sjøs forutsetter samarbeid mellom stater. To internasjonale konvensjoner fremmer dette samarbeidet.

I henhold til artikkel 108 i FNs havrettskonvensjon (1982) kan en stat som mistenker at et skip under dens flagg (!) er involvert i ulovlig håndtering av og handel med narkotika, be om andre staters samarbeid for å bekjempe slik håndtering og handel. Ytterligere samarbeid er hjemlet i artikkel 17 i FN-konvensjonen om ulovlig håndtering av og handel med narkotika og psykotrope stoffer (1988). Denne konvensjonen oppretter en ordning som tillater enhver stat som har rimelig grunn til å mistenke at et skip registrert i et annet land driver ulovlig håndtering av og handel med narkotika, kan anmode skipets flaggstat om tillatelse til å borde fartøyet, ransake det og beslaglegge eventuelle narkotiske stoffer som blir funnet, og deretter tiltale gjerningsmennene. Alle disse tiltakene kan gjennomføres hvor som helst utenfor en stats territorialfarvann. Kompetente nasjonale myndigheter utnevnes som kontaktpunkter som til enhver tid skal være tilgjengelig for å kunne besvare eventuelle anmodninger raskest mulig. Anmodningene kan etterkommes, etterkommes på vilkår eller avslås. Tiltaket kan bare gjennomføres av krigsskip eller militære luftfartøyer, eller andre fartøyer eller luftfartøyer som bærer tydelige merker som viser at de er i statlig tjeneste og har behørig myndighet.

Bording og påfølgende tiltak skal gjennomføres av en gruppe tjenestemenn fra rettshåndhevsorganer i den anmodende staten, en såkalt "law enforcement detachment" (LEDET). Der tiltakene blir koordinert av mellomstatlige organer som MAOC-N (Maritime Analysis Operations Centre — Narcotics), kan en LEDET noen ganger befinne seg om bord på et annet lands krigsskip. I så tilfelle skal helikoptre og småbåter som brukes under bordingen, midlertidig føre LEDET-statens flagg og ikke krigsskipets, for å overholde identifikasjonskravet.

(!) Et skip og dets mannskap er underlagt jurisdiksjonen i skipets registreringsstat ("flaggstat").

Renhet og pris

Gjennomsnittlig renhet på kokain i Europa varierte fra 22 % til 57 % i 2007 ⁽⁹¹⁾. De fleste landene som har et tilstrekkelig datagrunnlag for å kunne analysere trender over tid, rapporterer at kokainen er blitt mindre ren i perioden 2002–07, bortsett fra i Spania og Portugal.

I 2007 var gjennomsnittlig detaljpris på kokain fra EUR 44 til EUR 88 pr. gram i de 19 landene som la fram data om dette, og i ca. halvparten av dem lå gjennomsnittsprisen pr. gram på mellom EUR 58 og EUR 67. I de landene som hadde et tilstrekkelig datagrunnlag for å kunne gjøre

⁽⁹⁰⁾ Se tabell SZR-9 og SZR-10 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁹¹⁾ For data om renhet og pris, se tabell PPP-3 og PPP-7 i Statistiske opplysninger 2009.

Hvorfor faller kokainprisene i Europa?

Siden 2000 har kokainprisene (korrigert for inflasjon) falt i Europa, samtidig som etterspørselen etter kokain har økt, noe som sees av prevalenstallene for kokainbruk i befolkningen generelt og blant problembrukere. Det er flere faktorer som kan forklare denne tilsynelatende selvmotsigelsen. En økning i tilførselen av kokain til Europa, som gjenspeiles i de stadig økende beslagene, er klart en sentral faktor her. Sør-amerikanske kokainsmugleres ønske om et alternativ til det amerikanske markedet kan være en "drivfaktor" for den økte satsingen på det europeiske markedet. I tillegg kan den økte etterspørselen etter kokain i Europa ha utgjort en "trekkfaktor". Det stigende forbruket av kokain i Europa sammen med europeiske valutaers relative styrke mot amerikanske dollar kan ha kompensert for fallende priser og muligens lavere fortjenestemarginer.

Men det kan også være andre faktorer som har påvirket prisen på kokain. Den teknologiske utviklingen og bruken av nye smuglerruter, f.eks. via Vest-Afrika, der narkotikakontrollen er svak og smuglerne tar lite betalt, kan ha ført til lavere transportkostnader og redusert risiko for smuglerne. Sterkere konkurranse på kokainmarkedet (Desroches, 2007) kan også ha hatt betydning for kokainprisen i Europa.

Mangelen på data på dette området gjør at denne analysen nødvendigvis er spekulativ og understreker betydningen av å få en bedre forståelse av faktorene som påvirker Europas narkotikamarked. EONN vil videreføre arbeidet med å styrke samarbeidet og forskningen på dette området.

sammenligninger, var kokain i salg på gaten blitt billigere fra 2002 til 2007.

Prevalens og bruksmønstre

Kokainbruk i befolkningen generelt

Generelt er kokain, etter cannabis, det nest mest brukte illegale rusmiddelet i Europa, selv om bruksnivåene varierer mye landene imellom. Det er anslått at rundt 13 millioner europeere har brukt kokain minst én gang, dvs. gjennomsnittlig 3,9 % av voksne i alderen 15–64 år (se tabell 8 for et sammendrag av dataene). Nasjonale tall varierer fra 0,1 % til 8,3 %, og 12 av 23 land, inklusive de fleste landene i Sentral- og Øst-Europa, rapporterer lave nivåer av livstidsprevalens blant alle voksne (0,5–2 %).

Det er anslått at ca. 4 millioner europeere har brukt kokain det siste året (1,2 % i gjennomsnitt), selv om det også her er variasjoner mellom landene. På grunnlag av nye nasjonale

undersøkelser er prevalensestimaterne for bruk siste år mellom null og 3,1 %, men i 18 av 24 land er prevalensen ikke over 1 %. De europeiske prevalensestimaterne for kokainbruk siste måned representerer ca. 0,4 % av den voksne befolkningen, eller 1,5 millioner personer. Disse anslagene er sannsynligvis konservative.

Totalt sett synes kokainbruk å være konsentrert til et fåtal land, deriblant Danmark, Spania, Italia, Irland og Storbritannia, og bruken av dette rusmiddelet synes fortsatt relativt lav ellers i Europa. I land hvor amfetaminer dominerer markedet for illegale, sentralstimulerende midler, er anslagene over kokainbruk lave i nesten alle tilfeller. Og motsatt rapporteres det lave nivåer av amfetaminbruk i de fleste landene hvor kokain er det viktigste illegale sentralstimulerende stoffet.

Bare en liten andel av dem som har brukt kokain minst én gang i livet, synes å utvikle intensive bruksmønstre. Data fra generelle befolkningsundersøkelser tyder på at tallene for avsluttet bruk av kokain er høye, for i land med en livstidsprevalens over 2 %, har de fleste voksne som noen gang har brukt kokain (80–95 %), ikke brukt dette stoffet i løpet av siste måned ⁽⁹²⁾.

Kokainbruk blant unge voksne

I Europa er det anslått at 7,5 millioner unge voksne (15–34 år), eller gjennomsnittlig 5,6 %, har brukt kokain minst én gang. Nasjonale tall varierer fra 0,1 % til 12,0 %. Det europeiske gjennomsnittet for siste års bruk av kokain i denne aldersgruppen er anslått til 2,2 % (3 millioner) og for bruk siste måned til 0,8 % (1 million).

Bruken er spesielt høy blant unge menn (15–34 år), og siste års prevalens av kokainbruk i denne gruppen er i Danmark, Spania, Irland, Italia og Storbritannia mellom 4,2 % og 7,7 % ⁽⁹³⁾. I de fleste land er forholdet menn til kvinner for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne minst 2:1.

Siste års prevalens av kokainbruk i aldersgruppen 15–24 år er anslått til 2,2 %, altså 1,5 millioner brukere i Europa. I motsetning til prevalensestimaterne for bruk av cannabis eller ecstasy, som er høyest i aldersgruppen 15–24, gir målinger av nyere kokainbruk (siste år og siste måned) omtrent de samme tallene i aldersgruppen 15–34 som i gruppen 15–24 år ⁽⁹⁴⁾.

Kokainbruk er også forbundet med alkoholbruk og visse livsstiler. For eksempel framgår det av en analyse av data fra British Crime Survey 2007/08 at blant 16–24-åringene som hadde vært på puben ni eller flere ganger i løpet av

⁽⁹²⁾ Se figur GPS-16 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁹³⁾ Se figur GPS-13 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽⁹⁴⁾ Se figur GPS-15 og tabell GPS-14, GPS-15 og GPS-16 for alle år og tabell GPS-17, GPS-18 og GPS-19 for de nyeste dataene i Statistiske opplysninger 2009.

Tabell 8: Prevalens av kokainbruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk		
	Livstid	Siste år	Siste måned
15–64 år			
Anslag over antall brukere i Europa	13 millioner	4 millioner	1,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,9 %	1,2 %	0,4 %
Spredning	0,1–8,3 %	0,0–3,1 %	0,0–1,1 %
Land med lav prevalens	Romania (0,1 %) Litauen, Malta (0,4 %) Hellas (0,7 %)	Romania (0,0 %) Hellas (0,1 %) Tsjekkia, Ungarn, Polen (0,2 %)	Tsjekkia, Hellas, Estland, Romania (0,0 %) Malta, Litauen, Polen, Finland (0,1 %)
Land med høy prevalens	Spania (8,3 %) Storbritannia (7,6 %) Italia (6,8 %) Irland (5,3 %)	Spania (3,1 %) Storbritannia (2,3 %) Italia (2,2 %) Irland (1,7 %)	Spania (1,1 %) Storbritannia (1,0 %) Italia (0,8 %) Irland (0,5 %)
15–34 år			
Anslag over antall brukere i Europa	7,5 millioner	3 millioner	1 million
Europeisk gjennomsnitt	5,6 %	2,2 %	0,8 %
Spredning	0,1–12,0 %	0,1–5,5 %	0,0–2,1 %
Land med lav prevalens	Romania (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Hellas (1,0 %)	Romania (0,1 %) Hellas (0,2 %) Polen (0,3 %) Ungarn, Tsjekkia (0,4 %)	Estland, Romania (0,0 %) Tsjekkia, Hellas, Polen (0,1 %)
Land med høy prevalens	Storbritannia (12,0 %) Spania (11,8 %) Danmark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Spania (5,5 %) Storbritannia (4,5 %) Danmark (3,4 %) Irland, Italia (3,1 %)	Storbritannia (2,1 %) Spania (1,9 %) Italia (1,2 %) Irland (1,0 %)
15–24 år			
Anslag over antall brukere i Europa	3 millioner	1,5 millioner	0,6 millioner
Europeisk gjennomsnitt	4,4 %	2,2 %	0,9 %
Spredning	0,1–9,9 %	0,1–5,6 %	0,0–2,5 %
Land med lav prevalens	Romania (0,1 %) Hellas (0,6 %) Litauen (0,7 %) Malta, Polen (1,1 %)	Romania (0,1 %) Hellas (0,2 %) Polen (0,3 %) Tsjekkia (0,4 %)	Estland, Romania (0,0 %) Hellas (0,1 %) Tsjekkia, Polen, Portugal (0,2 %)
Land med høy prevalens	Storbritannia (9,9 %) Spania (9,3 %) Danmark (9,2 %) Irland (7,0 %)	Danmark (5,6 %) Spania (5,4 %) Storbritannia (5,0 %) Irland (3,8 %)	Storbritannia (2,5 %) Spania (1,7 %) Italia (1,2 %) Irland (1,1 %)

Europeiske prevalensestimater er basert på vektete gjennomsnitt fra de nyeste nasjonale undersøkelsene gjennomført fra 2001 til 2008 (hovedsakelig 2004–2008) og gjelder følgelig ikke noe enkelt år. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (334 millioner), 15–34 (133 millioner) og 15–24 (63 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2009.

siste måned, rapporterte 13,5 % om bruk av kokain i løpet av siste år, mot 1,7 % blant dem som ikke hadde vært på pub. Nattklubb-besøk var også assosiert med økt kokainbruk, for nærmere 10 % av 16–24-åringer som hadde vært på nattklubb fire eller flere ganger i løpet av

siste måned, rapporterer kokainbruk i løpet av det siste året, sammenlignet med 3,3 % hos dem som ikke hadde vært på nattklubb. Undersøkelsen rapporterte også om lave nivåer av bruk av crack, til og med blant kokainbrukere, noe som bekrefter funn fra andre studier

som rapporterer om forskjeller i brukerprofil for disse to rusmidlene (Hoare og Flatley, 2008). Studier gjennomført i rekreasjonsmiljøer, rapporterer også om høyere prevalens av kokainbruk der enn i befolkningen generelt (EONN, 2007a). En internettundersøkelse nylig gjennomført i Tsjekkia blant fans av elektronisk musikk, fant at 30,9 % av dem som svarte hadde brukt kokain.

Eurobarometer-undersøkelsen gjennomført i de 27 EU-medlemsstatene i 2008, viser at 85 % av de unge i aldersgruppen 15–25 mener kokainbruk er svært helsefarlig. Andelen av de tilspurte som mener helserisikoen er like stor for andre rusmidler, er mye mindre: 40 % for cannabis, 28 % for tobakk og 24 % for alkohol. Bare heroinbruk oppfattes som svært farlig av en større andel av de tilspurte. Her er det liten forskjell mellom landene, og 95 % av dem som svarte mente at kokain fortsatt burde være forbudt (Europakommisjonen, 2008b).

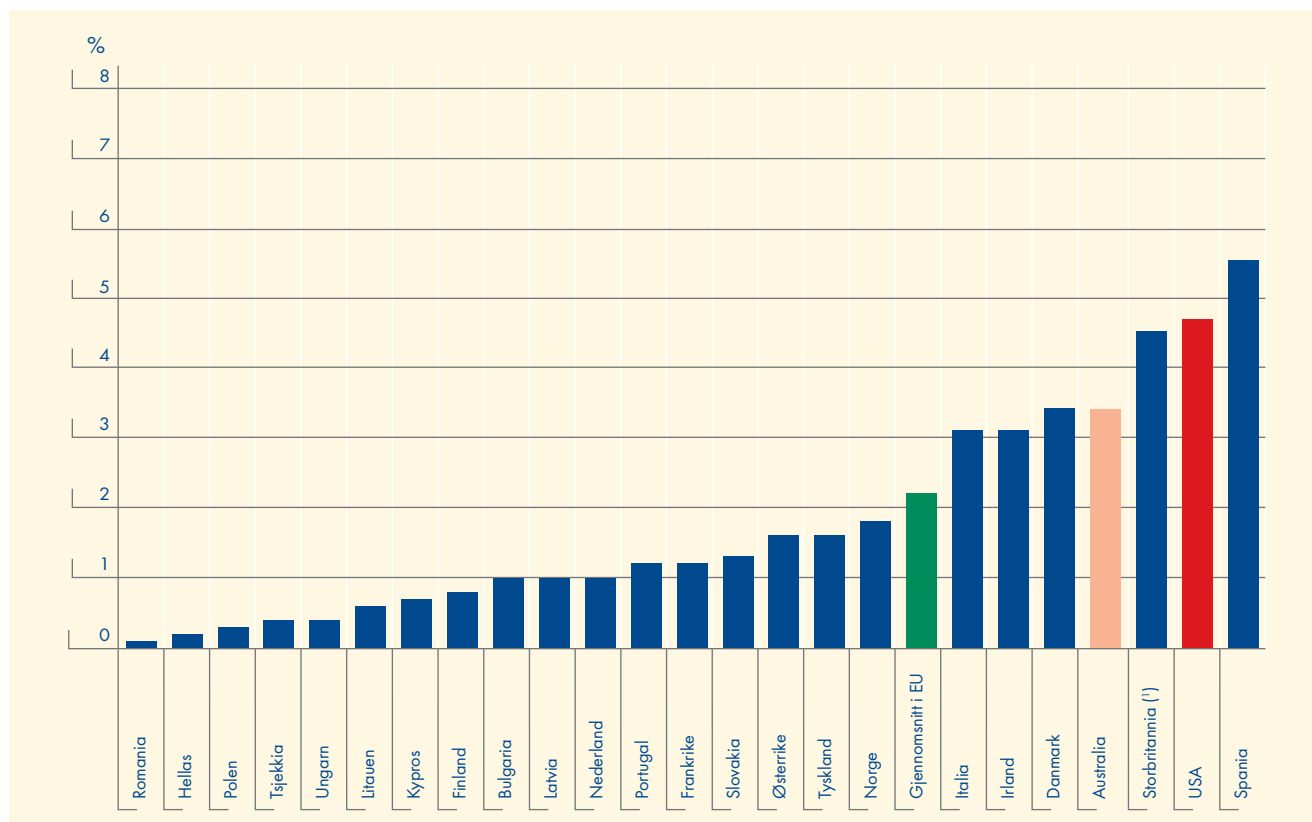
Kokainbruk blant skoleelever

Prevalenstematene for bruk av kokain blant skoleelever er mye lavere enn for cannabis. Livstidsprevalensen av kokainbruk blant 15–16-årige skoleelever i ESPAD-undersøkelsen ligger mellom 1 % og 2 % i halvparten av de 28 rapporterende landene. Flesteparten av de andre landene rapporterer om prevalensnivåer mellom 3 % og 4 %, Frankrike, Italia og Storbritannia 5 %. I de fleste land er livstidsprevalensen av kokainbruk høyere blant menn enn blant kvinner, og de høyeste nivåene (6 %) rapporteres av Frankrike og Italia ⁽⁹⁵⁾.

Internasjonale sammenligninger

Generelt sett er prevalensen for kokainbruk siste år lavere blant unge voksne i Den europeiske union enn blant unge voksne i Australia og USA. To land, Spania og

Figur 8: Prevalens av kokainbruk siste år blant unge voksne (15–34 år) i Europa, Australia og USA



(1) England og Wales.

NB: Dataene er fra den siste tilgjengelige undersøkelsen for hvert land. Gjennomsnittlig europeisk prevalens er beregnet som gjennomsnittet av nasjonale prevalenstall vektet med antall innbyggere i alderen 15–34 år i hvert land (2006, hentet fra Eurostat). Data fra USA og Australia er rekalkulert på grunnlag av opprinnelige undersøkelsesdata til aldersgruppen 15–34 år. Se figur GPS-20 i Statistiske opplysninger 2009 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

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 no. 22. Cat. no. PHE 107. Canberra: AIHW (<http://www.aihw.gov.au/publications/phe/ndshs07-df/ndshs07-df.pdf>).

⁽⁹⁵⁾ Se tabell EYE-12 i Statistiske opplysninger 2009.

Storbritannia (England og Wales), rapporterer imidlertid høyere tall enn Australia, og bare Spania har et høyere estimat enn USA (figur 8).

Trender for kokainbruk

Enkelt sagt har trendene for kokainbruk i Europa fulgt forskjellige mønstre. I de to landene med høyest prevalens av kokainbruk (Spania og Storbritannia), økte bruken dramatisk på slutten av 1990-tallet før trenden stabiliserte seg, selv om den fortsatt er oppadgående. I en annen gruppe land, Danmark, Irland og Italia, var den økte prevalensen mindre markert og inntraff noe senere. Bruksnivåene i disse tre landene er likevel høye sammenlignet med andre land i Europa. I Europa for øvrig er bildet vanskelig å tolke – prevalensnivåene er generelt lave, og en del land har observert både små økninger og små nedganger. I de 11 landene som har data som gjør det mulig å analysere trender fra 2002 til 2007, økte prevalensen for bruk siste år blant unge voksne (15–34 år) med minst 15 % av utgangsverdien i fem land (Irland, Italia, Latvia, Portugal, Storbritannia) ^(%), mens den gikk ned i to land (Ungarn, Polen) og var stabil i fire (Tyskland, Spania, Slovakia, Finland) (figur 9).

I ESPAD-undersøkelsen blant skoleelever i 2007 var livstidsprevalensen av kokainbruk blant 15–16-årige skoleelever i Frankrike, Kypros, Malta, Slovenia og

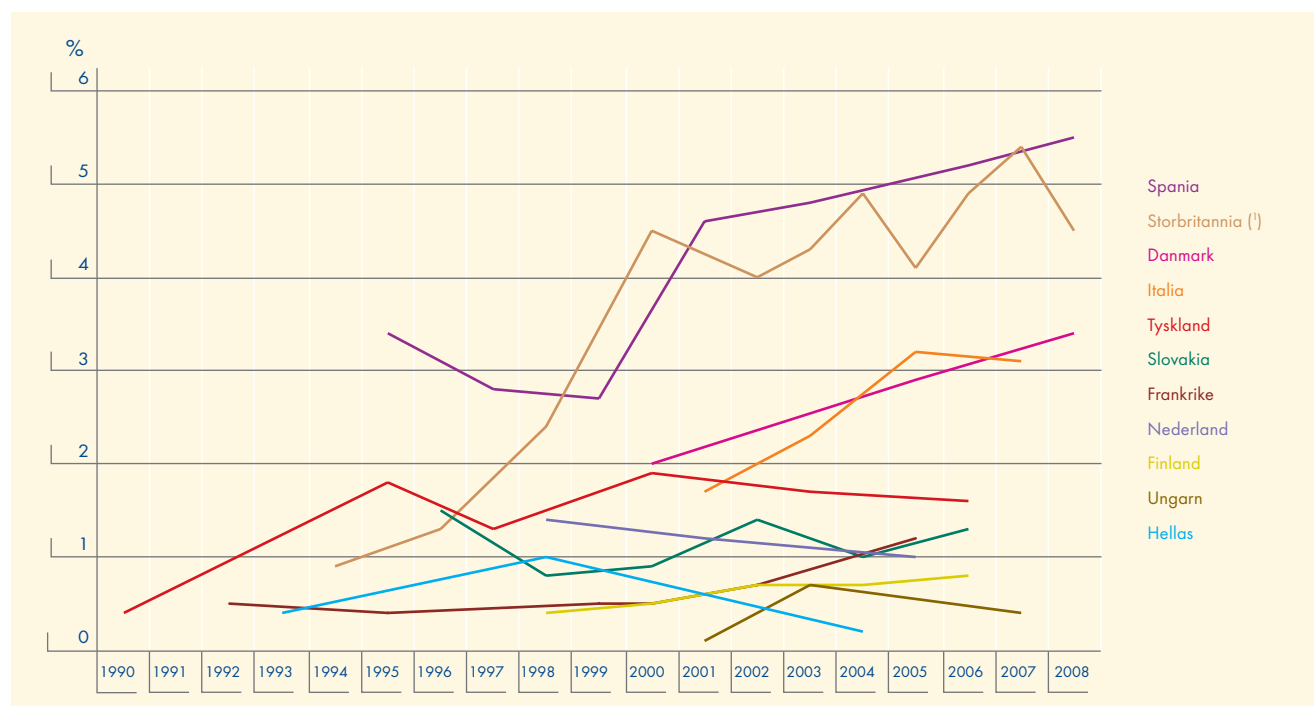
Slovakia gått opp med minst to prosentpoeng fra 2003. Den spanske skoleundersøkelsen rapporterte om en nedgang på to prosentpoeng fra 2004 til 2007.

Helsekonsekvenser av kokainbruk

Det er sannsynlig at helsekonsekvensene av kokainbruk blir undervurdert. Dette skyldes delvis at patologiene som typisk er forbundet med langvarig bruk av kokain, ofte er uspesifikke eller kroniske, og delvis at det er vanskelig å fastslå årsakssammenhengene mellom sykdommen og kokainbruken. Regelmessig kokainbruk, også ved sniffing, kan assosieres med kardiovaskulære, nevrologiske og psykiatriske problemer samt økt risiko for ulykker og vold. Samtidig bruk av andre rusmidler, herunder alkohol, kan også forsterke en del kokainrelaterte problemer (se EONN, 2007a). I en undersøkelse fra USA ble det anslått at hyppige kokainbrukere hadde syv ganger høyere risiko for ikke-dødelig myokardisk infarkt enn ikke-brukere (Qureshi et al., 2001). Generelt ble det anslått at en firedel av alle tilfeller av ikke-dødelig myokardisk infarkt hos personer i aldersgruppen 18–45 år kunne tilskrives "hyppig kokainbruk".

Nye rapporter viser at i land med relativt høy prevalens av kokainbruk synes dette rusmiddelet å være involvert i de fleste narkotikarelaterte akuttinnleggelser. Ifølge

Figur 9: Trender for prevalens av kokainbruk siste år blant unge



⁽¹⁾ England og Wales.

NB: Se figur GPS-14 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2008), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

^(%) Danmark hadde også en økning, men i en annen tidsramme.

American Drug Abuse Warning Network (DAWN) var kokain, alene eller i kombinasjon med andre rusmidler, involvert i seks av ti narkotikarelaterte akutttilfeller i 2006. I Spania fant det nasjonale rapporteringssystemet for akuttmedisinske tilfeller relatert til ikke-medisinsk bruk av psykoaktive stoffer, at kokain var det stoffet som hyppigst ble rapportert i 2006 (59 %), etterfulgt av cannabis (31 %), sedativa (28 %) og heroin (22 %), samtidig som alkohol var hyppig forbundet med alle disse rusmidlene. I en studie ved akuttavdelingen på et sykehus i Barcelona av pasienter med problemer direkte relatert til kokainbruk, var angst eller agitasjon (48 %) og brystsmerte eller hjertebank (25 %) de vanligste symptomene.

Kokaininjisering og bruk av crack er forbundet med størst helserisiko (herunder hjerte- og karsykdom, psykiske lidelser og svekket helsetilstand). Risikoen forsterkes av sosial marginalisering og andre spesifikke problemer, som risikoen forbundet med sprøytebruk. Samtidig bruk av opioider og kokain synes å være assosiert med økt risiko for opioidoverdose (EONN, 2007a).

For den enkelte er avhengighet en av de negative konsekvensene av kokainbruk. En studie gjennomført i USA viste at om lag 5 % av dem som bruker kokain, kan bli avhengige i løpet av det første året, men ikke mer enn ca. 20 % av brukerne utviklet avhengighet på lang sikt (Wagner og Anthony, 2002). En annen studie viste at av dem som utviklet avhengighet, klarer nærmere 40 % å slutte uten narkotika- eller alkoholbehandling (Cunningham, 2000). Det finnes også bevis for at mange kokainbrukere kontrollerer sin bruk av rusmiddelet ved selv å fastsette regler for f.eks. hvor mye, hvor ofte eller i hvilke sammenhenger de kan ta kokain (Decorte, 2000).

Problematisk kokainbruk og etterspørsel etter behandling

Nasjonale anslag over problematisk kokainbruk (injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk) er bare tilgjengelige for Spania og Italia, mens regionale anslag og anslag over crackbruk er tilgjengelig for Storbritannia ⁽⁹⁷⁾. Italia hadde i 2007 anslagsvis mellom 3,8 og 4,7 problembrukere av kokain pr. 1 000 voksne. Ifølge de nyeste dataene fra Spania var det i 2002 mellom 4,5 og 6 problembrukere av kokain pr. 1 000 voksne (15–64 år). Anslagene over problembrukere av kokain undervurderer sannsynligvis populasjonen som trenger behandling eller kortvarige intervensjoner, fordi sosialt integrerte problembrukere kan være underrepresentert i datakildene som brukes.

I Europa i 2007 oppga omlag 17 % av alle klienter i behandling at kokain, hovedsakelig kokainpulver, var den viktigste grunnen til å påbegynne behandling for narkotikabruk, noe som tilsvarer ca. 61 000 rapporterte tilfeller i 25 europeiske land. Av dem som påbegynner behandling for første gang, er andelen som oppgir kokain som primærrusmiddel, høyere (22 %).

Det er store forskjeller landene imellom når det gjelder andelen av kokainklienter av både alle klienter og nye klienter. Spania rapporterer den høyeste andelen av alle klienter (45 %) og av nye klienter (60 %), etterfulgt av Nederland (hhv. 32 % og 29 %) og Italia (23 % og 26 %). I Belgia, Irland, Kypros, Luxembourg og Storbritannia representerer kokainklientene mellom 11 % og 13 % av alle narkotikaklienter og mellom 11 % og 19 % av nye klienter. Andre steder i Europa står kokain for under 10 % av narkotikaklientene. Syv land rapporterer om en andel på under 1 % ⁽⁹⁸⁾.

Antallet klienter som påbegynner narkotikabehandling for kokain som primærrusmiddel, har gått opp i Europa i flere år, men trenden er sterkt influert av enkelte land. I perioden 2002–2007 var det Spania, Irland og Italia som rapporterte forholdsvis størst økning i forhold til antallet nye klienter. I de landene som har et tilstrekkelig datatilfang til at trender kan analyseres over tid, gikk andelen klienter som påbegynte narkotikabehandling og som oppga kokain som primærrusmiddel, av alle klienter opp fra 13 % til 19 % (basert på 18 land) ⁽⁹⁹⁾. For nye klienter gikk andelen opp fra 17 % til 25 % (basert på 19 land). Siden 2005, av de landene som hadde de høyeste andelen kokainklienter, rapporterer Spania og Italia om en stabil situasjon, mens Nederland har en synkende andel av nye klienter som søker behandling for kokain. Men i andre land, som Danmark, Irland, Hellas og Portugal, stiger denne andelen ⁽¹⁰⁰⁾.

Klientprofil

Nesten alle kokainklienter rapporteres av polikliniske behandlingssentre, men en del kokainbrukere kan også bli behandlet i privatklinikker, som knapt er representert i dagens overvåkingssystem.

Kokainklientene er en av de gruppene hvor det er flest menn i forhold til kvinner (fem menn for hver kvinne) og en av de høyeste gjennomsnittsalderne (ca. 32 år) av alle klienter i narkotikabehandling. Dette gjelder særlig i en del land som har mange klienter med kokain som primærrusmiddel, og spesielt Italia, der kjønnsfordelingen er 8:1 og gjennomsnittsalderen er 35 år. Nesten

⁽⁹⁷⁾ Se "Crackbruk i Europa", s. 67.

⁽⁹⁸⁾ Se figur TDI-2 og tabell TDI-5 (del i) og (del ii) i Statistiske opplysninger 2009. Data for Spania viser til 2006.

⁽⁹⁹⁾ Bare klienter som oppga bruk av opioider, cannabis, kokain eller andre sentralstimulerende midler er inkludert.

⁽¹⁰⁰⁾ Se figur TDI-1 og TDI-3 og tabell TDI-3 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

Crackbruk i Europa

I Europa finnes kokain i to former: som kokainpulver (kokain HCl, et hydrokloridsalt) og crack (en fribase), som er mindre utbredt. Crack blir typisk røykt og er kjent for å gi en intens, euforisk følelse som kan føre til problematiske bruksmønstre. Generelt framstilles crack fra kokain HCl i nærheten av der det selges og brukes.

Bruken av crack begynte å bre om seg i USA i midten av 1980-årene, gjerne i belastede områder i storbyer, og berørte etniske minoriteter i uforholdsmessig grad. Man har fryktet at et tilsvarende fenomen kunne oppstå i Europa, men så langt har det ikke vært observert noen alvorlige crack-epidemier.

Crack brukes imidlertid i en del byer i Europa, men det er vanskelig å si noe eksakt om fenomenets utbredelse. Rapporter om situasjonen i London (GLADA, 2004) og Dublin (Connolly et al., 2008) antyder også at det kan være en økning på gang. I London anses bruk av crack som en viktig komponent i byens narkotikaproblem, og økningen i bruken av crack siden midten av 1990-tallet tilskrives hovedsakelig en voksende populasjon av opioidbrukere som i tillegg bruker crack.

De fleste behandlingssøknadene som gjelder crack, og de fleste beslagene av stoffet rapporteres av Storbritannia. I en studie ble antallet problembrukere av crack i England anslått til 5,2–5,6 pr. 1 000 voksne innbyggere i 2006–07. Betydelige problemer med crack er også rapportert fra byer i andre europeiske land.

Bruk av crack finner oftest sted blant marginaliserte og ressurssvake grupper som sexarbeidere og problembrukere av opioider, og en del land rapporterer crackbruk i enkelte etniske minoritetsgrupper (f.eks. Frankrike, Nederland, Storbritannia). Blant sosialt integrerte personer, inklusive personer som regelmessig bruker kokain i pulverform, er bruk av crack svært sjelden (Prinzleve et al., 2004). Likevel er crackbruken i enkelte grupper så hardnakket at det fortsatt er risiko for spredning til større deler av befolkningen.

halvparten av kokainklientene begynner å bruke kokain før fylte 20 år, og 88 % før fylte 30. Store tidsforsinkelser (9–12 år) fra første gangs bruk av kokain og første gangs inntak til behandling rapporteres fra Spania, Italia og Nederland (¹⁰¹).

De fleste kokainklientene sniffer (55 %) eller røyker (32 %) rusmiddelet, og under 7 % rapporterer at de injiserer det (¹⁰²). En analyse gjennomført i 14 land i 2006 avslørte at ca. 63 % av kokainklientene er blandingsbrukere. Av disse bruker 42 % også alkohol, 28 % cannabis og 16 % heroin. Kokain nevnes også ofte som sekundærrusmiddel, særlig av klienter som primært har et heroinproblem (28 %) (¹⁰³).

For 2007 rapporteres det at om lag 8 000 klienter ble inntatt i poliklinisk behandling for bruk av crack som primærrusmiddel, noe som representerer 15 % av alle kokainklienter og 2,7 % av alle narkotikaklienter i poliklinisk behandling. Flest crackklienter (ca. 6 500) rapporteres av Storbritannia, hvor de står for 45 % av alle kokainklienter i behandling. Nesten en firedel (22 %) av klientene som har crack som primærrusmiddel, bruker også heroin, og disse klientene rapporterer høye nivåer av arbeidsledighet og hjemløshet (¹⁰⁴).

Det er identifisert to hovedgrupper kokainklienter i behandling: sosialt integrerte personer som bruker kokainpulver, og en mer marginalisert gruppe klienter som bruker kokain, ofte crack, i kombinasjon med opioider. Den første gruppen rapporterer typisk at de sniffer stoffet og noen ganger bruker det sammen med andre rusmidler som alkohol eller cannabis, men ikke med opioider. En del av medlemmene av denne gruppen henvises til behandling av strafferettssystemet. Den andre gruppen rapporterer ofte om injisering av narkotika, bruker både kokain og opioider, røyker noen ganger crack, har svak helse og lever i en sosialt prekær situasjon. I denne gruppen finner man også tidligere heroinbrukere som kommer inn i behandlingsapparatet igjen for kokainbruk.

Behandling og skadereduksjon

Behandling

I Europa er det offentlige behandlingsapparatet for narkotikaavhengighet oftest innrettet på opioidbrukernes behov, og sentrene som fokuserer på behandling av kokainbrukere, er få og ofte private. En del land (f.eks. Irland, Italia, Spania) har imidlertid implementert strategier eller behandlingsprogrammer rettet mot kokainbrukere, og Frankrike er i ferd med å utvikle slike programmer.

Det at kokainbrukerne utgjør en så uensartet gruppe, med tilsvarende forskjellige problemer og behov, gjør det vanskelig å organisere og levere behandlingstilbudet til dem som trenger det. Visse grupper av kokainbrukere er vanskelige å nå og derfor vanskelige å få inn i behandling. For eksempel vil marginaliserte sprøytebrukere og crackbrukere ofte ikke frivillig søke behandling. Dette er bakgrunnen for at Irland har anbefalt oppsøkende virksomhet og andre tiltak for å få flere brukere som man ellers ikke ville nådd, inn i behandlingsapparatet (Connolly et al., 2008).

^[101] Se tabell TDI-10, TDI-11 (del iii), TDI-21 og TDI-103 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

^[102] Se tabell TDI-17 (del iv) i Statistiske opplysninger 2009.

^[103] Se Utvalgt aspekt om blandingsbruk.

^[104] Se "Crackbruk i Europa" og tabell TDI-7 og TDI-115 i Statistiske opplysninger 2009.

Oppsøkende behandlingstiltak kan også være nyttige for visse grupper. Et eksempel på dette finnes i en nederlandsk studie rettet mot marginaliserte crackbrukere. Behandlingsprogrammet oppnådde høy gjennomføringsgrad og behandlingstilfredshet hos klientene. Behandlede personer rapporterte forbedringer i helse, levekår, familiære og sosiale relasjoner så vel som psykiatrisk status (Henskens et al., 2008).

Sosialt integrerte kokainbrukere kan også være vanskelig å få i behandling. For eksempel kan de synes at deres behov ikke blir ivare tatt i behandlingstjenester som har opioidbrukere som viktigste klientell. En del land rapporterer om tiltak for å bøte på dette. Det italienske prosjektet "Progetto nazionale cocaina", som ble iverksatt i 2007, tilbyr f.eks. spesialiserte tjenester med åpningstider som passer bedre for sosialt integrerte kokainbrukere og deres familier (f.eks. etter arbeidstid). En tilsvarende tilnærming rapporteres fra Irland, hvor egne tiltak er utviklet som vil være mer interessante for brukere av kokainpulver.

Det er også viktig å holde problembrukere av kokain og crack i behandling, fordi intensiv kokainbruk er forbundet med atferdsmessige, sosiale og psykiske funksjonsforstyrrelser (f.eks. impulsiv og aggressiv atferd) og i enkelte grupper med en kaotisk livsstil og en sterkt redusert fysisk og psykisk helse. Å sikre regelmessig oppmøte på behandlingstimene og en meningsfull terapeutisk dialog oppleves som vanskelig av behandlerne (Connolly et al., 2008). Bruk av kokain kan også forstyrre avhengighetsbehandlingen for andre rusmidler og gjøre det vanskelig å beholde oppnådd rusfrihet fra heroin. I Tyskland er f.eks. samtidig bruk av kokain identifisert som en avgjørende faktor hos dem som dropper ut av substitusjonsbehandling med opioider.

Å trekke brukere inn i behandlingsapparatet og holde på dem er også vanskelig i en kontekst der det ikke finnes noen bestemt psykososial intervensjon hvis effektivitet er solid dokumentert, og det ikke finnes effektiv behandling med legemidler for å hjelpe avhengige brukere til å holde seg rusfrie eller redusere bruken i denne perioden.

Dette kan omgås ved å utvikle spesielle behandlingsprogrammer og opplæringskurs tilpasset de problemene som forbindes med kokain- og crackbruk. Kokainspesifikk opplæring for behandlingspersonalet rapporteres fra Irland, Italia og Storbritannia. Dessuten rapporterer 11 medlemsstater, også alle de med høye nivåer av kokainbruk og behandlingsbehov, at kokain- og crackbrukere tilbys spesifikke behandlingsprogrammer parallelt med tradisjonelle behandlingstilbud. Mens nasjonale eksperter fra Italia, Portugal, Slovenia og

Storbritannia har anslått at disse programmene er tilgjengelige for de fleste kokainbrukere som trenger behandling, anslår imidlertid eksperter fra Danmark, Tyskland, Irland, Østerrike, Nederland, Frankrike og Spania at slike programmer bare er tilgjengelig for et mindretall.

Etter en periode der nesten all forskning har kommet fra USA, utføres det nå flere europeiske studier av behandling av kokainavhengighet. I Storbritannia undersøker en klinisk studie effektiviteten av kognitiv atferdsterapi sammen med læringsbasert rusbehandling (se EONN, 2008b) hos brukere som har kokain som primær rusmiddel. Ifølge en fersk Cochrane-gjennomgang har denne kombinasjonen gitt de beste resultatene for behandling av avhengighet av sentralstimulerende midler (Knapp et al., 2007). En annen klinisk studie i Storbritannia undersøker effektiviteten av modafinil, kombinert med en belønnings- og læringsbasert rusbehandling, hos pasienter som får substitusjonsbehandling med opioider og bruker crack. Flere studier har allerede vist at modafinil har et terapeutisk potensial når det brukes som erstatningsstoff ved avhengighet av sentralstimulerende midler.

I Nederland foregår det nå fem kliniske studier som ser på effektiviteten av en rekke farmasøytiske virkestoffer i behandlingen av kokainavhengighet, inkludert deksamfetamin og modafinil. En annen nederlandsk studie har undersøkt kombinasjonen av såkalt "Community Reinforcement Approach" med læringsbasert rusbehandling hos klienter med kokainavhengighet som får substitusjonsbehandling med opioider. Resultatene har vist en signifikant reduksjon i kokainforbruket sammenlignet med standardbehandlingen.

Endelig blir effektiviteten av kokainvaksinen TA-CD undersøkt i en felles spansk-italiensk multisenter studie. Dette er den største studien som er gjort på vaksinen til dags dato, med flere hundre frivillige deltakere. Innledende sikkerhetsstudier av TA-CD-vaksinen som er gjort i USA, har vist en nedgang i subjektive effekter av kokain og redusert bruk av rusmiddelet, i tillegg til økt gjennomføringsgrad av behandlingen.

Skadereduksjon

Skadereduksjonstiltak rettet mot problembrukere av crack og kokain er et nytt arbeidsfelt i mange av medlemsstatene. En grunn til at det er så få tiltak på dette området, særlig for crackbrukere, kan være mangel på kunnskap blant sentrale fagfolk om dette rusmiddelet og om målgruppen og deres behov.

Medlemsstatene tilbyr vanligvis kokaininjiserende brukere de samme tjenestene og tilbudene som for opioidbrukere, dvs. anbefalinger om tryggere bruk, opplæring i tryggere

sprøytebruk samt sprøytebytteprogrammer. Imidlertid kan kokaininjisering være forbundet med høyere risiko for deling av injeksjonsutstyr og med hyppig injisering, som kan føre til venekollaps og til at sprøyten settes i andre deler av kroppen som medfører høyere risiko (f.eks. bein, hender, føtter eller lysken). Derfor bør anbefalingene for tryggere bruk ta hensyn til disse risikoene. I enkelte land (f.eks. Belgia, Frankrike) har en del lavterskeltiltak tilbud om rene crackpiper.

Skadereduserende tiltak rettet mot kokainbrukere i rekreasjonsmiljøer, fokuserer hovedsakelig på bevisstgjøring. Programmene gir unge mennesker råd og informasjon om risikoen forbundet med alkohol- og narkotikabruk generelt og omfatter vanligvis materiell om risikoen forbundet med kokainbruk.

Kapittel 6

Opioidebruk og injeksjonsbruk

Innledning

Heroinbruk, særlig injeksjonsbruk, har siden 1970-tallet vært tett forbundet med problematisk bruk av narkotika i Europa. I dag er dette rusmiddelet fortsatt årsaken til størsteparten av all sykdom og død forbundet med narkotika i Den europeiske union. I løpet av de siste ti årene har det vært en nedgang i heroinbruken og problemene i den forbindelse, men nyere data tyder på at denne trenden kan være i ferd med å snu i en del land. Dessuten tyder rapporter om bruk av syntetiske opioider, som fentanyl, og injisering av sentralstimulerende midler, som kokain og amfetamin, på en utvikling der problematisk bruk av narkotika i Europa antar stadig nye former.

Tilbud og tilgjengelighet

I Europa har historisk sett to former for importert heroin blitt tilbudt på det illegale narkotikamarkedet: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig kommer fra Afghanistan, og den hvite heroinen (i saltform), som typisk kommer fra Sørøst-Asia, selv om denne formen er mye mindre vanlig ⁽¹⁰⁵⁾. I tillegg produseres noen opioider, hovedsakelig hjemmeproduserte valmueprodukter (f.eks. valmuehalm, konsentrater av knuste stengler eller frøkapsler), i en del av de østeuropeiske landene (f.eks. Latvia, Litauen).

Produksjon og handel

Heroinen som brukes i Europa kommer for det alt overveiende fra Afghanistan, som står for det meste av den globale illegale opiumproduksjonen. De andre produsentlandene er Myanmar (som hovedsakelig forsyner markeder i Øst- og Sørøst-Asia), Pakistan og Laos, etterfulgt av Mexico og Colombia, som betraktes som de største leverandørene av heroin til USA (UNODC, 2009). Den globale opiumproduksjonen antas å ha gått ned siden toppen i 2007, først og fremst som følge av redusert afghansk produksjon, fra 8 890 tonn til om lag 8 000 tonn i 2008. Det nyeste anslaget over den potensielle globale heroinproduksjonen er 735 tonn i 2007 (UNODC, 2009). Det økende antallet laboratorier

som er ødelagt i Afghanistan de siste par årene, tyder på at opiumen i stadig større grad omdannes til morfin eller heroin inne i Afghanistan. Store beslag av opium og morfin i naboland (Pakistan, Iran) tilsier imidlertid at bearbeiding skjer i betydelig omfang også utenfor Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2009).

Heroinen føres inn i Europa langs to hovedruter, den historisk viktige Balkan-ruten med alle dens avgreininger, etter transitt gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia, hvor de største beslagene gjøres, og den "nordlige" ruten via Sentral-Asia og Den russiske føderasjon, der heroin sendes f.eks. direkte med tog til Polen (INCB, 2009a) eller Norge via Litauen. Det er også rapporter om sekundære ruter for heroin fra Sørvest-Asia, f.eks. fra Afghanistan og Pakistan

Tabell 9: Produksjon, beslag, priser og renhet på heroin

Produksjon og beslag	Heroin
Globalt potensielt produksjonsestimat (tonn) ⁽¹⁾	735
Globale beslag	
Heroin (tonn)	65
Morfin (tonn)	27
Beslaglagte kvanta (tonn)	
EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	8.8 (22)
Antall beslag	
EU og Norge (inkl. Kroatia og Tyrkia)	56 000 (58 000)
Priser og renhet i Europa	Brun heroin
Gjennomsnittlig detaljpris (EUR pr. gram)	
Spredning (Interkvartil avstand) ⁽²⁾	14–119 (35–77)
Gjennomsnittlig renhet (%)	
Spredning (Interkvartil avstand) ⁽²⁾	9–50 (16–27)
⁽¹⁾ UNODCs tall er basert på eget estimat av global produksjon av illegal opium (8 870 tonn i 2008) (UNODC, 2009).	
⁽²⁾ Verdier i midterste halvdel av rapportert gjennomsnittspris eller -renhet.	
NB: Dataene gjelder 2007, bortsett fra for globalt potensielt produksjonsestimat.	
Kilder: UNODC World drug report (2009) for globale data, nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet for europeiske data.	

⁽¹⁰⁵⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 39.

luftveien gjennom land i Midtøsten og Øst-Afrika til illegale markeder i Europa (INCB, 2009a; WCO, 2008). Heroin fra Sørvest-Asia smugles også direkte til Europa (Storbritannia) med fly fra Pakistan. I Den europeiske union spiller Nederland og i noen mindre grad Belgia en viktig rolle som sekundære distribusjonspunkter (Europol, 2008).

Beslag

I 2007 var det en markant økning i opiumbeslagene på verdensbasis, til 510 tonn. Iran sto for 84 %. Globale beslag av morfin falt til 27 tonn, mens globale heroinbeslag økte noe, til 65 tonn. De største beslagene av heroin ble rapportert av Iran (25 % av globale kvanta), etterfulgt av Tyrkia og Afghanistan (UNODC, 2009).

I de anslagsvis 58 000 beslagene som ble gjort i Europa i 2007, ble det tatt 22 tonn heroin. Storbritannia rapporterte fortsatt om det største antallet beslag, mens Tyrkia nok en gang rapporterte de største beslaglagte kvanta – 13,2 tonn ble tatt i 2007 ⁽¹⁰⁶⁾. Data for årene 2002 til 2007 fra 25 rapporterende land tyder på at etter en nedgang det første året har antallet beslag økt jevnt siden 2003. Trenden for størrelsen på heroinbeslagene i Tyrkia avviker fra trenden i Den europeiske union. Mens Tyrkia rapporterte om en femdobling i beslaglagte kvanta heroin i perioden 2002–2007, har mengdene beslaglagt i Den europeiske union i samme periode generelt gått ned, dog med en økning fra 2006 til 2007.

De globale beslagene av eddiksyre (som brukes i produksjonen av heroin) økte til 56 300 liter i 2007. Nesten halvparten ble tatt i Russland (25 000 liter), etterfulgt av Tyrkia (13 300 liter) og Slovenia (6 500 liter) (INCB, 2009b). FNs internasjonale komité for narkotikakontroll INCB anslår at "nærmere 80 %" av eddiksyren som brukes i afghanske laboratorier, smugles fra Øst- og Sørøst-Europa, og anmoder derfor Europakommisjonen og EUs medlemsstater om å forhindre ulovlig spredning av eddiksyre fra det indre marked (INCB, 2009a).

Renhet og pris

I 2007 varierte gjennomsnittlig renhet for brun heroin i de fleste rapporterende landene mellom 15 % og 30 %, selv om en renhet på under 15 % ble rapportert fra Frankrike (12 %) og Østerrike (9 %) og høyere renhet ble funnet i Storbritannia (50 %) og Norge (35 %). Den typiske renheten for hvit heroin var generelt høyere (30–50 %) i de få europeiske landene som la fram data ⁽¹⁰⁷⁾.

Heroinprisene på forskjellige nivåer av markedet

Å overvåke narkotikaprisene er et viktig verktøy for å forstå narkotikamarkedene. EONN samler inn data om detaljpriser, vanligvis uttrykt i euro pr. gram, dose eller pille. På grunnlag av denne informasjonen kan man beregne prisen en bruker typisk vil betale i et europeisk land for å få et gitt narkotisk stoff. Endringer i prisene over tid kan være en pekepinn på endringer i forsyningssituasjonen eller i etterspørselen etter narkotika. Informasjon om grossistpriser, dvs. den prisen langene betaler til de største forhandlerne på markedet hvor det narkotiske stoffet brukes, er en annen nyttig indikator som kan gi innsikt i fortjenesten i markedet.

Sammenlignbare data om både grossist- og detaljpriser for 2007 er tilgjengelige bare for et fåtall land (Tsjekkia, Tyskland, Spania, Romania, Storbritannia). Blant disse landene varierer rapportert grossistpris for heroin fra EUR 12,5 til EUR 35,8 pr. gram, og gjennomsnittlig detaljpris, der slike data finnes, fra EUR 36 til EUR 62,7. Både på grossist- og detaljnivå i markedet rapporterer Romania de laveste prisene og Spania de høyeste. Forholdet mellom detaljist- og grossistpris er også sterkt varierende: fra 1,6:1 i Tsjekkia til 2,8:1 i Storbritannia. Mulige forskjeller i stoffets renhet, enten mellom land, mellom nivåer i markedet eller over tid, gjør at sammenligninger må gjøres med varsomhet. Likevel vil analyser på dette området gi mange opplysninger, særlig om trender over tid, ettersom det vil avdekke større endringer i markedet.

Detaljprisen på brun heroin var også nå høyere i de nordiske landene enn i resten av Europa. Sverige rapporterer om en gjennomsnittspris på EUR 119 pr. gram og Danmark EUR 96. I ti andre land varierte detaljprisen for brun heroin mellom EUR 30 og EUR 80 pr. gram, og i Tyrkia var gjennomsnittsprisen EUR 15. I perioden 2002–2007 har detaljprisen på brun heroin falt i syv av de 12 europeiske landene som har lagt fram tidstrender, og økt i fem. Detaljprisen på hvit heroin rapporteres kun av et par europeiske land, der den lå mellom EUR 31 og EUR 151 pr. gram.

Prevalensestimater for problematisk bruk av opioider

Dataene i denne delen er utledet fra EONNs indikator for problematisk bruk av narkotika (PDU), som hovedsakelig omfatter injeksjonsbruk og bruk av opioider. I noen land er amfetamin- eller kokainbruk også en viktig komponent. Det er verdt å merke seg at mange land rapporterer at de fleste "problembrukere av opioider" kan beskrives som

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabell SZR-7 og SZR-8 i Statistiske opplysninger 2009. Merk at der data for 2007 mangler, brukes tilsvarende data for 2006 som grunnlag for totalanslag for Europa. Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2007.

⁽¹⁰⁷⁾ Se tabell PPP-2 og PPP-6 i Statistiske opplysninger 2009 for data om styrke og pris.

blandingsbrukere som også bruker opioider. Gitt den relativt lave prevalensen og at denne typen rusmiddelbruk omtrent pr. definisjon foregår i det skjulte, er det nødvendig å foreta statistiske ekstrapoleringer for å utarbeide prevalenstall på grunnlag av tilgjengelige datakilder.

Estimater av utbredelsen av problematisk opioidbruk i europeiske land i perioden 2002–07 varierer grovt regnet fra 1 til 6 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64. Generelle anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika varierer fra under 3 til 10 tilfeller pr. 1 000. De landene som rapporterer de laveste veldokumenterte anslagene over problematisk opioidbruk er Tsjekkia, Latvia, Polen og Finland (selv om både Tsjekkia og Finland har et stort antall problembbrukere av amfetamin), og de høyeste anslagene kommer fra Malta, Italia, Østerrike og Spania (figur 10).

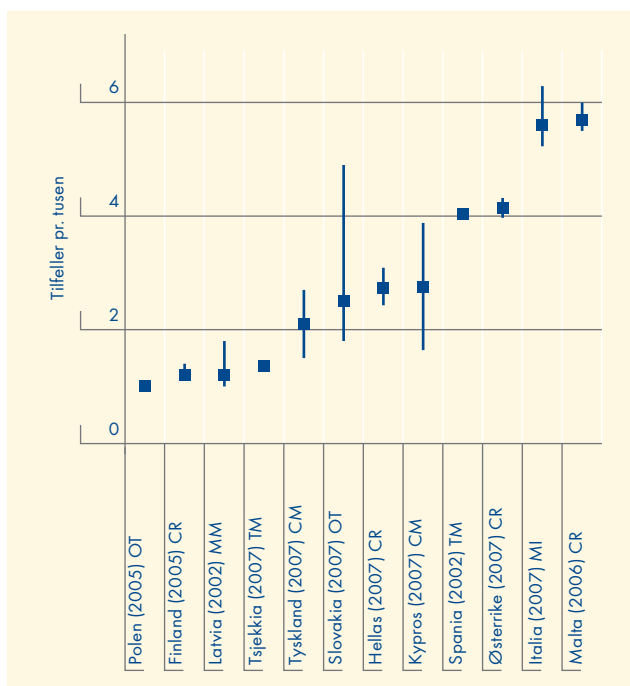
Gjennomsnittlig prevalens av problematisk opioidbruk i de landene som har lagt fram data, er anslått til mellom 3,6 og 4,6 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64. Forutsatt at dette gjenspeiler hele EU, innebærer det at det fantes om lag 1,4 millioner (1,2–1,5 millioner) problembbrukere av opioider i EU og Norge i 2007⁽¹⁰⁸⁾. Problembbrukere av opioider som er i fengsel, særlig de som soner lange dommer, kan være underrepresentert i dette anslaget.

Opioidbrukere i behandling

I Europa oppgis fortsatt opioider, hovedsakelig heroin, som primærrusmiddel av de fleste som søker behandling. Det er imidlertid store forskjeller i Europa når det gjelder andelen narkotikabrukere som påbegynner behandling, som har problemer relatert til disse stoffene. Opioidklientene utgjør over 90 % av alle som inntas til behandling i Bulgaria og Slovenia, mellom 50 % og 90 % i 15 land, og mellom 10 % og 49 % i ni andre land⁽¹⁰⁹⁾. Totalt sett, av de til sammen 325 000 brukerne som påbegynte behandling og for hvilke primærrusmiddelet er kjent, oppga 49 % heroin som primærrusmiddel. Hvis andre opioider også tas med, stiger dette tallet til 55 %⁽¹¹⁰⁾. I enkelte land har både andelen og antallet brukere som inntas til behandling for bruk av andre opioider enn heroin, gått opp i de siste årene⁽¹¹¹⁾.

Mange opioidbrukere er innskrevet i programmer som sikrer langtidsomsorg. Dermed utgjør klienter som har opioider som primærrusmiddel, en høyere andel av alle narkotikabrukere i behandling. En fersk analyse i 14 land

Figur 10: Årlige prevalenstimer av problematisk bruk av opioider (pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64)



NB: Punkt viser til et punkttestimat, og en strek viser et usikkerhetsintervall – et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en følsomhetsanalyse. Målgruppene kan variere noe avhengig av beregningsmetode og datakilder. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Ikke-standard aldersspredning ble brukt i studiene fra Finland (15–54), Malta (12–64) og Polen (alle aldre). Alle tre tallene er justert til befolkningen i aldersgruppen 15–64, idet det forutsettes at narkotikabruken i andre aldersgrupper vil være ubetydelig. For Tyskland og Kypros representerer intervallene høyeste og laveste verdi av alle eksisterende estimater, og punkttestimatet et enkelt gjennomsnitt av midtverdiene. Beregningsmetodene er forkortet slik: CR = Capture-Recapture, TM = Treatment Multiplier, MI = Multivariate Indicator, MM = Mortality Multiplier, CM = Combined Methods, OT = Other Methods. Se figur PDU-1 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009 for ytterligere opplysninger.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

av data om klienter som er i behandling, fant at klienter som har opioider som primærrusmiddel, utgjorde 61 % av alle narkotikaklienter i behandling, men bare 38 % av klienter som inntas til behandling for første gang⁽¹¹²⁾. Prosentandelen klienter med opioider som primærrusmiddel av alle klienter som hadde vært i behandling i mer enn ett år, ble rapportert å være over 50 % i alle land som deltok i studien.

Klienter som påbegynte behandling for opioider som primærrusmiddel, rapporterer ofte bruk av andre rusmidler. En analyse av data fra 14 land utført i 2006, fant at 59 % av heroinklientene bruker et

⁽¹⁰⁸⁾ Anslaget er nedjustert fra 1,5 til 1,4 millioner på grunnlag av nyere data. På grunn av store konfidensintervaller og det at anslaget er basert på data fra forskjellige år, er det ikke mulig å konkludere at det nye anslaget indikerer en nedgang i prevalensen av problematisk opioidbruk i Europa.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-113 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹¹¹⁾ Se "Misbruk av reseptbelagte opioider", s. 76.

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-38 i Statistiske opplysninger 2009.

Insidens av problematisk bruk av opioider

Overvåking av insidensen av problematisk narkotikabruk — antallet personer som begynner å bruke et stoff i løpet av et gitt år, og som blir problembrukere — er nødvendig for å kunne måle trender i narkotikasituasjonen i Europa og utarbeide egnede retningslinjer og tiltak.

EONN har oppfordret til forskning for å få anslag over insidensen av problematisk narkotikabruk og har nylig utgitt retningslinjer for dette (Scalia Tomba et al., 2008). I samarbeid med universitetet i Zürich har EONN også lansert en studie for å teste en ny "éndagsmetode" basert på fordelingen av latenstid (tid fram til behandling) i et tverrsnitt av behandlede heroinbrukere. Metoden, General Inclusion Function (GIF), bruker en funksjon som beskriver sannsynligheten for å være i substitusjonsbehandling dersom det ikke er noen begrensninger på tilgangen til behandling, som tar hensyn til latenstid, dødelighet og prosent som oppnår rusfrihet. Estimaterne kan utledes fra behandlingsdata for en enkelt dag, mens etablerte metoder trenger lange tidsserier over minst åtte–ti år.

Studien ble gjennomført i seks EU-medlemsstater (Spania, Italia, Malta, Nederland, Slovakia, Storbritannia) og tilsier at GIF-metoden gjør det mulig å beregne insidensen av problematisk heroinbruk selv der datasettene for substitusjonsbehandling er ufullstendige. I minst fem regioner tillot insidensestimaterne beregning av prevalensestimater som samstemte meget godt med eksisterende estimater (f.eks. med capture-recapture-metoden).

GIF-metoden virker robust og kan, sammen med insidensestimater, også gi kostnadseffektive estimater av prevalensen av problematisk opioidbruk og av behandlingsdekning for substitusjonsbehandling, og endringer over tid. Framtidig arbeid kan omfatte studier i andre EU-land, analyser av geografiske forskjeller, etter kjønn og inntaksmåte.

sekundærrusmiddel, hovedsakelig kokain (28 %), cannabis (14 %) og alkohol (7 %) (¹¹³).

Trender for problematisk bruk av opioider

Det begrensede antallet repeterte estimater av insidensen og prevalensen av problematisk bruk av opioider, i tillegg til den statistiske usikkerheten som fester ved enkeltestimater, bidrar til at det er vanskelig å overvåke tidstrender. Data fra ni land med repeterte prevalensestimater i perioden 2002–07 tilsier at situasjonen er relativt stabil. En tilsynelatende økning

observert i Østerrike fram til år 2005, er ikke bekreftet i nyere data. Andre steder finnes det informasjon som kan peke mot endringer i den senere tid. På Kypros tyder et anslag gjort i 2007 på at det har vært en signifikant økning i problematisk bruk av opioider, noe som er blitt knyttet til en økning i antallet utenlandske statsborgere i behandlingsapparatet (¹¹⁴). Informasjon fra det franske "TREND"-systemet, som baserer seg både på kvalitative og kvantitative data, peker på en spredning av heroin til nye brukergrupper, herunder sosialt integrerte personer og deltakere på technofester, noe som vekker bekymring.

Selv om det ikke alltid finnes tilstrekkelige og oppdaterte estimater av insidensen og prevalensen av problematisk bruk av opioider, kan det likevel være mulig å analysere trender over tid ved å bruke andre, først og fremst indirekte, indikatorer, f.eks. data for etterspørsel etter behandling. Basert på et utvalg av 19 land var det en økning i det totale antallet brukere, med heroin som primærrusmiddel, som ble tatt inn i behandlingsapparatet i perioden 2002–2007. Settes tidsrammen senere, dvs. 2006–2007, hadde åtte land en økning både i antall brukere som ble inntatt til behandling for heroin som primærrusmiddel, og i den andel disse utgjorde av alle narkotikaklienter. Disse økningene kom ofte etter en klar nedgang i de foregående årene. Siden så tidlig som i 2004 har ti land dessuten rapportert om en økning både i andel og antall nye klienter som påbegynner behandling for heroin som primærrusmiddel (¹¹⁵).

Andre indikatorer understøtter denne analysen. Data om narkotikainduserte dødsfall i 2007, som for det meste er forbundet med opioidbruk, gir ingen indikasjoner på at den nedadgående trenden fram til 2003 vil komme tilbake (se kapittel 7). Mer enn halvparten av de rapporterende landene hadde registrert et økende antall narkotikainduserte dødsfall mellom 2006 og 2007 (¹¹⁶). Tilsvarende er nedgangen i antall heroinbeslag i Den europeiske union fram til 2003 nå erstattet av en jevn oppgang. I de nyeste dataene om narkotikalovbrudd observeres også en økning i antallet heroinrelaterte saker.

Tilgjengelige data tilsier at den nedadgående trenden i opioidindikatorer som ble observert til 2003, har flatet ut. Dette er kanskje tydeligst siden 2003, i beslag og narkotikainduserte dødsfall, og siden 2004 i nye behandlingssøknader relatert til heroinbruk. Disse trendene har inntruffet parallelt med økt opiumsproduksjon i Afghanistan, noe som vekker bekymring for at disse forholdene kan være koblet til hverandre gjennom økt tilgjengelighet av heroin på det europeiske markedet.

(¹¹³) Se Utvalgt aspekt om blandingsbruk fra 2009.

(¹¹⁴) Se tabell PDU-6 (del ii) og PDU-102 i Statistiske opplysninger 2009 for ytterligere opplysninger, herunder konfidensintervaller.

(¹¹⁵) Se tabell TDI-3 i Statistiske opplysninger 2009.

(¹¹⁶) Se tabell DRD-2 (del i) i Statistiske opplysninger 2009.

EONN: Utvalgt aspekt om injeksjonsbruk

Injeksjonsbruk er en av de fremste determinantene for alvorlige folkehelseproblemer blant narkotikabrukere, bl.a. HIV/AIDS, hepatitt C og overdose. Prevalensen av og trendene for injeksjonsbruk varierer fra en medlemsstat til en annen i Europa og kan endre seg over tid. Brukerne kan samtidig også anvende alternative måter for inntak (f.eks. røyking), og de kan skifte bruksmåte.

Dette Utvalgte aspektet fokuserer på situasjonen og trendene for injeksjonsbruk samt på spesifikke tiltak for injeksjonsbrukere i Europa. Publikasjonen drøfter også mulige mekanismer bak den reduserte injeksjonsbruken som er registrert i en del land eller regioner, og hvorfor nivåene fortsatt er høye (eller stigende) i andre regioner. Den drøfter også intervensjoner og politiske tiltak som tar sikte på å redusere injeksjonsbruken, og andre som tar sikte på å få brukerne til å bruke mindre skadelige inntaksmåter.

Dette Utvalgte aspektet vil finnes i trykt utgave og på internett, men bare på engelsk, fra desember 2009 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues/injecting-drug-use>).

Injeksjonsbruk

Prevalens av injeksjonsbruk

Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseproblemer som følge av sin narkotikabruk, som f.eks. blodbårne infeksjoner (f.eks. HIV/AIDS og hepatitt) og narkotikainduserte dødsfall. Bare 12 land var i stand til å legge fram nye anslag over omfanget av injeksjonsbruk ⁽¹¹⁷⁾, til tross for sprøytebrukens betydning for folkehelsen. Å heve nivået på informasjonen som er tilgjengelig om denne spesielle gruppen, er fortsatt en viktig utfordring i arbeidet med å utvikle systemer for kartlegging av helsesituasjonen i Europa.

Tilgjengelige anslag tyder på at det er store forskjeller mellom landene i utbredelsen av injeksjonsbruk. Estimaten varierer fra under 1 til 5 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år for de fleste land, med et eksepsjonelt høyt nivå i Estland, hvor det er 15 tilfeller pr. 1 000.

Mangel på data gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om tidstrender i utbredelsen av sprøytebruk, selv om tilgjengelige data tyder på en stabil situasjon i Tsjekkia, Hellas, Storbritannia og Norge ⁽¹¹⁸⁾. På Kypros ble det også observert en økning.

Data fra undersøkelser om smittsomme sykdommer kan også gi informasjon om nasjonale forskjeller over tid når det gjelder sprøytebruk. Sammenligninger mellom land bør imidlertid gjøres med varsomhet ettersom rekrutteringsmiljøene er så forskjellige. Relativt høye andeler (over 20 %) av nye sprøytebrukere (som har injisert i under to år) er funnet i tre land, noe som muligens indikerer en betydelig nyrekruttering til sprøytebruk. I ti andre land lå denne andelen under 10 % ⁽¹¹⁹⁾. En annen indikator på nyere introduksjon til injisering er andelen unge sprøytebrukere (under 25) som er funnet i utvalgene. Unge under 25 utgjorde over 40 % av sprøytebrukerne i utvalgene i Tsjekkia, Estland, Latvia, Litauen, Østerrike, Romania og Slovakia, men under 20 % i utvalgene i 11 andre land.

Injisering blant opioidbrukere

Injisering rapporteres hyppig som den vanligste inntaksmåten blant opioidbrukere som tas inn til behandling. Sprøytebrukerne utgjør over halvparten av opioidklientene i de fleste landene, mellom 25 % og 50 % i syv land og under 25 % i fem land. Lavest andel sprøytebrukere av alle opioidbrukere som påbegynner behandling, rapporteres av Danmark og Nederland, og høyest av Litauen, Latvia og Romania ⁽¹²⁰⁾. Ut fra behandlingsrapporter synes det også som om det kan variere mye innad i et land hvor populært sprøytebruk er blant opioidbrukere. I de selvstyrte områdene i Spania varierer f.eks. andelen sprøytebrukere av alle nye opioidklienter fra 0,9 % til 47,2 %.

Av opioidbrukere som inntas til behandling for første gang, er andelen som rapporterer om sprøytebruk (42 %) lavere enn blant alle opioidbrukere som inntas til behandling (44 %). Dette er det samme i nesten alle de 22 landene som har sendt inn nasjonale rapporter. En analyse i 14 land av data om narkotikabrukere i behandling fant at hos alle narkotikabrukere i behandling, er sprøytebruken fortsatt høy, 62 %, men det er enkelte unntak, som Nederland, der dette tallet er nede på 6,1 % ⁽¹²¹⁾.

Andelen sprøytebrukere av alle heroinbrukere som inntas til behandling, fortsatte å falle i 2007. Denne trenden har nå også kommet til syne i en del land hvor den tidligere ikke var observert (f.eks. Tsjekkia, Tyskland). Fra 2002 til 2007 gikk andelen sprøytebrukere av alle klienter med opioider som primærusmiddel som påbegynte behandling, ned i de fleste landene. Tretten land rapporterer en statistisk

⁽¹¹⁷⁾ Se figur PDU-2 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabell PDU-6 (del iii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹¹⁹⁾ Se figur PDU-3 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹²⁰⁾ Se tabell PDU-104, TDI-5 og TDI-17 (del v) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹²¹⁾ Se tabell TDI-17 (del v) og TDI-38 i Statistiske opplysninger 2009.

Misbruk av reseptbelagte opioider

Opioider analgetika er de sterkeste legemidlene som finnes for å lindre alvorlige og kroniske smerter. Opioider brukes også som substitusjonsmidler i behandlingen av opioidavhengighet. Disse legemidlene, som er reseptpliktige, kan misbrukes, noe som kan føre til negative helseeffekter som: avhengighet, overdoser og skader forbundet med injisering. Reseptbelagte opioider kan komme ut på det illegale narkotikamarkedet ved at substitusjonsmidler brukes til andre formål. I USA synes internettapotek også å spille en betydelig rolle for tilgjengeligheten av reseptbelagte opioider (INCB, 2009a), mens de synes å spille en begrenset rolle i Europa. I Europa har økt forskrivning av substitusjonsmidler til opiatavhengige narkotikabrukere vært ledsaget av stadig flere rapporter om misbruk av disse legemidlene.

Andre opioider enn heroin rapporteres som primærrusmiddel for ca. 5 % (17 810) av klientene som påbegynner narkotikabehandling i Europa. De hyppigst rapporterte stoffene er: buprenorfin, som i Finland er registrert som primærrusmiddel i 41 % av alle søknader om behandling og i Frankrike 7 %; metadon, som representerer 18,5 % av alle behandlingssøknader i Danmark, og andre reseptbelagte opioider i Latvia, Østerrike og Sverige, hvor de står for mellom 5 % og 15 % av alle behandlingssøknader (!). Tsjekkia rapporterte om anslagsvis 4 250 problembrukere av buprenorfin i 2007. Dette viste framfor alt et skifte i de stoffene problembrukere av heroin tok, ikke en økning i den generelle prevalensen av problematisk opioidbruk. Det tyske Phar-Mon-systemet, som overvåker en lang rekke legemidler med misbrukspotensial, registrerte også en økning i misbruket av reseptpliktige opioider, der substitusjonsmidler spiller en viktigere rolle enn analgetika (Roesner og Küfner, 2007).

Misbruket av reseptbelagte opioider reiser viktige spørsmål når det gjelder å forebygge spredningen av substitusjonsmidler og opioider analgetika til det illegale markedet. Samtidig er det viktig å sikre at det ikke må bli vanskeligere å kunne bruke disse stoffene for sitt tiltenkte formål (Cherny et al., 2006).

(!) Se tabell TDI-113 i Statistiske opplysninger 2009.

signifikant nedgang. To land rapporterer imidlertid en økning i denne perioden (Bulgaria, Slovakia) (¹²²).

Andre studier bekrefter generelt en nedadgående trend når det gjelder injisering blant opioidbrukere. F.eks. har man i Frankrike siden 2001 i behandlingsdataene observert en fallende prevalens av injisering, og studier viser at introduksjon til heroinbruk stadig oftere er forbundet med sniffing, og at injisering nå synes å finne sted på et senere stadium i brukerkarrieren enn tidligere.

Tilleggslidelser: narkotikabruk og psykiske lidelser

Med tilleggslidelser, komorbiditet, menes samtidig, og ofte uregistrert, forekomst av rusmiddelproblemer og psykiatriske lidelser hos en person. Studier har identifisert både høyere prevalens av psykiatriske problemer blant pasienter som får narkotikabehandling og høyere prevalens av narkotikaproblemer blant pasienter i psykiatriske tjenester (EONN, 2005).

De psykiske lidelsene som oftest rapporteres blant narkotikabrukere i Europa, er bl.a. depresjon, angst, schizofreni, personlighetsforstyrrelser og ADHD. Behandlingstilbudet for narkotikabrukere med tilleggslidelser i Europa er begrenset. Nasjonale eksperter rapporterer at særskilte programmer finnes i 18 land, men i 14 av disse er de tilgjengelige bare for et mindretall av klientene som trenger det. Syv andre land har ingen egne programmer i det hele tatt, men fem av dem planlegger å utvikle slike tiltak i løpet av de kommende tre årene.

En europeisk prospektiv, multisenterstudie (Isadora) som nylig ble gjennomført, gjaldt pasienter med dobbeltdiagnose i akuttpsykiatriske avdelinger (!). Funnene fra denne studien viser hvor vanskelig det er å gjennomføre sammenlignende analyser på dette området, og understreker behovet i Europa for en mer harmonisert tilnærming til diagnostisering, behandling og studier som involverer pasienter med tilleggslidelser (Baldacchino et al., 2009).

(!) <http://isadora.advsh.net/>

Behandling for problematisk bruk av opioider

Gjennomsnittsalderen på klienter som for bruk av opioider som primærrusmiddel, tas inn i det polikliniske behandlingsapparatet er 33 år, og nesten alle landene har rapportert om økning siden 2003 (¹²³). Kvinnelige klienter, opioidbrukere som påbegynner behandling for første gang, og klienter i de medlemsstatene som har blitt med i EU siden 2004, er i snitt yngre enn sine motparter.

Kvinnelige brukere identifiseres som en særlig utsatt gruppe. Generelt er forholdet menn til kvinner blant opioidklienter 3,5:1, men kvinnene utgjør en større andel i landene i nord (f.eks. Sverige, Finland) og en lavere andel i landene i sør (f.eks. Hellas, Italia, Portugal) (¹²⁴).

Opioidbrukere som påbegynner behandling, rapporterer om høyere arbeidsledighet og lavere utdanningsnivå enn andre klienter (se kapittel 2). For denne populasjonen rapporteres høye nivåer av psykiatriske lidelser. En italiensk studie fant f.eks. at de fleste (72 %) klientene

(¹²²) Se tabell TDI-4 og TDI-5 i Statistiske opplysninger 2006 og 2009.

(¹²³) Se tabell TDI-10, TDI-32 og TDI-103 i Statistiske opplysninger 2009.

(¹²⁴) Se tabell TDI-5 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2009.

i behandlingsapparatet som hadde en psykiatrisk tilleggslidelse primært brukte opioider (¹²⁵).

Nesten alle opioidbrukere som påbegynner behandling, rapporterer at de debuterte før fylte 30 og om lag halvparten før fylte 20. Gjennomsnittlig gikk det ca. åtte år fra de første gang brukte opioider og til den første kontakten med behandlingsapparatet (¹²⁶).

Behandlingstilbud og dekning

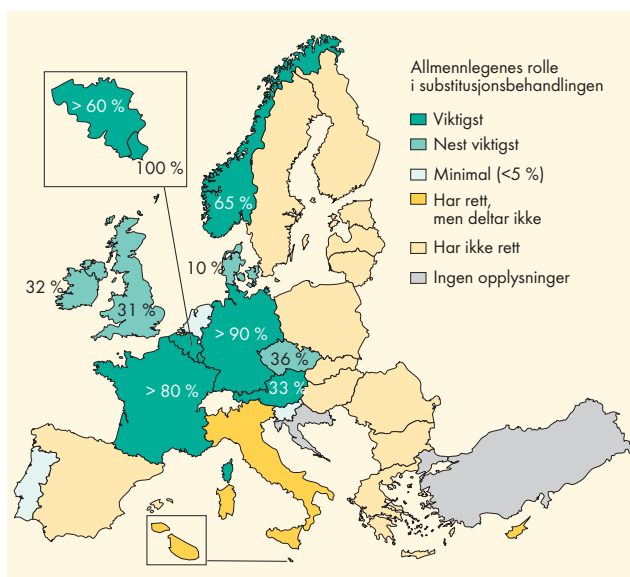
Behandling av opioidbrukere utføres oftest i polikliniske behandlingssentre, som kan være spesialiserte, allmennleger eller lavterskeltilbud (se kapittel 2).

I et par land spiller også døgninstitusjoner en stor rolle i behandlingsapparatet, spesielt i Bulgaria, Hellas, Finland og Sverige (¹²⁷). I Europa finnes det mange behandlingsalternativer for opioidavhengighet, og det blir stadig flere av dem, men når det gjelder tilgjengelighet og dekning, er det geografiske variasjoner. Medikamentfri behandling og substitusjonsbehandling for opioidbruk er tilgjengelig i alle medlemsstatene i EU samt i Kroatia og Norge. I Tyrkia vurderes for tiden substitusjonsbehandling som en framtidig mulighet.

Medikamentfri behandling er en terapeutisk metode som generelt forutsetter at vedkommende avstår fra all bruk av medikamenter, også substitusjonsmedikamenter. Pasientene deltar i daglige aktiviteter og får intensiv psykologisk støtte. Mens medikamentfri behandling kan gis både poliklinisk og i døgninstitusjon, rapporterer medlemsstatene oftest om programmer som forutsetter innleggelse og er basert på prinsippene for terapeutiske samfunn eller Minnesota-modellen.

Substitusjonsbehandling, vanligvis integrert med psykososial omsorg, tilbys typisk på spesialiserte polikliniske behandlingssentre. Tretten land rapporterer at substitusjonsbehandling også tilbys av allmennleger, vanligvis etter avtale om delt behandlingsansvar med spesialiserte behandlingssentre (se figur 11). I Tsjekkia, Frankrike, Nederland, Portugal, Storbritannia og Kroatia kan alle allmennleger gi substitusjonsbehandling, mens dette i Belgia, Danmark, Tyskland, Irland, Luxembourg, Østerrike og Norge bare er tillatt for leger som har spesialisert seg eller har en særskilt godkjenning. En rekke land rapporterer at tilgjengeligheten og dekningen av substitusjonsbehandling ble mye bedre etter at allmennlegene ble trukket inn – den geografiske dekningen ble bedre, ventelistene ble kortere og tilgangen til behandling ble bedre (Tsjekkia, Tyskland, Frankrike, Østerrike, Storbritannia).

Figur 11: Tilbud om substitusjonsbehandling med opioider hos kontorbaserte allmennleger



NB: Prosentandelen av klienter i substitusjonsbehandling som får behandling fra sin lokale allmennlege er angitt på kartet.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

Ifølge ekspertestimer er tilgjengeligheten av substitusjonsbehandling med opioider relativt høy i 16 land, der slik behandling er tilgjengelig for minst halvparten av opioidbrukerne (se kapittel 2). I disse landene blir medikamentfri behandling foretrukket av mellom 10 % og 25 % av opioidbrukerne. I ti andre land (Estland, Hellas, Latvia, Litauen, Ungarn, Polen, Romania, Slovakia, Finland, Norge) anslås substitusjonsbehandling bare å være tilgjengelig for et mindretall av opioidbrukerne. Dette kan være fordi medikamentfri behandling er den foretrukne behandlingsformen, særlig for yngre klienter eller førstegangsklienter, eller fordi det er vanskelig å få tilgang til substitusjonsbehandling. Hellas har f.eks. en ventetid for substitusjonsbehandling med opioider på over tre år i snitt.

Tilbud om psykososial omsorg betraktes som avgjørende for at substitusjonsbehandlingen skal være effektiv. Ifølge estimer fra eksperter tilbys psykososial omsorg til nesten alle klienter i substitusjonsbehandling i syv land (Hellas, Italia, Latvia, Portugal, Romania, Slovakia, Storbritannia) og til de fleste i ytterligere 14 land. I fire land (Estland, Luxembourg, Ungarn, Nederland) anslås dette tilbudet bare å gjelde et mindretall av klientene i substitusjonsbehandling.

EU, Kroatia og Norge hadde i 2007 til sammen 650 000 klienter i substitusjonsbehandling, opp fra 560 000 i 2005 og 500 000 i 2003. Tilgjengelige data tyder på en økning i alle land bortsett fra Spania, som

(¹²⁵) Se også "Tilleggsdelser: narkotikabruk og psykiske lidelser".

(¹²⁶) Se tabell TDI-11, TDI-33, TDI-107 og TDI-109 i Statistiske opplysninger 2009.

(¹²⁷) Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2009.

siden 2002 har hatt en nedgang i antallet klienter på substitusjonsbehandling, og Frankrike, Luxembourg, Ungarn og Nederland, som rapporterer om en liten nedgang eller stabile tall. Av de landene som har bygget ut substitusjonsbehandlingen, har økningen vært størst i Estland, hvor antallet klienter gikk opp fra 60 til over 1 000 på fem år, og Bulgaria, hvor antallet behandlingsplasser økte fra 380 til nesten 3 000 fra 2003 til 2007. Antallet klienter i substitusjonsbehandling er i samme periode mer enn doblet i Tsjekkia, Latvia, Finland og Norge, mens økninger på over 40 % rapporteres av Hellas, Polen, Portugal, Romania og Sverige.

En sammenligning mellom antallet problembrukere av opioider og antallet behandlinger som er gitt, tilsier at over 40 % kan få substitusjonsbehandling. Det bør imidlertid tas høyde for manglende nøyaktighet i begge datasettene, så denne beregningen bør betraktes med varsomhet. Av samme grunn er det vanskelig å gjøre sammenligninger. Tilgjengelige data indikerer likevel at det er store forskjeller landene imellom i andelen problembrukere av opioider som får substitusjonsbehandling, og estimatene går fra 5 % til over 50 %⁽¹²⁸⁾.

De fleste klienter som mottar substitusjonsbehandling i Europa, får metadon (70 %), men antallet land hvor dette er det eneste middelet som skrives ut, går ned, og buprenorfin er nå tilgjengelig i alle EU-medlemsstatene unntatt fire (Bulgaria, Spania, Ungarn, Polen). I Tsjekkia, Frankrike, Latvia og Sverige forskrives buprenorfin til over 50 % av alle i substitusjonsbehandling. Andre medikamentalternativer kan være slow-release morfin (Bulgaria, Østerrike, Slovenia) og kodein (Tyskland, Østerrike, Kypros). Ett nytt buprenorfin/nalokson kombinasjonspreparat ble godkjent for EU-markedet i 2006 og rapporteres siden å ha blitt introdusert i 11 land. Seks europeiske land tilbyr også heroinassistert behandling til brukere som ikke har stor nok nytte av andre behandlinger.

Behandlingseffektivitet, -kvalitet og -standarder

Gjennomganger av randomiserte, kontrollerte studier og observasjonsstudier konkluderer med at substitusjonsbehandling, enten med metadon eller buprenorfin, kan være effektiv i behandling av opioidavhengighet. Generelt har denne typen behandling vært koblet til en rekke positive behandlingsresultater, inklusive behandlingsgjennomføring, reduksjon i illegal opioidbruk og sprøytebruk, nedgang i dødelighet og kriminell atferd samt stabilisering og forbedring av kroniske heroinbrukeres helse og sosiale situasjon. I tillegg har nyere randomiserte, kontrollerte studier funnet at heroinassistert behandling effektivt reduserer illegal narkotikabruk, forbedrer fysisk eller psykisk helse og reduserer kriminell atferd hos klienter som har vært betraktet som vanskelige å behandle, eller der andre behandlingsmetoder har mislyktes.

I studier av behandlingsresultater har også psykososiale og psykoterapeutiske tiltak kombinert med farmakoterapi vist seg effektive (Schulte et al., 2008). Disse tilnærmingene tar sikte på å øke behandlingsmotivasjonen, forebygge tilbakefall og redusere skadevirkningene. I tillegg kan de omfatte veiledning og praktisk støtte til klienter som må gripe fatt i problemer som gjelder bolig, arbeid og familie samtidig som de behandles for opioidavhengighet.

Verdens helseorganisasjon har nylig utarbeidet minstekrav og internasjonale retningslinjer for psykososialt assistert farmakologisk behandling av opioidavhengige (2009). Dette dokumentet kommer som svar på en resolusjon vedtatt av FNs økonomiske og sosiale råd (ECOSOC) og har tatt utgangspunkt i systematiske gjennomganger av den vitenskapelige litteraturen og samråd med en rekke anerkjente eksperter i ulike deler av verden. De fleste landene i Europa har også utarbeidet retningslinjer for substitusjonsbehandling (se kapittel 2).

⁽¹²⁸⁾ Se figur HSR-1 i Statistiske opplysninger 2009.



Kapittel 7

Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall

Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer

Infeksjonssykdommer som HIV så vel som hepatitt B og C er blant de alvorligste helsekonsekvensene av narkotikabruk. Selv i land som har lav forekomst av HIV blant sprøytebrukere, vil andre infeksjonssykdommer, som hepatitt A, B og C, seksuelt overførte sykdommer, tuberkulose, stivkrampe, botulisme og human T-lymfotropt virus, kunne forekomme uforholdsmessig ofte hos narkotikabrukere. EONN kartlegger systematisk HIV og hepatitt B og C hos sprøytebrukere (prevalens av antistoffer eller andre spesifikke markører når det gjelder hepatitt B) ⁽¹²⁹⁾.

HIV og AIDS

Ved utgangen av 2007 synes insidensen av rapportert HIV-smitte blant sprøytebrukere i de fleste landene i Den europeiske union fortsatt å være lav, og situasjonen i EU sett under ett synes relativt positiv i globalt perspektiv. Dette kan i det minste delvis ha sammenheng med lettere tilgang til prevensjonsmidler, behandling og skadereduserende tiltak, herunder substitusjonsbehandling og sprøytebytteprogrammer. Andre faktorer, som en reduksjon i sprøytebruk, som enkelte land har rapportert, kan også spille en viktig rolle. I enkelte deler av Europa tyder imidlertid en del data på at HIV-smitte forbundet med sprøytebruk forekom i relativt stort omfang også i 2007, noe som understreker hvor viktig det er at lokale forebyggings tiltak har god dekning og er effektive.

Trender for HIV-smitte

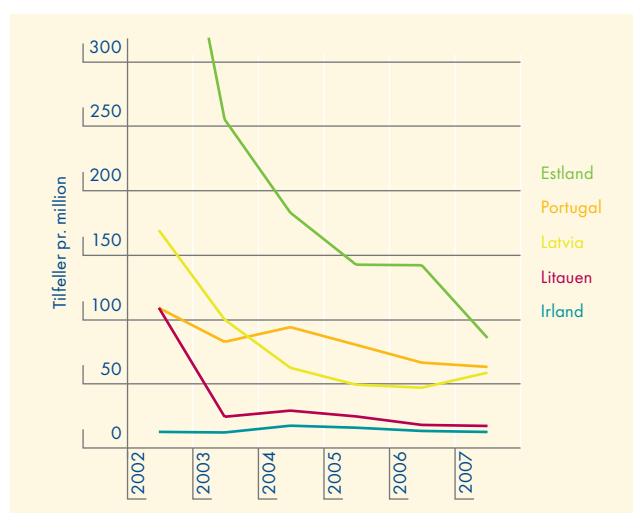
Data for 2007 om nyrapporterte tilfeller av HIV forbundet med sprøytebruk, tyder på at smittetallene generelt fortsatt er på vei nedover i Den europeiske union, etter en topp i 2001–02 som skyldtes utbrudd i Estland, Latvia og Litauen ⁽¹³⁰⁾. I 2007 var det blant sprøytebrukere gjennomsnittlig 4,7 nye tilfeller av HIV pr. million innbyggere i de 24 av EUs medlemsstater som har lagt fram nasjonale tall, ned fra 5,0 i 2006 ⁽¹³¹⁾. Av de tre

landene som rapporterer de høyeste tallene for nye tilfeller, fortsatte nedgangen i Portugal og Estland, men trenden i Portugal synes å flate ut. Samtidig rapporterte Latvia en økning fra 47,1 tilfeller pr. million innbyggere i 2006 til 58,7 tilfeller pr. million i 2007 (figur 12).

Generelt sett er det ikke observert noen markante økninger i nye HIV-tilfeller i perioden 2002–2007, og rapporterte tall er fortsatt lave. Likevel hadde Bulgaria og Sverige en økning i nylig rapporterte smittetilfeller — i Bulgaria; fra 0,3 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2002 til 5,6 tilfeller i 2007 og i Sverige fra 3,5 nye tilfeller pr. million i 2002 til en topp på 6,7 tilfeller i 2007 før nivået var tilbake på tidligere nivå i 2008 — noe som tyder på et fortsatt potensial for utbrudd av HIV blant sprøytebrukere.

Trenddata fra prevalensovervåking av HIV i utvalg av sprøytebrukere er viktige tilleggsopplysninger til tall for innrapporterte HIV-tilfeller. 25 land har lagt fram prevalensdata for perioden 2002–07 ⁽¹³²⁾. I 11 land var

Figur 12: Trender i fem EU-medlemsstater med høy forekomst av nylig rapportert HIV-smitte hos sprøytebrukere



NB: For Estland ligger tallet for 2002 utenfor skalaen (516 tilfeller pr. million). For ytterligere informasjon, se tabell INF-104 i Statistiske opplysninger 2009.
Kilder: ECDC og WHO Europe.

⁽¹²⁹⁾ Nærmere opplysninger om metoder og definisjoner er gitt i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³⁰⁾ Se tabell INF-104 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³¹⁾ Nasjonale data er ikke tilgjengelig for Spania, Italia og Østerrike.

⁽¹³²⁾ Se tabell INF-108 i Statistiske opplysninger 2009.

HIV-prevalensen uendret i løpet av perioden. I seks land (Bulgaria, Tyskland, Spania, Italia, Latvia, Portugal) viste prevalensen en statistisk signifikant nedgang (alle basert på nasjonale utvalg). Det ble imidlertid rapportert om regionale økninger i to av landene: i Bulgaria, i én by (Sofia) og i Italia, i tre av 21 regioner. To land (Litauen, Polen) hadde en statistisk signifikant økning i HIV-prevalens basert på nasjonale utvalg.

Sammenligner vi trendene for nyrapporterte smittetilfeller forbundet med sprøytebruk, med trendene for HIV-prevalens blant sprøytebrukere, synes insidensen på nasjonalt nivå av HIV-smitte forbundet med sprøytebruk å gå ned i de fleste land.

Det store årlige antallet nydiagnostiserte HIV-tilfeller forbundet med sprøytebruk i Estland, Latvia og Portugal tyder imidlertid på fortsatt relativt høye smittenivåer i disse landene, selv om tallene nå faller i Estland og Portugal. For Estlands del sees dette igjen i prevalenstillene for 2005, som tilsier at om lag en tredel av nye sprøytebrukere (som har injisert narkotika i under to år) var HIV-positive. Antakelsen om fortsatt HIV-smitte underbygges også av rapporter om prevalenstill over 5 % blant unge sprøytebrukere (utvalg på 50 eller flere sprøytebrukere under 25 år) i flere land: Spania (nasjonale data, 2006), Frankrike (fem byer, 2006), Estland (to regioner, 2005), Litauen (én by, 2006) og Polen (én by, 2005) ⁽¹³³⁾.

Forekomst av AIDS og tilgang til HAART

Informasjon om forekomsten av AIDS er viktig for å få fram opplysninger om nye tilfeller av symptomatisk sykdom, men det er likevel ingen god indikator på HIV-smitte. Høye insidensrater for AIDS i en del land i Europa kan tyde på at mange sprøytebrukere som har fått HIV, ikke tilbys høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) tidlig nok etter smitten til å få best mulig effekt av behandlingen.

Estland er det landet som har høyest forekomst av AIDS forbundet med sprøytebruk, med anslagsvis 33,5 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2007, opp fra 17,1 tilfeller pr. million i 2006. Relativt høye insidensnivåer av AIDS rapporteres også for Latvia, Spania, Portugal og Litauen, med henholdsvis 13,2; 8,8; 8,6 og 6,2 nye tilfeller pr. million. Av disse landene er trenden fallende i Spania, Latvia og Portugal, men ikke i Litauen ⁽¹³⁴⁾.

Hepatitt B og C

Mens det er funnet høye prevalensnivåer av HIV bare i enkelte EU-medlemsstater, er virushepatitt, og spesielt smitte

HIV blant sprøytebrukere i Den europeiske union og nabolandene: stigende trender i øst

HIV-epidemien blant sprøytebrukere utvikler seg fortsatt ulikt i forskjellige deler av Europa. I landene i Den europeiske union ligger forekomsten av rapporterte, nydiagnostiserte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere for det meste på et stabilt, lavt, eventuelt fallende nivå. Men i mange av de tidligere sovjetrepublikkene økte forekomsten i 2007 (Wiessing et al., 2008b). Dette tyder på at eksisterende forebyggende tiltak kan være utilstrekkelige og trenger å styrkes.

De landene i Øst-Europa som hadde en viss nedgang siden toppen i 2001 (Russland, Hviterussland), har hatt en økning i de senere år. I 2007 varierte antallet nydiagnostiserte, rapporterte tilfeller av HIV-smitte blant sprøytebrukere fra null i Turkmenistan til 80 tilfeller pr. million innbyggere i Kasakhstan og 152 pr. million i Ukraina. Det nyeste tallet for Russland er 78 tilfeller pr. million innbyggere i 2006.

I absolutte tall er det Ukraina som rapporterer det største antallet nye HIV-tilfeller blant sprøytebrukere i 2007 (7 087 tilfeller), etterfulgt av Usbekistan (1 816) og Kasakhstan (1 246), mens Russland i 2006 rapporterte 11 161 tilfeller. Flere andre, tidligere sovjetrepublikker med generelt lavere forekomst og antall tilfeller viser stigende trender når det gjelder rapporterte tilfeller, noe som tyder på at det kan være en epidemi blant sprøytebrukere. Landene det her er snakk om, er Aserbajdsjan, Hviterussland, Georgia, Kirgisistan, Moldova og Tadsjikistan.

forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), langt mer utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Nivåene av HCV-antistoffer i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2006–07 varierer fra rundt 18 % til 95 %. I halvparten av landene ligger nivået over 40 %. Tre land (Bulgaria, Tsjekkia, Slovenia) rapporterer en prevalens på under 25 % i nasjonale utvalg av sprøytebrukere ⁽¹³⁵⁾, men smittenivåer av denne størrelsesordenen utgjør fortsatt et vesentlig folkehelseproblem.

Det kan være store variasjoner i nivåene av HCV-prevalens innenfor det enkelte land. Dette kan gjenspeile både regionale forskjeller og særtrekk ved utvalgspopulasjonen. I Storbritannia har f.eks. lokale studier funnet nivåer mellom 29 % og 60 %, mens regionale estimater i Italia varierer fra rundt 36 % til 92 %.

Nyere studier (2006–07) viser store forskjeller i prevalensnivå hos sprøytebrukere under 25 år og de som har injisert i under to år, noe som tyder på forskjellige nivåer av HCV-insidens i disse populasjonene i Europa ⁽¹³⁶⁾.

⁽¹³³⁾ Se tabell INF-109 og INF-110 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³⁴⁾ Se figur INF-1 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³⁵⁾ Se tabell INF-111 til INF-113 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³⁶⁾ Se figur INF-6 (del ii) og (del iii) i Statistiske opplysninger 2009.

Disse studiene viser også at mange sprøytebrukere får viruset tidlig i sin karriere som sprøytebrukere, og at tidsvinduet for å sette inn effektive HCV-forebyggende tiltak er smalt.

Det er også store forskjeller i prevalensen av antistoffer mot hepatitt B-viruset (HBV). Dette kan delvis skyldes forskjeller i vaksinasjonsdekning, men andre faktorer kan også spille en rolle. Det mest komplette av de tilgjengelige datasettene gjelder antistoffer mot hepatitt B kjerneantigen (anti-HBc), som indikerer tidligere smitte. I 2006–07 rapporterte tre av de ti landene som har lagt fram data om sprøytebrukere, prevalensnivåer av anti-HBc på over 40 % ⁽¹³⁷⁾.

Trendene over tid for meldte tilfeller av hepatitt B og C viser ulike bilder, men disse er vanskelige å tolke. Ved å se på andelen sprøytebrukere av alle meldte tilfeller hvor risikofaktorene er kjent, kan man imidlertid få en viss innsikt i sykdommenes epidemiologi (Wiessing et al., 2008a). For hepatitt B har andelen sprøytebrukere gått ned i perioden 2002–2007 i fire av 17 land. Når det gjelder hepatitt C, har andelen sprøytebrukere blant meldte tilfeller gått ned i syv land i denne perioden, men har samtidig gått opp i fire andre (Tsjekkia, Luxembourg, Malta, Storbritannia) ⁽¹³⁸⁾.

Smittevern

Sytten EU-medlemsstater og Tyrkia rapporterer at forebygging av smittsomme sykdommer blant sprøytebrukere er en del av deres nasjonale narkotikastrategi, og seks andre land rapporterer at de har en egen strategi for dette. Ti av disse 23 landene rapporterer også at de har lokale eller regionale smittevernstrategier.

EU-medlemsstatene iverksetter en kombinasjon av tiltak for å forhindre spredning av smittsomme sykdommer blant sprøytebrukere, blant annet: narkotikabehandling, utdeling av sterilt injeksjonsutstyr, lokalsamfunnsbaserte tiltak som satser på informasjon, opplæring, testing og atferdstiltak, ofte via oppsøkende tiltak eller lavterskeltilbud. Ekspertene fra 27 land har rapportert om hvordan landene prioriterer utvalgte intervensjoner for å forebygge smittsomme sykdommer blant narkotikabrukere ⁽¹³⁹⁾. Tilgang til sterilt sprøyteutstyr gjennom ulike sprøytebytteprogrammer rapporteres som en prioritet i 23 land, testing og rådgivning i forbindelse med smittsomme sykdommer oppgis av 16 land, og spredning av informasjons-, opplærings- og kommunikasjonsmaterieill av 14 land.

Hepatitt C-prevalens som mulig indikator på injeksjonsrelatert HIV-risiko

En gruppe modellerere og epidemiologer har i regi av EONN gransket potensialet for å bruke informasjon om prevalensen av hepatitt C-viruset (HCV) blant sprøytebrukere som en indikator på HIV-smitterisiko. HCV overføres ved sprøytedeling på samme måte som HIV. Ettersom HCV smitter mye lettere, kan viruset gi en pekepinn på det generelle nivået på risikoatferd, inklusive deling av sprøyter, brukerutstyr og partnerbytte, i populasjoner av sprøytebrukere hvor HIV ennå ikke har spredt seg.

Analyser av sammenstilte HCV- og HIV-prevalensdata har vist at en HCV-prevalens blant sprøytebrukere på opp til ca. 30 % (95 % konfidensintervall, 21–38 %) er forbundet med null eller svært lav prevalens av HIV. Der HCV-prevalensen er høyere, ble det funnet en lineær forbindelse mellom HIV- og HCV-prevalens, og tidsserier tilsier at observert HIV-prevalens øker med omtrent halvparten av raten for HCV-prevalens.

Disse resultatene tyder på at HCV-prevalens kan brukes i arbeidet med å utvikle målrettede, forebyggende og skadereduserende tiltak blant sprøytebrukere. Dessuten kan dette målet også brukes for å vurdere risikoen for HIV-utbrudd i land med fortsatt lav HIV-prevalens blant sprøytebrukere.

Kilde: Vickerman et al. (ikke publisert).

Tilgang til sterile sprøyter er det tiltaket som oftest blir prioritert, noe som også var tilfellet da en tilsvarende gjennomgang ble gjennomført i 2005. Et stadig økende antall land rapporterer nå at smitteveiledning og -testing så vel som målrettede vaksinasjonsprogrammer mot hepatitt blir prioritert.

Intervensjoner

Forskning har vist at vedvarende behandling er forbundet med en reduksjon i injeksjonsbruk og risikoatferd som er knyttet til slik bruk, og dermed med beskyttelse mot HIV-infeksjon. I de fleste landene i Europa har tilbudet av skadereduserende tiltak og behandlingstjenester blitt betydelig større enn det var midt på 1990-tallet (Hedrich et al., 2008b). Substitusjonsbehandling med opioider er tilgjengelig i alle EU-medlemsstater, Kroatia og Norge, men i flere av landene er dette tiltaket likevel fortsatt begrenset (se kapittel 2 og 6).

Nasjonale eksperter anslår at det i løpet av siste år i 17 land ble gitt individuell veiledning om smittsomme sykdommer til nesten alle problembrukere av narkotika ⁽¹⁴⁰⁾.

⁽¹³⁷⁾ Se tabell INF-115 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³⁸⁾ Se tabell INF-105 og INF-106 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹³⁹⁾ Se tabell HSR-6 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁴⁰⁾ Ekspertene fra 26 EU-land, Tyrkia og Norge gjorde en vurdering av tilbuds nivået for utvalgte tiltak til narkotikabrukere.

Behandling av sprøytebrukere med kronisk hepatitt C

Inntil 30 % av alle pasienter med ubehandlet, kronisk hepatitt C vil utvikle cirrhose, skrumplever, i løpet av 30 år, og kostnadene forbundet med behandlingen av leversykdom i siste stadium er betydelige (Jager et al., 2004). For å redusere byrden av hepatitt C i Europa er det helt avgjørende å bygge ut tilgangen til behandling, og gjøre denne kjent, i den største pasientgruppen — kroniske bærere av viruset som er aktive sprøytebrukere.

Dagens behandlingsmetoder for kronisk hepatitt C — en seks til 12 måneders kombinasjonsbehandling med langtidsvirkende interferon og ribavirin — er effektiv hos over 50 % av pasientene som oppnår en varig virologisk respons. Selv om antallet langtidsstudier ennå er begrenset, har tilgjengelig forskning vist godt samsvar og gode behandlingsresultat ved antiviral behandling av sprøytebrukere (f.eks. Moussalli et al., 2007). Det er også dokumentert at behandlingen av hepatitt C i fengsler er kostnadseffektiv (Sutton et al., 2008), og at behandlingen er sikker og effektiv for narkotikabrukere med psykiatriske tilleggslidelser (Loftis et al., 2006).

Narkotikabrukere har imidlertid fortsatt liten tilgang til hepatitt C-behandling. Grunnene kan være utilstrekkelig behandlingsskapasitet eller mangel på informasjon om behandlingsoptimaliteter, eller at narkotikabrukere blir lavt prioritert. Flere EU-land, deriblant Danmark, Tyskland, Frankrike, Nederland og Storbritannia, har i de senere årene gjennomgått sine retningslinjer for å gjøre det lettere for injiserende, kroniske bærere av hepatitt C-virus å teste seg og få behandling.

Hepatitt C-behandling hos narkotikaavhengige kan være utfordrende, men det lar seg lettere gjennomføre med god planlegging og organisering av den kliniske behandlingen og hvis pasienten samarbeider, etter informert samtykke. Pasienter som behandles av tverrfaglige team, som tar seg av både avhengigheten, leversykdommen og eventuelle psykiske tilleggslidelser, oppnår bedre behandlingsresultater (Grebely et al., 2007).

I 12 land gjaldt dette også HCV-testing, mens eksperter i 11 land anså at de fleste problembrukerne av narkotika hadde fått praktiske råd og opplæring i trygg bruk og injisering i løpet av det siste året. Hepatitt B-vaksinering er integrert i vaksinasjonsprogrammet i 21 av 28 rapporterende land, og 17 land har for narkotikabrukere også egne vaksinasjonsprogrammer i lokalsamfunnet. Helseopplysningstiltak for narkotikabrukere, der likemenn fungerer som lærere, rapporteres også av 17 land.

Sprøytebytteprogrammer finnes i alle EU-medlemsstatene, Kroatia og Norge. Programmet på Kypros har imidlertid knapt vært virksomt i 2007. I 15 land anslås det at de fleste injiserende narkotikabrukerne har mottatt sprøyter fra et slikt

program minst én gang i løpet av de siste 12 månedene. I 11 land har bare et mindretall fått utdelt sprøyter i samme periode, selv om ni av disse landene har oppgitt at tilgang til sterilt sprøyteutstyr er et prioritert tiltak for å forebygge spredning av smittsomme sykdommer.

Fra 2005 til 2007 økte antallet sprøyter som ble delt ut i sprøytebyttetiltakene i 18 av de 26 landene der data er tilgjengelig. Antallet sprøyter som er delt ut årlig pr. klient, varierer betydelig, med eksempler fra ca. 50 sprøyter pr. klient innskrevet i tiltaket i Kroatia og Litauen, til 200 i Finland og 300 i Romania i 2007 ⁽¹⁴¹⁾.

Til sammen ble det i 2007 delt ut 33 % flere sprøyter enn i 2003 i de 14 landene der det finnes pålitelige data eller tilgjengelige anslag. Belgia, Bulgaria, Tsjekkia, Estland, Ungarn, Østerrike, Slovakia og Finland rapporterte om vedvarende økning i hele denne perioden. Antallet sprøyter delt ut i Latvia var det samme, mens færre sprøyter ble delt ut i Spania, Litauen, Luxembourg, Portugal og Polen.

Data fra 15 land viser at over 125 000 personer har benyttet seg av et sprøytebyttetiltak i 2007 ⁽¹⁴²⁾. Det finnes imidlertid ikke informasjon om slike tall fra fire av de største medlemsstatene i EU (Tyskland, Spania, Italia, Storbritannia). En nasjonal undersøkelse gjennomført ved de 120 franske sentrene for skadereduksjon "CAARUD", viste at de var brukt av anslagsvis 40 000 personer i 2007 (Toufik et al., 2008). I 2008 fikk Storbritannia på plass et nytt system for kartlegging av sprøytebytte.

Lavterskeltilbud kan være en egnet metode for å levere primærhelsetjenester og skadereduksjonstiltak til populasjoner som er vanskelige å nå. En fersk evaluering av lavterskel helseentre rettet mot sprøytebrukere i Finland, konkluderte med at denne kombinasjonen av tjenester hadde spilt en viktig rolle i forebyggingen av smittsomme sykdommer. Den ble også betraktet som en kostnadseffektiv ny løsning som dessuten kunne drives innenfor rammen av landets restriktive narkotikapolitikk (Arponen et al., 2008).

Sprøytebytteprogrammer kan også ha en helsefremmende effekt. Opplæring i helsefremmende arbeid basert på formelle opplæringsplaner eller -håndbøker, tilbys til de ansatte i sprøytebytteprogrammene i 20 land og til farmasøyter i ni land. Retningslinjer for arbeid i lavterskelmiljøer som dekker tema som: testing for smitte, sprøytebytte, feltarbeid og opplæring av likemenn, rapporteres også i 11 EU-medlemsstater.

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet

Bruk av narkotika er en av de viktigste årsakene til helseproblemer og dødsfall blant yngre mennesker i

⁽¹⁴¹⁾ Se tabell HSR-5 (del i) og (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁴²⁾ Se tabell HSR-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

Europa. Dette kan illustreres av en internasjonal studie støttet av EONN, som fant at i syv byområder i Europa kunne mellom 10 % og 23 % av dødsfallene i aldersgruppen 15–49 år tilskrives opioidbruk (Bargagli et al., 2005).

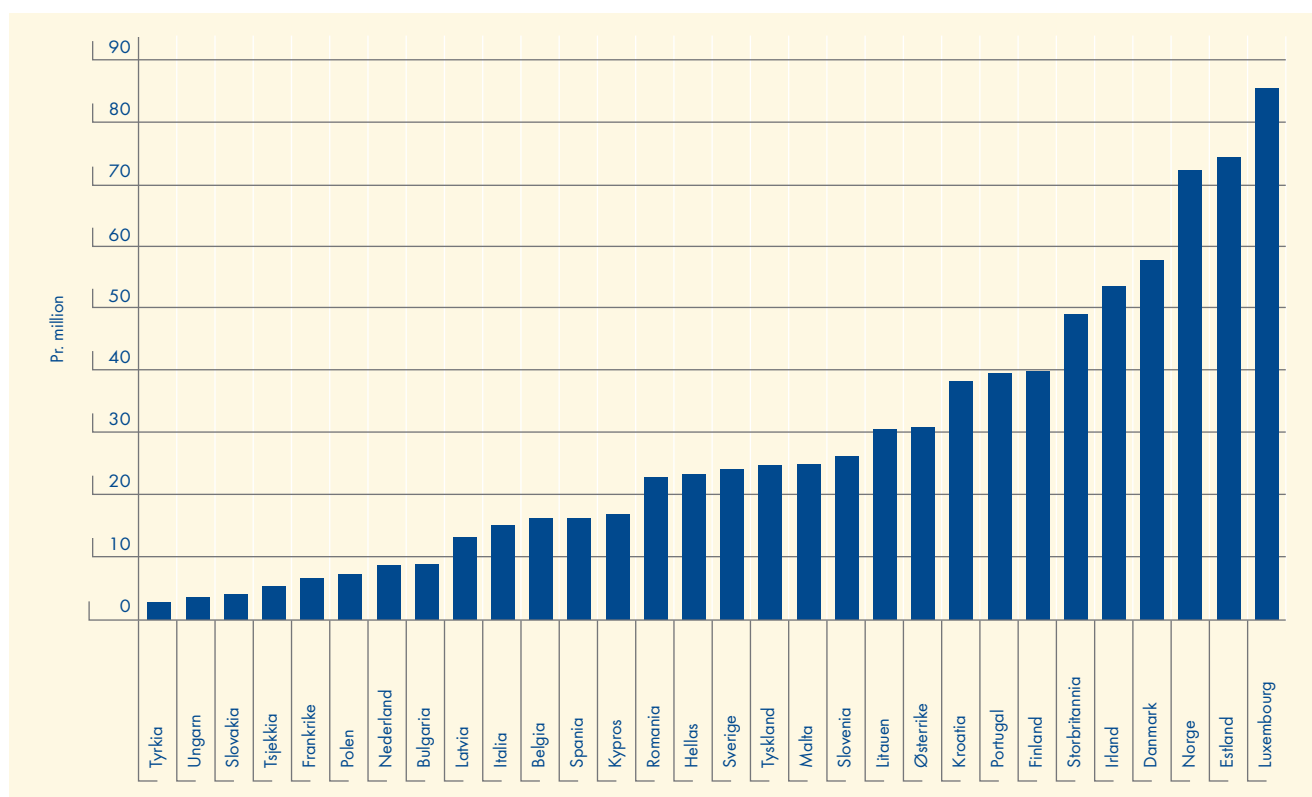
Narkotikarelatert dødelighet omfatter dødsfall som er direkte forårsaket av den farmakologiske virkningen av ett eller flere stoffer (narkotikainduserte dødsfall), og dødsfall som er indirekte forårsaket av bruken av narkotika, ofte med andre samtidige faktorer (f.eks. ulykker). Kjente dødsårsaker omfatter: akutt toksisitet, trafikkuulykker, særlig i kombinasjon med alkohol (EONN, 2007c), vold, selvmord hos allerede sårbare personer eller kroniske tilstander som skyldes gjentatt bruk (f.eks. hjerte- og karsykdommer hos kokainbrukere). Selv om de fleste narkotikarelaterte dødsfallene skjer blant problembrukere, er det en del som skjer i andre brukergrupper, også blant dem som bare bruker narkotika sporadisk ⁽¹⁴³⁾.

Narkotikainduserte dødsfall

EONNs definisjon av narkotikainduserte dødsfall omfatter dødsfall som er direkte forårsaket (overdose) av inntak av ett eller flere rusmidler, hvorav minst ett er illegalt. Antallet dødsfall kan være påvirket av faktorer som prevalens av narkotikabruk og bruksmønstre (injisering, blandingsbruk), narkotikabrukernes alder og tilleggslidelser samt tilgjengeligheten av behandling og akuttmedisinske tjenester.

Europeiske data er blitt mer pålitelige i de senere årene, noe som har gjort det mulig å bedre beskrive både totale og nasjonale trender, og de fleste landene har nå vedtatt en kassdefinisjon i tråd med EONNs ⁽¹⁴⁴⁾. Likevel betyr forskjellene mellom landene når det gjelder kvalitet på valideringen av tilfeller, rapportering til nasjonale dødelighetsregistre og rapportering til EONN, at sammenligninger bare bør gjøres med forsiktighet.

Figur 13: Dødelighet blant alle voksne (15–64 år) som skyldes narkotikainduserte dødsfall



NB: For Tsjekkia ble EONNs Utvalg D brukt i stedet for den nasjonale definisjonen, for Storbritannia ble definisjonen fra narkotikastrategien benyttet, for Romania viser dataene bare til Bucuresti og administrative områder som hører under Bucurestis toksikologiske laboratorium, for Portugal omfatter dataene alle tilfeller der illegale rusmidler ble påvist i analyser ifm. obduksjon, og vil sannsynligvis produsere et for høyt estimat i forhold til Utvalg D. Beregningene av dødelighet er basert på hvert lands befolkningstall for 2006 rapportert av Eurostat. Man bør være forsiktig med å sammenligne tallene for dødelighet fra et land til et annet, da det er forskjeller i kassdefinisjoner og kvaliteten på rapporteringen. For ytterligere datainformasjon, se figur DRD-7 (del i) i Statistiske opplysninger 2009.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2008), hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre) og Eurostat.

⁽¹⁴³⁾ Se "Narkotikarelatert dødelighet, et sammensatt konsept", i årsrapporten for 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Nærmere informasjon om metoder finnes i Statistiske opplysninger 2009.

I perioden 1990–2006 ble det i EUs medlemsstater, Kroatia, Norge og Tyrkia årlig rapportert mellom 6 400 og 8 500 narkotikainduserte dødsfall, dvs. til sammen nærmere 135 000 dødsfall. I 2006 sto Storbritannia og Tyskland for halvparten av alle rapporterte dødsfall. Det er store variasjoner i narkotikaindusert dødelighet landene imellom, fra 3 til over 85 dødsfall pr. million innbyggere i alderen 15–64 år, med et europeisk gjennomsnitt på 22 dødsfall pr. million. En dødelighet på over 20 pr. million innbyggere er funnet i 17 av 30 land i Europa, og tall på over 40 pr. million i seks land (figur 13). Narkotikaoverdoser sto for 4 % av alle dødsfall i Europa i aldersgruppen 15–39 år ⁽¹⁴⁵⁾.

Opioidrelaterte dødsfall

Heroin

Opioider, da hovedsakelig heroin og metabolitter av heroin, er til stede i de fleste narkotikainduserte dødsfall som meldes i Europa. I de 22 landene som har lagt fram data om dette, ble opioider funnet ifra 35 % til nærmere 100 % av alle tilfeller, og 11 av landene rapporterte om en andel på over 85 % ⁽¹⁴⁶⁾. Andre rusmidler nevnes også i toksikologiske rapporter i tillegg til heroin. De stoffene som nevnes hyppigst er: alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og, i en del land, kokain. Dette tyder på at en vesentlig andel av alle narkotikainduserte dødsfall kan være forbundet med blandingsbruk.

I Europa står menn for de fleste dødsfallene pga. overdose av heroin (82 %). I de fleste landene er ofrene i gjennomsnitt midt i trettiårene, og i mange tilfeller er gjennomsnittsalderen stigende, noe som kan indikere en mulig stabilisering eller nedgang i antallet unge som bruker heroin. Totalt sett finner 14 % av overdosedødsfallene meldt i Europa sted blant unge under 25 år, men i Bulgaria, Østerrike og en del land som rapporterer lave tall for narkotikainduserte dødsfall (Malta, Kypros, Slovakia, Romania), skjer mer enn en tredel av overdosedødsfallene i denne aldersgruppen. Dette kan bety at heroin- eller sprøytebrukerne i disse landene er yngre ⁽¹⁴⁷⁾.

Faktorer som er forbundet med heroinoverdoser er: injisering og samtidig bruk av andre stoffer, særlig alkohol, benzodiazepiner og enkelte antidepressiva så vel som tilleggslidelser, tidligere overdoser samt å være alene (Skottlands regjering, 2008). Tiden umiddelbart etter løslatelse fra fengsel eller utskriving fra

narkotikabehandling ble identifisert som særlig kritisk, med høy risiko for overdose.

Det er anslått at det for hver dødelige overdose kan være så mange som 20 til 25 ikke-dødelige overdoser, men følgene av disse er lite kjent. EONN er i ferd med å foreta en kritisk gjennomgang av relaterte risikofaktorer og mulige tiltak på dette feltet.

Metadon og buprenorfin

Forskning viser at substitusjonsbehandling med opioider reduserer risikoen for dødelig overdose. Et antall dødsfall der medikamenter som brukes i substitusjonsbehandling (metadon eller buprenorfin) påvises, blir likevel rapportert hvert år, for det meste på grunn av misbruk, men i et lite antall tilfeller også på grunn av problemer som oppstår under behandling.

Flere land rapporterer om funn av metadon i et stort antall narkotikainduserte dødsfall, men i mangel av felles rapporteringsstandarder er det ofte uvisst hvilken rolle dette stoffet har spilt ettersom også andre stoffer kan ha vært til stede. Dessuten kan andre faktorer komme inn, blant annet: tap av opioidtoleranse, for stor dose eller feil bruk, så som uregelmessig eller ikke-terapeutisk bruk. Dødsfall som skyldes buprenorfinforgiftning forekommer sjelden, til tross for at dette medikamentet brukes stadig mer i substitusjonsbehandling i Europa (se kapittel 6). I Finland er imidlertid buprenorfin nå det stoffet som oftest påvises i narkotikainduserte dødsfall, vanligvis i kombinasjon med beroligende legemidler eller alkohol, eller injisert.

Fentanyl og andre syntetiske opioider

Estland hadde i 2005–06 en epidemi av fentanylforgiftninger der 117 sprøytebrukere døde (EONN, 2008b). Det finnes ingen informasjon om dødsfall som knyttes til fentanyl i Estland i 2007, men ferske studier bekrefter at det har vært en økning i injeksjonsbruken av dette stoffet. I 2007 rapporterte to tredeler av de spurte sprøytebrukerne i Tallinn at fentanyl var primærrusmiddel, og en av ti sprøytebrukere i sprøytebyttetiltaket rapporterte at de hadde injisert fentanyl i løpet av siste måned. En annen studie fra Tallinn fant at sprøytebrukere som rapporterte å ha fentanyl som primærrusmiddel, hadde høyere HIV-prevalens og høyere odds for risikoatferd ved injisering og for overdose enn sprøytebrukere som tar amfetamin (Talu et al., 2009). I Finland ble opioider som oksykodon, tramadol eller

⁽¹⁴⁵⁾ Se figur DRD-7 (del i) og tabell DRD-5 (del ii) og DRD-107 (del i) i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁴⁶⁾ Ettersom de fleste tilfellene som rapporteres til EONN er opioidoverdoser (hovedsakelig heroin), brukes generelle karakteristika for meldte narkotikainduserte dødsfall for å beskrive opioidtilfellene.
Se figur DRD-1 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁴⁷⁾ Se DRD-2og DRD-3 og tabell DRD-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2009.

fentanyl rapportert i 21 dødsfall, men rollen disse legemidlene spilte, var ikke spesifisert.

Dødsfall relatert til andre rusmidler

Kokaininduserte dødsfall er vanskeligere både å definere og å identifisere enn opioidrelaterte dødsfall. Dødsfall som direkte skyldes overdose, synes sjelden å forekomme, og de er vanligvis forbundet med svært store doser kokain. Ellers synes de fleste kokaindødsfall å skyldes kronisk toksisitet, som fører til komplikasjoner i hjerte-/karsystem og nervesystem. Kokainets rolle i disse dødsfallene blir ikke alltid identifisert, og da blir disse dødsfallene ikke registrert som relatert til kokain. En tolkning av disse dataene kompliseres ytterligere av det faktum at andre rusmidler ofte er til stede, slik at det blir vanskelig å fastslå årsakssammenhengen.

I 2007 ble det i 12 medlemsstater rapportert ca. 500 dødsfall relatert til kokain (mot 450 i 14 land i 2006). Likevel foregår det sannsynligvis en underreportering av kokaininduserte dødsfall i Den europeiske union.

Dødsfall hvor ecstasy er til stede, rapporteres sjelden, og i mange av disse tilfellene har dette stoffet ikke blitt identifisert som direkte dødsårsak. Selv om amfetaminrelaterte dødsfall også sjelden blir rapportert i Europa, ble en stor del av dødelige overdoser – legemidler unntatt – i Tsjekkia i 2007 tilskrevet pervitin (metamfetamin) (11 av 40), samtidig som 14 dødsfall skyldtes opioider. I Finland ble amfetaminer påvist i 40 % av de 229 rapporterte dødsfallene i 2007, men dette betyr ikke nødvendigvis at amfetamin var den direkte årsaken til dødsfallet ⁽¹⁴⁸⁾.

Trender for narkotikainduserte dødsfall

Antallet narkotikainduserte dødsfall gikk kraftig opp i Europa i løpet av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene, parallelt med økningen i bruken av heroin og injeksjonsbruk, og har siden holdt seg på høye nivåer. Men data fra land som har lange tidsserier, tyder på at trendene varierer, siden enkelte land (f.eks. Tyskland, Spania, Frankrike, Italia) hadde en topp i antall dødsfall i første halvdel av 1990-tallet, mens andre land (f.eks. Hellas, Portugal, Finland) fikk en topp først rundt 2000, og i etter andre (f.eks. Danmark, Nederland, Østerrike, Storbritannia) har trenden vært økende uten noen klar topp ⁽¹⁴⁹⁾.

I perioden 2000–2003 rapporterte de fleste EU-medlemsstatene om en nedgang, etterfulgt av en økning i antall dødsfall mellom 2003 og 2006. Foreløpige

tilgjengelig data for 2007 tilsier at tallene vil være minst like store som året før, da 14 av 18 land rapporterte en økning.

Årsakene til de vedvarende høye tallene for narkotikainduserte dødsfall som rapporteres, lar seg vanskelig forklare, særlig i betraktning av tegnene på nedgang i injeksjonsbruken og økning i antallet opioidbrukere som er i kontakt med behandlingstjenester og tiltak for skadereduksjon. Når det er en mulig nedgang i den risikoutsatte populasjonen, vekker stabile eller stigende antall narkotikainduserte dødsfall stor bekymring.

Det kan være flere mulige forklaringer på dette fenomenet, og alle disse må undersøkes nøyere. Det kan være at en aldrende og mer kronisk populasjon blir mer sårbar, at nivåene av blandingsbruk eller høyrisikoatferd har økt, at eksisterende tjenester ikke har klart å innrette tiltakene slik at de når fram til de mest sårbare, eller til og med at det har vært en økning i antallet opioidbrukere som får tilbakefall etter soning eller behandling, da risikoen notorisk er spesielt høy ⁽¹⁵⁰⁾.

Total dødelighet forbundet med narkotikabruk

Total dødelighet relatert til narkotikabruk omfatter, i tillegg til narkotikainduserte dødsfall, også dødsfall som indirekte skyldes bruk av narkotika. Disse dødsfallene forekommer helst hos problembbrukere av narkotika, men en del skjer også hos sporadiske brukere (f.eks. trafikkulykker, enkelte selvmord). Selv om antallet dødsfall som er indirekte relatert til narkotikabruk er vanskelig å tallfeste, kan det ha stor betydning for folkehelsen.

Total dødelighet kan beregnes på forskjellige måter: En metode består i å sammenholde informasjon fra kohortstudier av dødelighet med prevalensestimater av narkotikabruk ⁽¹⁵¹⁾. En annen tilnærmingstype er å bruke eksisterende generelle dødelighetsstatistikker og gjøre et anslag over andelen som er relatert til narkotikabruk. Andre spesialiserte informasjonskilder kan brukes – f.eks. når det gjelder dødelighet relatert til HIV/AIDS, kan data fra Eurostat og EuroHIV sammenstilles.

Kohortstudier av dødelighet

Kohortstudier av dødelighet følger de samme gruppene problembbrukere av narkotika over tid og prøver, ved å knytte informasjonen opp mot dødelighetsregistrene, å identifisere årsakene til alle dødsfall som forekommer i gruppen. På grunnlag av slike studier kan man beregne

⁽¹⁴⁸⁾ For data om dødsfall relatert til andre narkotiske stoffer enn heroin, se tabell DRD-108 i Statistiske opplysninger 2009.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur DRD-8 og DRD-11 i Statistiske opplysninger 2009. Av historiske grunner viser EU-trenden til EU-15 og Norge.

⁽¹⁵⁰⁾ Se "Reduksjon av overdosedødsfall etter soning", s. 89.

⁽¹⁵¹⁾ Se "Beregning av total dødelighet relatert til narkotikabruk: utvikling i den senere tid", s. 87.

total og årsaksspesifikk dødelighet for kohorten og utarbeide et estimat over gruppens overdødelighet i forhold til befolkningen generelt. Storskala, longitudinelle kohortstudier kan brukes for å prøve ut hypoteser om f.eks. årsakene til endringer i antallet narkotikainduserte dødsfall og for å overvåke total risiko og oppdage endringer i dødsårsaksmønstre.

Avhengig av rekrutteringsmiljø (f.eks. studier gjennomført i behandlingssentre) og inklusjonskriterier (f.eks. sprøytebrukere, heroinbrukere) viser de fleste kohortstudier en årlig dødelighet hos problembbrukere av narkotika på 1–2 %. Selv om det relative omfanget av dødsårsakene varierer fra ett land til et annet og over tid, er den vanligste dødsårsaken oftest narkotikaoverdose, med inntil 50–60 % av alle dødsfall hos sprøytebrukere i land med lav HIV/AIDS-prevalens. Dessverre har en del land generelle dødelighetsregistre som ikke er detaljerte nok, og følgelig vil en stor andel av dødsfallene som er registrert med "ukjent" dødsårsak eller en utilstrekkelig beskrevet årsak (f.eks. hjertestans), kunne være overdoser. For å øke validiteten av beskrivelsen av dødsårsak kan også andre kilder (dvs. politiregistre eller rettsmedisinske registre) konsulteres.

EONN har utviklet en protokoll for å oppmuntre medlemsstatene til å iverksette kohortstudier av dødelighet med sikte på å få fram sammenlignbar informasjon om dødsrisiko hos problembbrukere av narkotika som forebyggings- og omsorgspolitikken kan baseres på. De nyeste europeiske studiene her er gjennomført i Tyskland, Spania, Italia, Nederland, Storbritannia og Norge. En tredel av EU-medlemsstatene har ennå ikke gjennomført noen kohortstudier av dødelighet, men flere rapporterer at studier er igangsatt eller planlagt under 2009 (f.eks. Tsjekkia, Frankrike, Latvia, Polen).

Dødsfall indirekte relatert til bruk av narkotika

I 2006 døde i Den europeiske union anslagsvis over 2 100 mennesker av HIV/AIDS som kunne tilskrives narkotikabruk (¹⁵²). 89 % av dødsfallene var i Spania, Frankrike, Italia og Portugal. Etter innføringen av høyaktiv antiretroviral behandling i 1996 gikk HIV/AIDS-dødeligheten markant ned i de fleste EU-landene, selv om nedgangen var mye mindre uttalt i Portugal. De økningene som er observert i de senere år i Estland, er i samsvar med de høye estimatene over HIV-prevalens blant sprøytebrukere i dette landet (fem til seks av ti) og den høye andelen av dem som ikke er klar over at de er smittet. Også i Latvia er det rapportert om en økning i

Beregning av total dødelighet relatert til narkotikabruk: utvikling i den senere tid

Ferske kohortstudier av dødelighet i Den europeiske union indikerer at narkotikainduserte dødsfall (overdoser) typisk representerer mellom en femdel og halvparten av det totale antall dødsfall blant problembbrukere av narkotika. Dette tyder på at den totale dødeligheten i denne populasjonen kan være rundt to til fem ganger høyere enn antallet registrerte, narkotikainduserte dødsfall. Denne multiplikatoren varierer mellom landene avhengig av forskjellige faktorer, herunder risikoatferd, overdosedødsfall og prevalensen av andre mulige dødsårsaker.

EONN ønsker å få fram mer forskning når det gjelder beregning av total dødelighet blant problembbrukere av narkotika. I 2008 ble litteraturen, datakilder og mulige metoder på dette feltet gjennomgått i et prosjekt i samarbeid med forskere fra Tsjekkia (¹). En ekspertgruppe anbefalte to metoder for framtidige studier: en multiplikator metode basert på antallet registrerte dødelige overdoser, og en ekstrapoleringsmetode basert på dødelighet i kohorter av problembbrukere av narkotika og nasjonale estimater av populasjonen av problembbrukere av narkotika. Begge metoder har vært testet med vellykket resultat i Tsjekkia, og EONN planlegger å få en gruppe interesserte land til å bruke dette arbeidet i nærmeste framtid.

(¹) Se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/key-indicators/drd>

den senere tid. I dag er anslått HIV/AIDS-dødelighet blant narkotikabrukere lav i de fleste landene bortsett fra Spania og Portugal. I Italia, Frankrike og Latvia ligger HIV/AIDS-dødeligheten og overdosedødeligheten på omtrent samme nivå (¹⁵³).

Andre sykdommer som også forårsaker en del dødsfall blant narkotikabrukere, er kroniske sykdommer som leversykdommer (på grunn av hepatitt C-smitte og tung alkoholbruk), kreft og hjerte- og karsykdommer. Andre årsaker har vært mye mindre påaktet, til tross for indikasjoner på at de har stor betydning. For eksempel kan skader (ulykker, drap og annen vold) samt selvmord stå for 25 % eller mer av dødeligheten hos problembbrukere av narkotika. En litteraturgjennomgang (Darke og Ross, 2002) fant at selvmordsraten blant heroinbrukere var 14 ganger høyere enn i befolkningen generelt. Ferske kohortstudier i Europa har funnet at selvmord sto for 6 % til 11 % av alle dødsfall blant problembbrukere av narkotika. Den totale effekten av disse årsakene er imidlertid vanskelig å anslå på grunn av det begrensede datatilfanget.

(¹⁵²) 2006 ble tatt som det siste året der informasjon om dødsårsaker fra nesten alle medlemsstatene var tilgjengelig gjennom Eurostat. Nærmere opplysninger om kilder for smittetåte, antall og beregninger er gitt i tabell DRD-5 (del iii) i Statistiske opplysninger 2009.

(¹⁵³) Se figur DRD-7 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

Reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall

Tolv land rapporterer at deres nasjonale narkotikastrategi inneholder en egen del som går på reduksjon av narkotikainduserte dødsfall. Ett land, Storbritannia, har en egen handlingsplan for å redusere narkotikarelatert skade, som fastsetter konkrete tiltak for å forebygge narkotikarelaterte dødsfall. Tretten land har ingen egen strategi og har heller ikke viet noen bestemt del av den nasjonale narkotikastrategien til reduksjon av narkotikainduserte dødsfall, og to land la ikke fram noen informasjon om dette i det hele tatt.

Intervensjoner

En prospektiv langtidsstudie gjennomført i Italia blant problembrukere av narkotika ved inntak til behandling, viste at dødsrisikoen i kohorten var ti ganger høyere enn for befolkningen generelt (Davoli et al., 2007). Å være i behandlingsapparatet reduserte risikoen til fire ganger høyere i forhold til befolkningen generelt, noe som bekrefter at narkotikabehandling reduserer narkotikarelatert dødelighet. Imidlertid viste studien også at den høyeste dødeligheten hos narkotikabrukere ble observert de første 30 dagene etter behandlingens avslutning. Dette funnet understreker behovet for et godt ettervern og nødvendigheten av å unngå veldig korte behandlingsepisoder, da risikoen kan utligne fordelene av behandlingen.

De fleste land som har informasjon tilgjengelig om dette, rapporterer at de har produsert bevisstgjørings- og forebyggingsmateriell. Ifølge eksperter fra 28 land ⁽¹⁵⁴⁾ har de fleste eller nesten alle problembrukere i ni land fått informasjon om overdoseforebygging, enten i form av trykt materiell eller multimedialt; det samme gjelder et mindretall i tolv land og i den fransktalende delen av Belgia. Denne typen materiell finnes ikke i Tyrkia, og bare få problembrukere av narkotika har tilgang til det i Estland, Latvia, Ungarn og Slovakia. Ingen informasjon er tilgjengelig fra Bulgaria.

En stor andel av dødelige og ikke-dødelige overdoser skjer der andre er til stede – familiemedlemmer eller andre narkotikabrukere, helsepersonell, sosialarbeidere, politi eller fengselsbetjenter – som vil kunne gripe inn. Ti land rapporterer at det er utarbeidet eget materiell med sikte på å sette familiene til narkotikabrukere i stand til å gjenkjenne og håndtere overdoser. Åtte land har slikt materiell tilgjengelig for polititjenestemenn, og syv land har eget materiell utarbeidet for fengselspersonell ⁽¹⁵⁵⁾. Andre målgrupper inkluderer ansatte i rusmiddeltjenester,

ambulanspersonell og akuttmedisinsk personell i tillegg til innvandrere fra russisktalende land og romafolket. Antallet land som har utarbeidet materiell for flere målgrupper, er imidlertid begrenset, og materialet er ikke alltid tilgjengelig over hele landet.

Alle landene rapporterer at de driver opplysning om overdoserisiko, og ni av dem har slike tiltak i de byene som har flest problembrukere av narkotika. I fire land finnes slike tiltak imidlertid bare i et fåtall av de byene dette gjelder, og i ytterligere tolv land bare i et par byer.

Opplæring i førstehjelp ved overdoser holdes enten enkeltvis eller i grupper. Narkotikabrukerne informeres om risiko, herunder: nedsatt toleranse etter perioder med avholdenhet, effektene av blandingsbruk (særlig samtidig bruk av alkohol), risikoen ved å bruke narkotika alene samt opplæring i førstehjelp. Nasjonale eksperter har anslått at i syv land hadde de fleste problembrukere av narkotika fått noe opplæring i førstehjelp ved overdoser i løpet av siste 12 måneder, mens det samme var tilfellet for bare et fåtall i ti land, og i ytterligere seks land (Belgia, Latvia, Østerrike, Polen, Romania, Slovakia) var det bare et fåtall av problembrukerne som hadde fått slik opplæring. Opplæring i førstehjelp ved overdoser blir ikke gitt i Estland, Ungarn og Tyrkia.

Narkotikabrukere som allerede har opplevd en ikke-dødelig overdose, har stor risiko for å oppleve framtidige overdoser (Coffin et al., 2007). Derfor bør denne gruppen vies særskilt oppmerksomhet. Individuelle vurderinger av overdoserisiko gjøres av kvalifisert personell og tar sikte på å identifisere brukere som trenger mer støtte. Ifølge ekspertene ble det i ni land gjennomført en slik risikovurdering for de fleste problembrukerne minst én gang i løpet av foregående år, mens 16 land bare gjorde dette for et mindretall. Bulgaria, Tyskland og Frankrike har ikke lagt fram informasjon om dette.

Utdeling av nalokson til brukere er ikke noe standardtiltak innenfor overdoseforebygging i Europa, men nalokson deles gjerne ut for hjemmebruk av rusmiddeltjenestene i Italia, hvor dette også kan kjøpes reseptfritt på apotek. I Storbritannia ble lovgivningen med hensyn til nalokson endret i juni 2005, slik at legemidlet nå kan gis av hvem som helst når det er snakk om å redde liv. Effektene av opplæring i førstehjelp ved overdoser sammen med utdeling av nalokson for hjemmebruk ble vurdert i en kohortstudie som involverte 239 opioidbrukere rekruttert fra behandlingsapparatet (Strang et al., 2008). Resultatene viser en bedring i kunnskapene om symptomer på overdose og økt tillit til bruk av nalokson. I løpet av de første tre månedene fikk alle 12 overdoser hvor nalokson ble brukt,

⁽¹⁵⁴⁾ Se tabell HSR-8 i Statistiske opplysninger 2009. Eksperter fra 26 EU-land, Tyrkia og Norge har vurdert graden av utbygging av utvalgte intervensjoner for å forebygge narkotikarelaterte dødsfall.

⁽¹⁵⁵⁾ Se tabell HSR-8 (del ii) i Statistiske opplysninger 2009.

Reduksjon av overdosedødsfall etter soning

I England er det beregnet at 15 % av de 1 506 dødsfallene pga. overdose i 2005 var blant mennesker som nylig var sluppet ut fra fengsel (Department of Health, 2007). Internasjonale studier bekrefter at tiden umiddelbart etter løslatelse innebærer forhøyet risiko for uforsettlig overdose (f.eks. Farrell og Marsden, 2008). Disse studiene understreker også behovet for bedre ettervern for å hjelpe personer som har vært innsatt til å takle sine psykiske problemer og rusproblemer.

Ifølge ekspertvurderinger fra 24 land har seks land ingen veiledning forut for løslatelse med hensyn til overdoserisiko og overdoseforebygging. I ti land gis dette bare til et fåtall av problembrukerne i fengsl, og i ytterligere seks land til under halvparten av dem. Bare Italia og Luxembourg tilbyr overdoseveiledning til de fleste i målgruppen. Ettersom den dagen løslatelsen faktisk skjer, kan være vanskelig å forutse, særlig for varetektsfanger, bør fengslene for å redusere risikoatferd, ideelt drive regelmessig opplysning om overdoserisiko.

Substitusjonsbehandling med opioider, som har vist seg å ha en beskyttende effekt i fengselsmiljøer (Dolan et al., 2005), synes å bli mer tilgjengelig i fengslene i EU, og i 21 land er det tillatt å påbegynne substitusjonsbehandling i fengselet (se kapittel 2). Muligheten for å påbegynne denne typen behandling i fengselet reduserer risikoen for overdose og dødsfall etter løslatelse og reduserer også sannsynligheten for nye fengselsopphold (WHO, 2009). Det er imidlertid viktig at helsetjenesten ved fengsl og behandlingsapparatet ute i samfunnet samarbeider slik at det blir kontinuitet i behandlingen.

et heldig utfall, mens én døde av de seks overdosetilfellene hvor det ikke ble brukt nalokson. Forfatterne konkluderer med at en utbygging av dette tilbudet kan redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall ytterligere, og anbefaler flere studier av effektene av opplæring i førstehjelp ved overdoser og utlevering av nalokson til opioidbrukere for bruk i nødsituasjoner.

Et annet kontroversielt tiltak har vært utbyggingen av sprøyterom (¹⁵⁶), som tar sikte på å redusere dødsrisikoen for klientene ved å tilby rask, hensiktsmessig hjelp fra medisinsk personell ved overdoser på stedet.

Operasjonelle data fra slike tiltak i Europa, Canada og Australia viser at narkotikaoverdoser som finner sted i sprøyterom, avverges, og at det ikke har vært noen overdoser med dødelig utgang. Milloy og kolleger har beregnet hvor mange dødsfall som potensielt er blitt avverget takket være sprøyterommet i Vancouver. De anslø at mellom to og 12 dødsfall kan ha blitt forhindret årlig (Milloy et al., 2008). Dette bekrefter tidligere funn vedrørende den sannsynlige nytteverdien av slike tiltak i forhold til overdosedødsfall i områder med god nok dekning.

⁽¹⁵⁶⁾ Se EONN (2004) for en gjennomgang av dette spørsmålet.

Kapittel 8

Nye narkotiske stoffer og trender

Innledning

Bruken av nye psykoaktive stoffer og nye bruksmønstre kan ha vidtrekkende konsekvenser, både for folkehelsen og for politikken som føres. Nye bruksmønstre er imidlertid vanskelige å avdekke, for de opptrer typisk først i svært lite omfang, i avgrensede områder eller blant begrensede undergrupper av befolkningen. Få land har overvåkingssystemer som er følsomme nok til å oppdage nye fenomener på narkotikafeltet, og de metodologiske problemene med å oppdage dem er betydelige. Likevel er det bred enighet om viktigheten av å identifisere potensielle nye trusler. Den europeiske union har et system for tidlig varsling som omfatter en ordning for rask reaksjon når nye psykoaktive stoffer dukker opp i narkotikamiljøet. Aktivitetene til støtte for systemet for tidlig varsling er en vesentlig del av EONNs virksomhet og skriver seg inn i den generelle satsingen på bruk av et bredt spekter av datakilder for å forbedre det europeiske narkotikaovervåkings-systemets punktlighet og følsomhet.

Tiltak mot nye stoffer

Rådsbeslutningen om nye psykoaktive stoffer ⁽¹⁵⁷⁾ oppretter en ordning for rask utveksling av informasjon om nye psykoaktive stoffer som kan utgjøre en folkehelse- og samfunnstrussel (systemet for tidlig varsling) ⁽¹⁵⁸⁾. Den åpner også for gjennomføring av en formell risikovurderingsprosess, og på grunnlag av utfallet av denne kan det bli truffet en politisk beslutning om å plassere nye stoffer under kontroll i hele Den europeiske union.

Over 90 stoffer er rapportert gjennom systemet for tidlig varsling siden det kom på plass i 1997. Inntil nylig gjaldt de fleste meldingene fenetylaminer og tryptaminer. Men i de senere årene har spekteret av stoffer blitt mye større. Blant disse er mange derivater av piperazin og katinon pluss en broket blanding av andre stoffer, inklusive planteprodukter, et par uvanlige

sentralstimulerende midler samt hallusinogener og en del legemidler.

I løpet av 2008 ble 13 nye psykoaktive stoffer for første gang meldt offisielt i EU gjennom systemet for tidlig varsling. I tillegg til 11 nye syntetiske stoffer var det to planter, men ingen legemidler.

Den kjemiske sammensetningen av de to plantene som ble meldt — kratom og kava — er relativt godt kjent fra litteraturen. De har tradisjonelt blitt brukt i andre deler av verden, og omfanget av dem i narkotikamiljøene i Europa synes å være begrenset.

De fleste av de nylig innrapporterte syntetiske forbindelsene er psykotrope stoffer tilsvarende dem som er oppført i tillegg I og II til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer. Sammenlignet med tidligere år var det færre nye stoffer i 2008 i de største kjemiske gruppene, dvs. fenetylaminer (ett), tryptaminer (to) og piperaziner (ingen). Men seks av de nye stoffene er derivater av katinon. De fleste av de nye stoffene har stimulerende egenskaper, og bare tre har hallusinogene effekter.

I 2008 ble en syntetisk cannabinoid (JWH-018) for første gang noensinne meldt gjennom systemet. Når syntetiske cannabinoider nå har dukket opp på markedet, betyr det at vi er inne i den siste utviklingsfasen for "designerdop"; fra de fentanylbaserte stoffene i 1980-årene, til ringsubstituerte fenetylaminer på slutten av 1980-årene og tryptaminer i 1990-årene, til piperaziner og derivater av katinon etter år 2000. Det finnes over hundre forbindelser med cannabinoid-reseptoraktivitet, og man kan anta at det i narkotikamiljøene stadig vil dukke opp nye stoffer fra forskjellige kjemiske grupper. Alt dette utgjør en konstant trussel mot folkehelsen og en utfordring for rettshåndhevsorganene, både når det gjelder den rettsmedisinske og toksikologiske identifiseringen av nye stoffer så vel som for å få en rask risikovurdering og, om nødvendig, gjennomføring av kontrolltiltak.

⁽¹⁵⁷⁾ Rådsbeslutning 2005/387/JIS av 10. mai 2005 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer (EUT L 127 av 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/new-drugs/early-warning>

Psykoaktive planter rapportert gjennom systemet for tidlig varsling

I de senere år er det kommet inn rapporter om produkter fra fem psykoaktive planter. Artene som er påvist av systemet, er ikke under internasjonal kontroll, men kan kontrolleres av EUs medlemsstater.

Kava (*Piper methysticum*) er en buskvekst som i århundre har blitt brukt i seremoniell sammenheng på øyene i det sørlige Stillehavet. Uttrekk brygget på røttene har angstdempende og avslappende effekt. Det er nå frykt for at langvarig bruk av kava kan gi leverskader. Ifølge rapportene blir verken planten eller virkestoffene (kavalaktoner) kontrollert i noen av EU-medlemsstatene.

Khat består av blad og ferske skudd av *Catha edulis*, en buskvekst som dyrkes i Øst-Afrika og på Den arabiske halvøy. De ferske plantedelene tygges og brukes som et mildt stimulerende middel. Virkestoffene, katinon og katin, er kjemisk sett nært beslektet med syntetiske rusmidler som amfetamin og metkatinon og står på listen over internasjonalt kontrollerte stoffer i henhold til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer. *Catha edulis* kontrolleres i 12 EU-medlemsstater.

Kratom (*Mitragyna speciosa*) er et tre hjemmehørende i Sørøst-Asia. Bladene kan tygges, røykes eller drikkes som te.

Brukt i små doser virker kratom stimulerende. I høyere doser har stoffet en opioidlignende virkning og har blitt brukt i folkemedisinen til smertebehandling og opioidavvenning. De viktigste virkestoffene i kratom er mitragynin, mitrafyllin og 7-hydroksymitragynin, men det er sannsynligvis mitragynin som gjør at kratom virker smertedempende og lindrer abstinenssymptomene ved opioidavvenning. Danmark har ført både planten, mitragynin og 7-hydroksymitragynin opp på listen over kontrollerte stoffer, mens Litauen bare kontrollerer planten og mitragynin.

Salvia divinorum er en flerårig vekst fra det sørlige Mexico, hvor den tradisjonelt brukes i seremoniell sammenheng for sine hallusinogene egenskaper. Det viktigste virkestoffet, salvinin-A, er en kraftig kappa-opioidreseptoragonist. Ved rekreasjonsbruk av *Salvia* tygges bladene, eventuelt kan konsentrerte ekstrakter røykes eller tas sublingvalt, noe som synes å gi en intens virkning. Inntak av blader eller frø av planten har en langvarig, men mindre intens virkning. *Salvia divinorum* eller dets virkestoffer kontrolleres i seks medlemsstater og Kroatia.

Hawaiian baby woodrose (*Argyreia nervosa*) er en flerårig klatreplante. Frøene inneholder virkestoffet d-lysergysyreamid (LSA, også kjent som d-lysergamid), et stoff som er nært beslektet med LSD, og kan ha en mild hallusinogen virkning. LSA er et kontrollert stoff i Irland og Storbritannia.

“Spice”-produkter og relaterte syntetiske cannabinoider

Produkter som markedsføres på internett og i enkelte spesialiserte butikker under navnet “spice”, har vært tilgjengelige minst siden 2006. Selv om “spice” kan være markedsført som røkelse, kan produktet røykes, og da beskriver en del brukere at effekten tilsvarer effekten av cannabis. Etter en rapport fra Sverige har systemet for tidlig varsling overvåket “spice”-produkter siden begynnelsen av 2008.

Informasjonen på emballasjen av “spice”-produkter opplyser at de består av så mange som 14 ingredienser av vegetabilisk opprinnelse. Selv om minst to av ingrediensene — *Pedicularis densiflora* og *Leonotis leonurus* — kan ha en viss psykoaktiv virkning, er lite kjent om de farmakologiske og toksikologiske egenskapene til plantematerialet som “spice”-produktene skal bestå av. Dermed kan det heller ikke sies noe definitivt om hvilken helserisiko disse produktene utgjør, eller deres potensielle psykoaktive effekter. Ingen syntetiske bestanddeler er nevnt i produktinformasjonen.

I 2008 kunne “spice”-produkter i tillegg til ulike “spice”-lignende urteblandinger kjøpes på internett, og de fantes også i forskjellige “headshops” eller “smartshops” som selger “legal highs” i minst ni EU-medlemsstater

(Tsjekkia, Tyskland, Latvia, Litauen, Luxembourg, Østerrike, Polen, Portugal, Storbritannia).

Medlemsstatene har iverksatt omfattende rettsvitenskapelige undersøkelser for å identifisere de psykoaktive bestanddelene i “spice”-produkter. I desember 2008 ble det syntetiske cannabinoidet JWH-018 påvist i Tyskland og Østerrike⁽¹⁵⁹⁾. Den kjemiske strukturen for JWH-018 er helt annerledes enn tetrahydrocannabinol (THC), som er hovedvirkestoffet i alle cannabisprodukter. Hos forsøksdyr produserer JWH-018 de samme effektene som THC, og stoffet er dessuten rapportert å være sterkere. I begynnelsen av 2009 ble et annet syntetisk cannabinoid, CP 47,497⁽¹⁶⁰⁾, og tre homologer påvist i “spice”-prøver i Europa.

Syntetiske cannabinoider er bare identifisert i et begrenset antall prøver, og i varierende mengder. Det kan synes som om disse syntetiske stoffene er tilsatt i det skjulte, i og med at informasjonen på emballasjen på “spice”-produkter bare oppgir urter som ingredienser.

Det er ikke kjent at stoffene JWH-018 og CP 47,497 og deres homologer, som sådan, er brukt i særlig stor utstrekning som psykoaktive rusmidler. Derfor gjenstår det fortsatt å se om det faktisk finnes etterspørsel etter

⁽¹⁵⁹⁾ Naftalen-1-yl-[1-pentylindol-3-yl]metanon.

⁽¹⁶⁰⁾ 5-(1,1-dimetylheptyl)-2-[(1R,3S)-3-hydroksykykloheksyl]-fenol.

akkurat disse stoffene, og om det er behov for ytterligere tiltak som fastsatt i rådsbeslutning 2005/387/JIS.

På grunn av den potensielle helsefaren har fem medlemsstater iverksatt forskjellige tiltak for å forby eller på annen måte kontrollere "spice"-produkter og "spice"-relaterte forbindelser. Tyskland har vedtatt en kriselov for i løpet av ett år å kontrollere fem syntetiske cannabinoider funnet i "spice"-produkter. Frankrike har klassifisert seks syntetiske cannabinoider funnet i "spice"-produkter som narkotika. Østerrike brukte legemiddelloven for å forby import og markedsføring av røykeblandinger som inneholder seks syntetiske cannabinoider. Luxembourg har vedtatt å kontrollere ulike syntetiske cannabinoider som psykotrope stoffer. Polen har endret sin narkotikalov slik at JWH-018 og to av de påståtte urteingrediensene i "spice" nå er klassifisert som kontrollerte stoffer.

Nasjonale prosedyrer for risikovurdering

I 2008 gjorde EONN en studie av de ulike nasjonale prosedyrene for å føre nye stoffer opp på narkotikalistene, hvor lang tid dette tok og hvorvidt det ble gjennomført en nasjonal risikovurdering i den forbindelse. Studien ble gjennomført i 26 land, som på grunnlag av tilnærmingen til risikovurderingen, grovt kan inndeles i tre grupper. Seks land gjennomfører ingen risikovurdering i det hele tatt. Generelt stoler disse landene på risikovurderinger gjort internasjonalt eller i andre europeiske land. I syv land gjennomføres nasjonale risikovurderinger på ad hoc-basis, etter behov. Og 13 land gjennomfører en form for risikovurdering i forbindelse med vurderingen av hvorvidt et stoff skal føres opp på narkotikalistene eller ikke, enten fordi narkotikaloventen eller tilsvarende lovgivning forutsetter det, eller som et ledd i behandlingen av forslag til ny lovgivning.

Påvist skadenivå har ingen innvirkning på hvor fort lovgivningsprosessen går i 12 av de 20 landene som kan gjennomføre egne risikovurderinger. Fire land (Tyskland, Luxembourg, Slovakia, Sverige) kan ta i bruk en hasteprosedyre når risikonivåene anses å være høye. I Frankrike, Østerrike og Norge vil man i hastesaker forsere gjennomføringen av selve risikovurderingen. I Nederland foreligger begge muligheter.

I 16 land gjennomføres nasjonale risikovurderinger av en gruppe eksperter fra offentlig forvaltning, dvs. enten et kompetent departement eller et statlig organ. Seks land rådfører seg ved behov med uavhengige forskere eller har mulighet for å gjøre det. Endelig gjennomføres en risikovurdering av uavhengige vitenskapelige organer i tre land (Nederland, Østerrike, Storbritannia).

Se juridiske rapporter fra ELDD for ytterligere opplysninger (<http://eldd.emcdda.europa.eu>).

Internett: en markeds plass for psykoaktive stoffer

Internett har blitt en ny markeds plass for psykoaktive stoffer, der detaljistene har mulighet for å tilby alternativer til kontrollerte stoffer for salg til et stort publikum. Dette har betydning for potensialet for spredning av nye psykoaktive stoffer, og overvåking av denne salgskanalen blir stadig viktigere i arbeidet med å identifisere nye narkotikatrender. Det er spesielt viktig å fokusere på risikoene forbundet med de stoffene som tilbys for salg. Informasjon om de nye produktene er nødvendig både for brukere og for fagmiljøene, herunder kliniske toksikologer, giftkontrollspesialister og de som arbeider på rusfeltet.

EONN gjennomfører årlig en "snapshot"-studie for å identifisere nye utviklinger på internettets narkotikamarked. I 2009 ble til sammen 115 internetbutikker undersøkt. Ut fra nasjonale toppnivådomener og andre opplysninger på nettstedene synes internetbutikkene å være etablert i 17 europeiske land. De fleste nettbutikkene som ble identifisert, hadde base i Storbritannia (37 %), Tyskland (15 %), Nederland (14 %) og Romania (7 %).

I motsetning til i 2008 ble det ikke funnet hallusinogene sopper som inneholder psilocin og psilocybin i noen av internetbutikkene som ble undersøkt i 2009. Fire butikker i Frankrike og Nederland hadde imidlertid sclerotia for salg, dvs. tørket mycelium av de hallusinogene soppene *Psilocybe mexicana*. Blant nye produkter som ble tilbudt for salg i 2009, var en rekke urteprodukter til røyking samt "partypiller" som inneholder nye, lovlige alternativer til benzylpiperazin (BZP). Det har også vært økt fokus på snuffprodukter og pulver fra urter.

"Spice"-produkter^[61] var tilbudt for salg av 48 % av butikkene som undersøkelsen omfattet. Selv om internetbutikkene som solgte "spice"-produkter hadde base i 14 forskjellige land i Europa, lå 42 % av dem i Storbritannia, og ganske mange også i Irland, Latvia og Romania.

Bekymringer omkring "spice"-produktene har ført til at mange land har iverksatt tiltak for å forby eller på annen måte kontrollere disse stoffene. Pr. mars 2009 var "spice"-produktene trukket fra internetbutikkene i Tyskland, Østerrike og Frankrike.

I 2009 begynte det å dukke opp på internett røykeblandinger som skulle være alternativer til "spice". Butikkene i undersøkelsen hadde minst 27 forskjellige urteblandinger for røyking som de tilbød som alternativer til "spice". Produktene markedsføres med at de inneholder plantebaserte ingredienser, men noen av dem inneholder også den hallusinogene soppen *Amanita muscaria*.

[61] Se " "Spice"-produkter og relaterte syntetiske cannabinoider", s. 92.

“Spice”-alternativene som tilbys for salg i Østerrike og Tyskland omfatter flere urteblandinger for røyking og selges som “duftspredere” eller røkelse. Når vi ser hvor fort erstatningsprodukter for “spice” kom, skjønner vi hvilken evne denne markedsplassen har til å snu seg i forhold til endringer i lovgivningen for psykoaktive stoffer, ofte ved å sette nye stoffer ut på markedet.

Siden BZP ble underlagt kontrolltiltak i EU-medlemsstatene, kan dette stoffet ikke lenger brukes i “partypiller” som selges som lovlige alternativer til ecstasy. I begynnelsen av 2009 var det mange internettbutikker som tilbød BZP-frie “partypiller”. For eksempel tilbød internettbutikker basert i Irland, Polen og Storbritannia “retro-piller”, som angivelig skal inneholde 1-(4-fluorfenyl)piperazin (pFPP), et stoff som beskrives å ha en mild hallusinogen og sterk euforisk virkning.

Snuffprodukter markedsføres som et alternativ til kontrollerte stoffer som kokain eller amfetamin. Produktene skal inneholde koffein og en rekke andre plantebaserte ingredienser, f.eks. *Acorus calamus*, *Hydrastis canadensis* og *Tilia europea*.

Oppfølging av stoffer

Piperaziner

I 2007 konkluderte en aktiv overvåkingsrapport fra EONN/Europol om mCPP (1-(3-klorfenyl)piperazin) med at dette ikke har noen spesiell appell til brukere, og at det er usannsynlig at stoffet vil etablere seg som et rekreasjonsrusmiddel som sådan. I 2008 var imidlertid mCPP fortsatt det lettest tilgjengelige nye syntetiske stoffet på det illegale narkotikamarkedet, alene eller i kombinasjon med MDMA. Dette framgår av både antallet beslag og av beslaglagte kvanta innrapportert til EONN og Europol. Det er ennå ikke klart om stoffet brukes for å forsterke eller etterligne en del av effektene til MDMA eller bare som et utblandingsstoff. Men ettersom mCPP i de fleste medlemsstatene ikke er et kontrollert stoff, er det sannsynligvis en viss underrapportering når det gjelder beslagene.

Den 3. mars 2008 bestemte Rådet at medlemsstatene skal treffe de nødvendige tiltak, i samsvar med nasjonal lovgivning, for å innføre kontrolltiltak for BZP som står i

forhold til risikoene stoffet representerer, og strafferettslige sanksjoner i nasjonal lovgivning i henhold til deres forpliktelser etter FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer ⁽¹⁶²⁾. Medlemsstatene skal bestrebe seg på å gjennomføre dette snarest mulig og senest innen ett års fra beslutningens dato. På det tidspunkt denne rapporten ble utarbeidet, har 17 medlemsstater ⁽¹⁶³⁾ rapportert at BZP nå er et kontrollert stoff.

GHB/GBL og ketamin

I Europa har gammahydroksybutyrat (GHB) og ketamin vært overvåket siden 2000, da det ble gjennomført en risikovurdering av begge disse stoffene innenfor rammen av EUs Fellestiltak av 1997 mot nye syntetiske stoffer (EONN, 2002).

Bare noen få land har sendt inn prevalenstill for GHB og ketamin, og prevalensestimaterne som er innrapportert, ligger på langt lavere nivå enn for andre illegale rusmidler. Det er vanskelig å vurdere om situasjonen er endret, da prevalenstillene er basert på ikke-probabilistiske utvalg med begrenset sammenlignbarhet over tid og mellom utvalg. Den nederlandske Trendwatch-studien rapporterte en beskjeden økning i bruken av GHB i bestemte nettverk og regioner i Nederland i 2007, men både GHB og ketamin brukes mindre ofte enn andre partydop og for det meste i skjulte populasjoner, hjemme og på fester. I motsetning til økningene rapportert i foregående år, indikerer de siste statistikkene over medisinske akutsituasjoner, relatert til GHB i Amsterdam, en klar nedgang, fra 444 tilfeller i 2006 til 110 i 2007. En studie fra et sykehus i London rapporterte 58 akutttilfeller relatert til ketaminbruk i 2006, og samme tall i 2007. I de fleste ketaminrelaterte rapportene var stoffet inntatt sammen med andre rusmidler. Bare 11 % gjaldt ketamin alene, og ingen av disse tilfellene krevde innleggelse på intensivavdeling (Wood et al., 2008).

ESPAD-undersøkelsen som ble gjennomført i 2007, inneholder de nyeste dataene om bruken av GHB blant 15–16-årige skoleelever i Europa. Hos skoleelevene som ble spurt i 26 EU-land, Norge og Kroatia, varierer livstidsprevalensen av bruk av GHB fra null til 3 %, men i de fleste landene ligger prevalensen på 1 % eller under.

⁽¹⁶²⁾ Rådsbeslutning 2008/206/JIS av 3. mars 2008 om definisjon av 1-benzylpiperazin (BZP) som et nytt psykoaktivt stoff som skal være gjenstand for kontrolltiltak og strafferettslige bestemmelser.

⁽¹⁶³⁾ Belgia, Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Hellas, Frankrike, Italia, Kypros, Litauen, Luxembourg, Malta, Ungarn, Portugal, Slovakia, Sverige og Finland, samt Kroatia, Tyrkia og Norge.



Referanser

- 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. og 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. og Jenner, L. (redaktører) (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. og 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*, FNs narkotikakommisjon: Det økonomiske og sosiale råd, Wien.
- 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. og 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, Brussel.
- 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.
- 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 og WHO's regionkontor for Europa (2008), *HIV/AIDS surveillance in Europe 2007*, Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer, 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*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2004), *European report on drug consumption rooms*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2005), *Komorbiditet: narkotikabruk og psykiske lidelser*, Fokus på narkotika nr. 14, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2006a), *A gender perspective on drug use and responding to drug problem*, Selected issue, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2006b), *Developments in drug use within recreational settings*, Selected issue, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.

- EONN (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, Selected issue, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus No 16, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2007c), *Drugs and driving*, Selected issue, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2008b), *Årsrapport 2008: Narkotikasituasjonen i Europa*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2008c), *Drugs and vulnerable groups of young people*, Selected Issue, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2008d), *Monitoring the supply of cocaine to Europe*, Technical datasheet, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/cocaine-trafficking>).
- EONN (2008e), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, Selected issue, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2009a), *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, Insights No 10, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- 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, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/indicated-prevention>).
- Europakommisjonen (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", COM (2007) 199 final (http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2007/com2007_0199en01.pdf).
- Europakommisjonen (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).
- Europakommisjonen (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, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. og Marsden, J. (2008), "Acute risk of drug-related death among newly released prisoners in England and Wales", *Addiction* 103, s. 251-5.
- Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker (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*, Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, Brussel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_frep1.pdf).
- Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker (2008b), *Quality of treatment services in Europe — drug treatment situation and exchange of good practice*, Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker, Brussel (http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/documents/drug_treatment_frep_en.pdf).
- 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, 437-43.
- Hall, W. og Solowij, N. (1998), "Adverse effects of cannabis", *Lancet* 1352, s. 1611-16.
- Hedrich, D., Majo Roca, X., Marvanykövi, F. og Razc, J. (redaktører) (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. og 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*,

Centralförbundet för alkohol og narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pempidou-gruppe.

Hoare, R. og 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*, De forente nasjoner: Det internasjonale kontrollråd for narkotika, New York.

INCB (2009b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2008*, De forente nasjoner: Det internasjonale kontrollråd for narkotika, New York.

Jager, J., Limburg, W., Kretschmar, M. et al. (redaktører) (2004), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN), Lisboa.

Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrell, M. og Lima, M.S. (2007), "Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders", *Cochrane Database of Systematic Reviews* (3), CD003023.

Korf, D. (red.) (2008), *Cannabis in Europe: dynamics in perception, policy and markets*, Pempidou-gruppen, Pabst Science Publishers, Lengerich, Tyskland.

Loftis, J.M., Matthews, A.M. og 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. og 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. og 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. og 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): e2101. doi:10.1371/journal.pone.0002101

Miovský, M., Miovská, L., Řehan, V. og 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://cspsych.psu.cas.cz/files/cspsych_supplement2007.pdf).

Moussalli, J., Melin, P., Wartelle-Bladou, C. og Lang, J.P. (2007), "Prise en charge de l'hépatite C chez les patients utilisateurs de drogues" [Behandling av hepatitt C hos pasienter som bruker narkotika], *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. og 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/>).

Obradovic, 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. og 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. og 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. og Küfner, H. (2007), "Monitoring des Arzneimittelgebrauchs 2006 bei Klienten von Suchtberatungsstellen (PHAR-MON)", *Sucht* 54 (Supplement 1), s. S65–S77.

Rosenberg, H., Melville, J. og 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*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN), Lisboa.

Schroder, R., Sellman, D., Frampton, C. og 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", I: *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).
- Skottlands regjering (2008), *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research (<http://www.scotland.gov.uk/Resource/Doc/243164/0067668.pdf>).
- Strang, J. og 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. og 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. og 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. og Gandilhon, M. (2008), *The first national survey on users of the CAARUD centres*, Tendances No. 61, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- UNODC (2009), *World drug report*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC og Marokkos regjering (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- Vandam, L. (2009), "Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature", I: Cools, M. et al. (redaktører), *Contemporary issues in the empirical study of crime*. Maklu, Antwerpen.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M. et al. (ikke publisert), "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. og 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. og Lokman, S. (2007), Evaluatierapport DVP-Campagne 2006 "Je bent niet gek als je niet blowt", Trimbos Institute, Utrecht.
- WCO (2008), *Customs and drugs 2007*, Verdens tollorganisasjon, Brussel.
- WHO (2007), *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO's regionkontor for Europa, København (<http://www.euro.who.int/document/e90174.pdf>).
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Verdens helseorganisasjon, Genève (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. og Dargan, P.I. (2008), "Ketamine-related toxicology presentations to the ED", *Clinical Toxicology* 46, s. 630.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. og 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).

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

Årsrapport for 2009: Narkotikasituasjonen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

2009 — 99 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-401-4

How to obtain EU publications

Publications for sale:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- from your bookseller by quoting the title, publisher and/or ISBN number;
- by contacting one of our sales agents directly. You can obtain their contact details on the Internet (<http://bookshop.europa.eu>) or by sending a fax to +352 2929-42758.

Free publications:

- via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>);
- at the European Commission's representations or delegations. You can obtain their contact details on the Internet (<http://ec.europa.eu>) or by sending a fax to +352 2929-42758.

Om EONN

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er et av Den europeiske unions desentraliserte byråer. Det ble opprettet i 1993 og har sitt hovedkontor i Lisboa. EONN er den viktigste kilden til informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet i Europa.

EONN samler inn, analyserer og formidler objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet og kan dermed gi publikum et evidensbasert bilde av narkotikasituasjonen i Europa.

Senterets publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, vitenskapelige miljøer, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet, og i videre forstand, media og allmennheten.

I årsrapporten presenterer EONN sin årlige oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Rapporten er et viktig referansedokument for alle som søker siste nytt om narkotikasituasjonen i Europa.



Publikasjonskontoret

