



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096

ÅRSBERETNING 2008

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

ÅRSBERETNING 2020

Retlig meddelelse

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

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

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

Frikaldsnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, 2008

ISBN 978-92-9168-324-6

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2008

Gengivelse er tilladt med kildeangivelse.

Printed in Luxembourg

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lissabon
Tlf. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.europa.eu • <http://www.emcdda.europa.eu>

Indhold

Forord	5
Tak	7
Indledning	9
Kommentar: Narkotikasituationen i Europa – nye perspektiver og nogle velkendte fakta	11
Kapitel 1: Politikker og lovgivninger Politisk udvikling internationalt og i EU • Nationale strategier • Offentlige udgifter • National lovgivning • Kriminalitet • National forskning	18
Kapitel 2: Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa – en oversigt Forebyggelse • Behandling • Skadesreduktion • Social reintegration • Sundhed og sociale tiltag i fængsler	28
Kapitel 3: Cannabis Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Behandling	37
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy og lsd Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Fritidsmiljøer • Behandlingsudbud	48
Kapitel 5: Kokain og crackkokain Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Behandling og skadesreduktion	59
Kapitel 6: Opioidbrug og intravenøs stofbrug Heroin: udbud og tilgængelighed • Skøn over udbredelsen af problematisk opiodbrug • Intravenøs stofbrug • Behandling af problematisk opioidbrug	69
Kapitel 7: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald Smitsomme sygdomme • Forebyggelse af smitsomme sygdomme • Dødsfald og dødelighed • Nedbringelse af antallet af dødsfald	79
Kapitel 8: Nye stoffer og nye tendenser EU's indsats mod nye psykoaktive stoffer • Internetbutikker • GHB og GBL	91
Referencer	96



Forord

Vi er stolte over at kunne præsentere den trettende årsberetning fra Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Denne beretning er udelukkende blevet muliggjort gennem hårdt arbejde og engagement fra vore partnere i Reitox-nettet af nationale knudepunkter og eksperter i hele Europa, som har bidraget til analysen. Vi skylder også EU-agenturer og internationale organisationer, der arbejder inden for narkotikaområdet, en stor tak. Beretningen er et kollektivt stykke arbejde, og vi takker alle, som har bidraget til den. En nøgtern analyse af, hvad vi ved om narkotikasituationen, er nemlig en forudsætning for en velinformeret, produktiv og fornuftig debat. Den sikrer, at udtalelserne er baseret på fakta, og at de, der foretager vanskelige politiske valg, kan danne sig et klart billede af omkostningerne og fordelene ved de eksisterende løsningsmuligheder.

Dette år har været et usædvanligt travlt år for narkotikapolitikken, og EONN glæder sig over at have bidraget til såvel den endelige evaluering af EU's nuværende narkotikahandlingsplan og gennemgangen af erklæringen fra FN's Generalforsamlings særlige samling om narkotikaproblemet fra 1998. Det er dejligt at se, at Europa efter internationale standarder tegner sig som en af de regioner i verden, hvor overvågningskapaciteten er mest udviklet. Vi er dog bevidste om vores aktuelle informationsressourcers begrænsninger, og vi og vore partnere arbejder hele tiden på at forbedre kvaliteten og relevansen af de tilgængelige data.

Et af de gennemgående temaer i den politiske debat om narkotika er omkostningerne — både de skjulte og de mere synlige — i tilknytning til Europas narkotikaproblem. Dette spørgsmål behandles i forskellige dele af denne beretning. EONN har arbejdet på at få et overblik over de offentlige udgifter, der er knyttet til håndtering af stofbrug i EU's medlemsstater. Dette arbejde er endnu i sin vorden, og de foretagne skøn er mere vejledende end præcise. Alligevel tyder de på, at der bruges betydelige beløb, idet de foreløbige tal ligger på mellem 28 mia. og 40 mia. EUR. Det er derimod betydeligt sværere at foretage en økonomisk vurdering af de skader, som narkotika forårsager. Hvilke omkostninger skal vi medregne, når vi ser på det tragiske tab af liv, som forårsages af narkotika i Europa, den negative indvirkning på de lokalsamfund, hvor narkotika fremstilles eller sælges, eller den måde, hvorpå narkotikasmugling underminerer den sociale udvikling og politiske stabilitet

i producent- og transitlandene? Vi behøver ikke gå længere end til den foruroligende udvikling som følge af transit af kokain via Vestafrika for at se de indirekte skader, som dette problem kan forårsage.

På den positive side ser stofbruget i Europa ud til at stabilisere sig, og der sker fremskridt i den måde, hvorpå EU's medlemsstater håndterer problemet. For de fleste typer stoffer er vores overordnede vurdering, at vi ikke oplever stigninger, og på nogle områder ser tendensen ud til at være for nedadgående. Når det gælder foranstaltninger har vi oplevet, at næsten alle medlemsstaterne har vedtaget en strategisk fremgangsmåde, og at der opleves større samhörighed på europæisk plan. Behandlingstilbuddene vokser fortsat, og i nogle lande har de nået et omfang, hvor størstedelen af heroinbrugere, der engang blev betragtet som en skjult befolkningsgruppe, nu er i kontakt med tjenester af en eller anden art. For ikke så mange år siden var hiv-infektioner blandt intravenøse stofbrugere et centralt problem i den narkotikapolitiske debat. Siden da er en pragmatisk blanding af forebyggelse, behandling og skadesreduktion blevet normen i Europa. Antallet af nye infektioner, der kan tilskrives stofbrug, er faldet og falder fortsat.

Gode nyheder skaber sjældent overskrifter og kan overses. Det er dog vigtigt at anerkende de fremskridt, der er gjort. I Europa har vi en voksende forståelse af, hvilke foranstaltninger der kan være effektive i håndteringen af narkotikaproblemerne. En accept af, at vore aktiviteter kan gøre og rent faktisk gør en forskel, er en forudsætning for at sikre investeringer og politisk støtte. Hermed være ikke sagt, at der i vores beretning ikke fremhæves mange områder, der giver anledning til bekymring i EU. Eksempelvis kan nævnes den fortsatte stigning i kokainbrugen og de betydelige forskelle, der stadig findes mellem landene med hensyn til tilgængeligheden og kvaliteten af de tjenester, der tilbydes dem, der har problemer. Vi må derfor konkludere, at selv om der er gjort fremskridt, så er målet langt fra nået. I Europa er der imidlertid i dag mere end nogensinde tidligere større enighed om den retning, vi skal tage.

Marcel Reimen

Formand for EONN's bestyrelse

Wolfgang Götz

Direktør for EONN



Tak

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

- lederne af de nationale Reitox-knudepunkter og deres personale
- tjenestegrenene i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EONN
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — især Den Horisontale Narkotikagruppe — og Europa-Kommissionen
- Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og Europol
- Europarådets Pompidou-gruppe, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, ESPAD-projektet og Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer (CAN) samt Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af Aids
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer.

Nationale Reitox-knudepunkter

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

Kontaktoplysninger til de nationale knudepunkter findes på adressen:

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



Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget i form af nationale rapporter fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge (der har deltaget i EONN's arbejde siden 2001). De her anvendte statistiske data vedrører 2006 (eller det seneste år, for hvilket der foreligger data). Figurer og tabeller i denne beretning kan afspejle en delmængde af EU-lande, idet udvælgelsen er foretaget på grundlag af de lande, for hvilke der foreligger data i den pågældende periode.

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

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

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

Tendensanalyser er kun baseret på de lande, der indsender tilstrækkelige data til at beskrive ændringer over den pågældende tidsperiode. Tal for 2005 kan stå i stedet for manglende værdier for 2006 i tendensanalysen af data om narkotikamarkedet; ved analyse af øvrige tendenser kan manglende data være interpoleret. Pristendenser er justeret for national inflation.

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

Yderligere oplysninger om data og analysemetoder er anført i Statistical bulletin 2008.

Årsberetningen kan downloades på 23 sprog og findes på <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.

Statistical bulletin 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) indeholder alle de kildetabeller, som de statistiske analyser i årsberetningen er baseret på. Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om de anvendte metoder og omkring 100 statistiske figurer.

Landeoversigterne (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) indeholder et resumé af centrale aspekter ved narkotikasituationen i hvert land.

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



Kommentar

Narkotikasituationen i Europa — nye perspektiver og nogle velkendte fakta

En stærk stemme fra Europa i et år, hvor eftertanke og politikudvikling er i højsædet

I 2008 blev Europas narkotikahandlingsplan 2005-2008 evalueret, og der blev arbejdet med udviklingen af en ny plan, der skal bringe EU's narkotikastrategi ind i sin anden periode (2009-2012). Samtidig omarbejder eller gennemgår 13 medlemsstater deres nationale narkotikastrategier eller handlingsplaner. Internationalt set markerer 2008 også tiåret for de erklæringer og handlingsplaner, der blev vedtaget på De Forenede Nationers Generalforsamlings 20. særlige samling (UNGASS). Dette gør 2008 til det hidtil vigtigste år for europæiske og globale overvejelser over, hvilke resultater narkotikapolitikkerne indtil videre har givet, og hvilken retning de skal tage i fremtiden.

Den voksende europæiske konsensus fremgår af, at medlemsstaterne har vedtaget nationale narkotikastrategier, og af deres bidrag til den globale debat om narkotika. Alle medlemsstaterne med undtagelse af en har nu udarbejdet nationale narkotikapolitiske dokumenter, og omkring halvdelen af dem strukturerer deres nationale politiske dokumenter efter de samme retningslinjer som EU's handlingsplan — et tegn på voksende politisk konvergens i Europa med hensyn til, hvordan narkotikaproblemet skal håndteres. EU's medlemsstater har med støtte fra Kommissionen gjort en stadig stærkere fælles holdning på EU-plan gældende i de løbende drøftelser, der har ledsaget gennemgangen i UNGASS. I de europæiske bidrag til drøftelserne er der blevet lagt vægt på behovet for detaljerede, afbalancerede og bevisbaserede politikker og aktioner og på værdien af en forbedret overvågning af det globale narkotikaproblem i perioden efter UNGASS.

Stofbrug og anvendelse af kriminelle sanktioner: et broget billede

I de senere år har EONN rapporteret om en tendens i de europæiske lande til at skelne kraftigere i deres narkotikalovgivning mellem dem, der smugler eller sælger stoffer, og dem, der bruger dem. Denne skelnen afspejles i de nedsatte straffe for stofbrug i nogle lande, skønt andre lande har afvist at nedsætte straffene eller endog

har hævet dem. I praksis er det ofte vanskeligt at skelne mellem leverandør og bruger, og der er store forskelle på, hvor medlemsstaterne har trukket linjen mellem disse to kategorier.

De tilgængelige data bekræfter ikke den antagelse, at de europæiske lande skulle gøre mindre brug af kriminelle sanktioner over for stofbrug. I de seneste fem år er antallet af indberettede tilfælde af overtrædelse af narkotikalovgivningen steget i Europa. De fleste tilfælde af indberettede tilfælde af overtrædelse af narkotikalovgivningen vedrører brug og besiddelse snarere end salg, og mens antallet af lovovertrædelser i tilknytning til salg er steget med 12 %, er antallet vedrørende besiddelse steget med over 50 %. Cannabis er fortsat det stof, der oftest forbindes med overtrædelser af narkotikalovgivningen.

Årsagerne til stigningen i antallet af lovovertrædelser i tilknytning til stofbrug er uklare og kan endog hænge sammen med den mulighed, at det i nogle lande måske er administrativt mere enkelt at idømme en dom for besiddelse. De foreliggende data underbygger dog ikke det synspunkt, som nogle har fremsat, nemlig at sandsynligheden for, at stofbrugere og navnlig cannabisbrugere vil blive sigtet for overtrædelse af narkotikalovgivningen, er blevet mindre i de senere år. Endvidere er det omfang, i hvilket de anvendte sanktioner for narkotikabesiddelse har ændret sig, uklart, og EONN vil undersøge dette spørgsmål i et udvalgt tema næste år.

Unge holdninger til stofbrug undersøges i en ny undersøgelse

De unges holdninger til og opfattelser af stoffer blev undersøgt i en nyere Eurobarometerundersøgelse, og der var stor overensstemmelse mellem landene. Generelt blev risiciene ved at bruge stoffer som heroin, kokain og ecstasy vurderet til at ligge så højt som mellem 81 % og 96 % blandt de personer, der indgik i undersøgelsen. Langt størstedelen af respondenterne (95 %) mente, at narkotika fortsat skulle kontrolleres i Europa. Holdningerne til cannabis var imidlertid mere delte, idet 40 % mente, at dette stof indebar en høj risiko, mens

omkring det samme antal (43 %) mente, at brugen af cannabis indebar en »middelstor sundhedsrisiko«, der i det store og hele svarede til risiciene ved tobaksrygning. Opfattelserne af sundhedsrisiciene i tilknytning til brug af cannabis afspejledes i den lavere støtte til et fortsat forbud mod cannabis (67 %) og i det synspunkt, som et stort mindretal (31 %) indtog, nemlig at cannabis bør reguleres på samme måde som alkohol og tobaksvarer.

Forebyggelse af stofbrug: Bevisgrundlaget vokser, men ændringerne i praksis sker langsomt

Til trods for den næsten universelle støtte til forebyggelse af stofbrug stiller formelle evalueringer store krav til de anvendte metoder, og traditionelt set har beviserne for interventionernes effektivitet på dette område været begrænsede. Situationen ændrer sig nu, efterhånden som det videnskabelige grundlag for narkotikaforebyggelse vokser, og der gennemføres strammere undersøgelser. Selv om der stadig ofte må drages følgeslutninger af resultaterne af amerikanske undersøgelser, hvis relevans i europæisk sammenhæng kan være tvivlsomme, findes der nu en voksende mængde europæisk information. Den information, der er tilgængelig nu, åbner mulighed for en større forståelse af, hvilke typer aktiviteter der vil vise sig at være effektive, og hvordan de skal målrettes dem, der er udsat for den største risiko. Alligevel tyder nye data i mange lande på, at de fremherskende fremgangsmåder ofte stadig mangler et stærkt bevisgrundlag og i nogle tilfælde omfatter aktiviteter, der endog kan virke imod hensigten. Udfordringen for de politiske beslutningstagere kan være, at de programmer, som man ved giver resultater, ofte kræver både en større investering af ressourcer og større vægt på uddannelse og kvalitetskontrol.

For at støtte videnoverførsel og overførsel af bedste praksis på narkotikaområdet lancerede EONN i 2008 en internetportal om bedste praksis. Portalen, der omfatter et forebyggelsesmodul, giver et overblik over de seneste beviser for programmets effektivitet og målrettethed, ligesom der findes redskaber og standarder, der sigter mod at forbedre kvaliteten af interventionerne. Der findes ligeledes eksempler på evalueret praksis i Europa.

Narkotikabehandling: større vægt på resultater og patienternes behov

Antallet af stofbrugere, der modtager behandling for deres afhængighed, er vokset betydeligt i de senere år, og i mange lande er en betydelig del af de problematiske opioidbrugere nu i langsigtet substitutionsbehandling. Denne tendens har ført til en udvidelse af de tilgængelige

farmaceutiske muligheder og resulteret i et stærkere fokus på behandlingskvalitet og resultater i modsætning til behandlingsaccept som det primære politiske mål. Debatten har navnlig flyttet sig til drøftelser af, hvad der er realistiske langsigtede mål for substitutionsbehandlingen, og i hvor vid udstrækning klienterne kan genintegreres i samfundet og vende tilbage til en normal levevis. Beskæftigelse er et af de centrale elementer i en genintegrering i samfundet, og det har vist sig at have stor betydning for prognoserne. Det er dog ofte vanskeligt at opnå en genintegrering på arbejdsmarkedet på grund af de ringe færdigheder og den lave uddannelsesmæssige status, der kendetegner mange af personerne i en generelt aldrende gruppe af kroniske stofbrugere i langsigtet behandling i Europa. Det bliver stadig vigtigere for de europæiske narkotikabehandlingstjenester at nå til enighed om, hvad der kan betegnes som vellykkede resultater for personer med langvarige narkotikaproblemer og om, i hvilket omfang personerne i denne gruppe med held kan genintegreres i samfundet.

Selv om Europa fortsat oplever en stigning i narkotikabehandlingstilbuddene, findes der stadig store forskelle mellem landene med hensyn til tilgængeligheden af behandling eller det omfang, hvori tjenesterne beskæftiger sig med forskellige typer narkotikaproblemer. Endvidere er den omfattende anerkendelse af værdien af at tilbyde brugere i fængsler narkotikabehandling endnu ikke blevet fulgt op af investeringer i tjenester på dette område, der i de fleste lande ikke er særlig udviklet. En vigtig udfordring for narkotikabehandlingstjenesterne i Europa er behovet for at udvikle behandlingsmodeller, der er skræddersyet til behovene i en mere uensartet gruppe af stofbrugere. I denne generelle sammenhæng, hvor der ikke er tegn på, at en enkelt metode er den bedste, udvikler nogle europæiske lande interessante nye metoder til behandling af cannabis- eller kokainbrugere. De komplekse problemer, der forårsages af forskellige mønstre i blandingsbrugen, herunder alkoholbrug, udgør en udfordring i forbindelse med udviklingen af behandlingstjenester. Det er derfor sandsynligt, at europæiske narkotikabehandlingstjenester vil skulle udvikle et stadigt mere differentieret tilbud i fremtiden, hvis de skal kunne leve op til deres klienters stadigt mere differentierede behov.

Stærkere signaler om, at cannabisbrugens popularitet måske er faldende

Nyere data fra undersøgelser blandt skoleelever og i den voksne befolkning tyder på, at den samlede cannabisbrug har stabiliseret sig eller er faldende i nogle lande. Der findes fortsat forskellige nationale tendenser og markante

Et overblik — skøn over stofbrug i Europa

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

Cannabis

Langtidsprævalens: mindst 71 millioner (22 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 23 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: over 12 millioner europæere

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,8 % til 11,2 %

Kokain

Langtidsprævalens: mindst 12 millioner (3,6 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 4 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 2 millioner

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

Ecstasy

Langtidsprævalens: omkring 9,5 millioner (2,8 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2,6 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: over 1 millioner

Landevariation i det sidste års forbrug:

0,2 % til 3,5 %

Amfetaminer

Langtidsprævalens: næsten 11 millioner (3,3 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2 millioner voksne europæere eller en femtedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: under 1 millioner

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

Opioider

Problematiske opioidbrug: mellem 1 og 6 tilfælde pr. 1 000 voksne europæere

I 2005-2006 tegnede de narkotikaforårsagede dødsfald sig for 3,5 % af samtlige dødsfald blandt europæere i aldersgruppen 15-39 år, og opioider blev fundet i omkring 70 % af disse tilfælde

Primært stof i ca. 50 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug

Over 600 000 opioidbrugere var i substitutionsbehandling i 2006

forskelle mellem landene. Dette afspejles i tendenserne på mellemlangt sigt, hvor der er blevet indberettet stigninger, ofte af lande, der har en lavere prævalens, en stabil situation i mange andre lande og fald noteret i nogle lande med højere prævalens.

Fald i prævalensen er mest udtalt blandt de yngre aldersgrupper. Nye data fra den seneste HBSC-undersøgelse (Health behaviour in school-aged children) blandt skolebørn viser en stabil eller faldende tendens i stofbruget blandt 15-årige elever i de fleste lande i perioden 2001-2006, og foreløbige rapporter tyder på, at dette billede vil blive bekræftet af den seneste runde af ESPAD (det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre rusmidler), der vil blive offentliggjort i slutningen af 2008. I Det Forenede Kongerige, et land, der tidligere skilte sig ud på grund af den høje prævalens af cannabisbrug, opleves nu en støt nedadgående tendens, og den er tydeligst i aldersgruppen 16-24 år. Årsagerne til, at cannabisbruget bliver mindre populær blandt unge, er ikke veldokumenterede, selv om de kan hænge sammen med mulige ændringer i opfattelserne af risiciene i tilknytning til brug af dette rusmiddel. Nogle kommentatorer har antydnet, at cannabisbrugens faldende popularitet kan hænge sammen med ændrede holdninger til cigaretrykning. Cannabis i Europa ryges ofte i kombination med tobak, og narkotikaforebyggelsesprogrammerne lægger i stigende grad vægt på de sundhedsmæssige konsekvenser af at anvende både lovlige og ulovlige rusmidler.

Til trods for de seneste tendenser er bruget af cannabis i Europa fortsat historisk høj, og i mange lande findes der et betydeligt antal regelmæssige og intensive brugere, hovedsageligt unge mænd. Tendenserne i antallet af regelmæssige og intensive brugere af cannabis kan bevæge sig uafhængigt af prævalensen af bruget af stoffet i den brede befolkning, og der er behov for større fokus på disse brugsmønstre og de tilknyttede problemer.

Den hjemlige cannabisproduktion: den store ukendte faktor

Cannabisharpiks har tidligere været det dominerende stof i mange af EU's medlemsstater, og Vesteuropa har fortsat det største globale forbrug af dette stof. Den hjemlige produktion af marihuana, der i stort omfang ikke er blevet sporet, er imidlertid voksende i Europa. De fleste lande beretter nu om lokal produktion, der kan gå fra nogle få planter, der dyrkes til eget forbrug, til store beplantninger, der dyrkes med kommercielle formål.

Omfanget og den relative markedsandel af hjemligt produceret marihuana er fortsat ukendt, og som reaktion

herpå gennemfører EONN en undersøgelse med henblik på kortlægning af cannabismarkedet i Europa. Der er også en voksende debat omkring følgerne af udviklingen på cannabismarkedet. Der er blevet givet udtryk for bekymring over de negative virkninger, som cannabisproduktionsstederne har på lokalsamfundene som følge af en højere kriminalitet, og over, at hjemligt produceret cannabis typisk er meget stærk. Den lokale produktion indebærer også en udfordring for lovhåndhævelsesorganerne, da produktionsstederne er placeret tæt på forbrugeren, er relativt lette at skjule og ikke nødvendiggør transport af stoffer over nationale grænser.

Brugen af kokain vokser stadig på et segmenteret europæisk marked for stimulanser

Stimulanser spiller en vigtig rolle ikke blot i mønstrene for stofbrug blandt de kroniske og marginaliserede problemstofbrugere i Europa, men også blandt de bedre socialt integrerede grupper af unge, der bruger stoffer i fritiden. Mønstrene for brug af stimulanser er imidlertid forskellige i Europa: Kokain er nu den mest anvendte stimulant i mange lande i den sydlige og vestlige del af Europa, og brugen heraf er fortsat voksende. I modsætning hertil viser indikatorerne for amfetamin og ecstasy et generelt stabilt eller faldende billede. Ikke desto mindre er amfetaminer de mest anvendte stimulanser i de fleste lande i Central-, Nord- og Østeuropa, hvor de i nogle tilfælde udgør en væsentlig del af narkotikaproblemet. Brugen af metamfetamin er fortsat sjælden uden for Den Tjekkiske Republik og Slovakiet, selv om der sporadisk indberettes tilfælde af tilgængelighed eller brug af stoffet i andre lande.

Da der findes ligheder både mellem de miljøer, hvor de forskellige stimulanser anvendes, og mellem begrundelserne for brugen af dem, kan disse stoffer til en vis grad anses for at være konkurrerende produkter på det europæiske narkotikamarked. Dette indebærer, at indgrebene skal være målrettet individuelle stoffer, samtidig med at stimulanserne skal betragtes som en gruppe frem for blot som individuelle problemer. Dette punkt er vigtigt, da foranstaltninger til påvirkning af tilgængeligheden af et af disse stoffer kan undermineres, hvis de blot resulterer i, at brugerne går over til andre stoffer.

Udviklingen i produktionen af syntetiske stoffer i Europa giver anledning til voksende bekymring over de miljømæssige omkostninger

De europæiske lande er fortsat storproducenter af amfetaminer og MDMA, selv om Europas relative

betydning måske er faldet, efterhånden som produktionen er vokset andre steder. Typisk spores der mellem 70 og 90 produktionsenheder om året, hovedsageligt koncentreret i nogle få lande i Vest- og Østeuropa. Data om lovhåndhævelse tyder på, at produktionen af syntetiske stoffer, herunder metamfetamin, måske er ved at blive mere avanceret med større produktionskørsler som følge af brugen af store reaktionstanke, industriudstyr eller skræddersyet udstyr og mobile enheder.

De typiske produktionskørslers voksende størrelse kan forøge problemet med dumping af affald. Typisk resulterer produktionen af et kilo amfetamin eller MDMA i omkring 15-20 kg affald, herunder toksiske og brændbare kemikalier, der udgør en miljørisiko. Omkostningerne i form af miljøskader og til rensning af lokaliteter, der har været anvendt til ulovlig bortskaffelse af kemisk affald fra produktionen af syntetiske stoffer, kan være betydelige.

Smugling af kokain via Vestafrika: et problemområde, der kræver handling

Da brugen af kokain fortsat vokser i Europa, fokuseres indsatsen i stigende grad på kokainforbud. Beslaglæggelserne af kokain vokser til stadighed både i omfang og antal, og de årlige beslaglæggelser overstiger nu 120 tons, hvoraf Portugal og Spanien tegner sig for over tre fjerdedele. Bestræbelserne på at imødegå smuglingen af kokain til Europa er blevet forstærket med oprettelsen af Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics (MAOC-N) i Lissabon, der spiller en vigtig rolle i koordineringen af forbudsaktiviteterne og udvekslingen af efterretninger mellem de deltagende medlemsstater.

Selv om kokain kommer til Europa ad mange forskellige veje, er smuglingen via Vestafrika steget kraftigt, og den er nu den vigtigste vej for kokain beregnet til det europæiske marked. Denne situation kan potentielt destabilisere og underminere udviklingsbestræbelserne i en region, der allerede står over for mange sociale, sundhedsmæssige og politiske udfordringer. Den indtægt, som kokainsmuglingen medfører, har navnlig et betydeligt potentiale for at underminere strafferetssystemerne og tilskynde til korruption. EU og dets medlemsstater samarbejder med de vestafrikanske lande om udvikling af en række foranstaltninger med henblik på at finde en løsning på denne voksende trussel.

Heroinproblemerne bliver ikke mindre trods rapporter om øget brug af syntetiske opioider

De seneste skøn viser, at den potentielle globale heroinproduktion, som nu anslås til 733 tons, fortsat er voksende. Det er dog vanskeligt at bedømme, hvilke

virksomheder denne stigning har på tilgængeligheden og brugen af dette stof i Europa. De tilgængelige data gør det vanskeligt at drage konklusioner på dette område. For eksempel er mængden af beslaglagt heroin i EU faldet lidt, men dette er blevet udlignet af betydelige stigninger i Tyrkiet.

Der findes ingen klare beviser for en epidemisk vækst i heroinproblemerne som den, mange dele af Europa oplevede i 1990'erne. Generelt tyder dataene på et stabilt, men ikke længere faldende problem. Heroinbrugen som sådan er fortsat et alvorligt folkesundhedsmæssigt spørgsmål i Europa og tegner sig stadig for en stor andel af de samlede sundhedsmæssige og sociale omkostninger i tilknytning til stofbrug. Data tyder på, at opioidbrug, navnlig heroin, tegner sig for omkring 60 % af dem, der er i narkotikabehandling i Europa. Blandt de nye personer, der kommer i behandling, er den relative andel af opioidbrugere — men ikke deres faktiske antal — faldende, men denne tendens ser nu ud til at have udjævnet sig. Og selv om der er tegn på, at gruppen af opioidbrugere i Europa langsomt bliver ældre, tyder data på, at nye brugere stadig kommer til i en hastighed, der vil gøre, at problemets omfang ikke vil blive mindre i en overskuelig fremtid.

På grund af situationen i Afghanistan er det måske indlysende, at problemerne med både afledte og ulovligt fremstillede syntetiske opioider ser ud til at blive mere og mere udbredte i nogle lande. I Estland, Letland og Litauen er der f.eks. tegn på et voksende problem forårsaget af 3-methylfentanyl, som fremstilles ulovligt uden for EU. På grund af dette stofs styrke (fentanyl anses for at være stærkere end heroin) kan det være yderst farligt at bruge det, hvilket afspejles i de 70 fentanylrelaterede forgiftninger med dødelig udgang, som Estland indberettede i 2006. Andre lande har noteret et voksende antal personer, som søger hjælp til problemer i tilknytning til brug af opioider, der ser ud til at være blevet afledt fra terapeutiske formål, og dette bidrager til det voksende problem med blandingsbrug, som nu kendetegner kronisk stofbrug i dele af Europa.

Intravenøs stofbrug og hiv: generelt positivt billede, men store nationale forskelle

Over 40 % af alle heroinbrugere, der kommer i ambulant behandling, oplyser, at de er intravenøse stofbrugere, hvilket viser, at denne yderst skadelige administrationsvej fortsat udgør et vigtigt sundhedsspørgsmål i Europa. Injektion er forbundet med en række problemer bl.a. spredning af infektioner, der overføres via blodet, herunder hiv og hepatitis C. Ændringer i andelen af intravenøse

stofbrugere blandt dem, der kommer i behandling, tyder på, at den generelle tendens i mange lande går i retning væk fra intravenøs stofbrug, selv om dataene fremviser markante regionale og nationale forskelle. I nogle lande, navnlig i Østeuropa, er intravenøs stofbrug fortsat den vigtigste administrationsvej for heroin, og over 80 % af de heroinbrugere, der kommer i behandling, oplyser, at de er intravenøse stofbrugere. Det ser også ud til, at der stadig er relativt mange nye intravenøse stofbrugere i nogle medlemsstater, hvilket fremgår af undersøgelser blandt intravenøse stofbrugere, som viser en relativt høj andel af unge og nye intravenøse stofbrugere.

Generelt har andelen af nye hiv-infektioner i Europa været faldende siden en begrænset epidemi i nogle lande forårsagede en kraftig stigning i begyndelsen af dette tiår. Faldet i antallet af intravenøse stofbrugere og den stigende tilgængelighed af behandlings- og skadesreduktionstjenester ser ud til at have resulteret i en generelt forbedret situation. Og der, hvor der er blevet observeret stigninger i antallet af nye infektioner, har disse stigninger været små. Der tegner sig dog fortsat tre vigtige forskelle mellem landene. Selv om data tyder på, at situationen er ved at bedres i Estland, Letland og Portugal, indberetter disse lande dog stadig uforholdsmæssigt høje antal nye infektioner og tegner sig for en væsentlig del af alle de nye hiv-tilfælde i Europa, der kan tilskrives stofbrug. Data fra regionale eller lokale undersøgelser tyder også på, at overførsel af hiv-infektion fortsat er et vigtigt spørgsmål i Spanien og Italien, selv om de manglende nationale indberetninger af data gør det vanskeligt at kortlægge tendenserne i disse lande. Andre steder fortsætter risikoadfærden, og der er stadig mulighed for nye epidemier, hvilket er et tydeligt tegn på, at det er nødvendigt at forblive årvågne: Bulgarien indberettede f.eks. 34 nye tilfælde i 2006, men indberettede næsten ingen infektioner i perioden 2000-2003.

Narkotikarelaterede dødsfald: en stor byrde for folkesundheden

EONN overvåger forgiftninger med dødelig udgang, der direkte kan tilskrives stofbrug (narkotikaforårsagede dødsfald). Der indberettes gennemsnitligt 7 000-8 000 narkotikaforårsagede dødsfald i Europa om året, og da man ved, at ikke alle tilfælde indberettes, repræsenterer dette tal et minimumsskøn. Opioider, hovedsageligt heroin, er de stoffer, der oftest giver anledning til en overdosis, selv om andre stoffer og alkohol almindeligvis også er til stede. Efter at være faldet i nogle år i begyndelsen af dette tiår har tendensen i narkotikaforårsagede dødsfald nu stabiliseret sig. Årsagerne hertil er uklare, hvilket

tyder på, at der er behov for mere forskning både i de faktorer, der er knyttet til en overdosis, og i effektiviteten af forebyggelsesforanstaltninger. Stofbrugere, der løslades fra fængslet, er måske udsat for en særlig risiko, da det fremgår af en nyere undersøgelse, at dødeligheden er otte-ti gange højere end forventet. Generelt er forebyggelse af overdoser et område, hvor der er behov for øgede investeringer.

Undersøgelser har vist, at den samlede dødelighed blandt stofbrugere, når sygdomme, ulykker og vold også medregnes, er op til halvtreds gange højere end i den almindelige befolkning. Derfor er der behov for investeringer i veltillæggte kohorteundersøgelser for at opnå en bedre forståelse af årsagerne til og omfanget af den narkotikaforårsagede dødelighed og for at undersøge forskellene i risici som dem, indsatte er udsat for ved løsladelsen, og dem, personer, der opgiver behandlingen, er udsat for.

Internet og nyskabelser på markedet indebærer udfordringer for narkotikapolitikken

En nyere undersøgelse gennemført af EONN viste, at over 200 naturlige, halvsyntetiske og syntetiske psykoaktive stoffer sælges i onlinebutikker i Europa. Mange af stofferne er kategoriserede som »legal highs« eller »herbal highs« og betegnes som alternativer til kontrollerede stoffer, selv om deres nuværende juridiske status kan variere betydeligt i Europa. Nogle rapporter tyder på, at antallet af onlinedetailforhandlere af disse stoffer er voksende, og at de hurtigt tilpasser sig forsøg på at kontrollere markedet, f.eks. ved at lancere nye stoffer. Derudover åbner onlineapoteker og onlinedetailforhandlere, der sælger psykoaktive stoffer til angiveligt lovlige formål, også nye veje for ulovlig forsyning med stoffer. Alt i alt udgør internetsalget nu en stor udfordring både for de internationale og de nationale narkotikapolitikker og kontrolmekanismer. På grund af den hurtighed, hvormed nye stoffer kan opstå og distribueres, bliver overvågning af onlineaktiviteterne et stadigt vigtigere område.

Voksende anerkendelse af betydningen af dialog med det civile samfund

Narkotikaproblemer hænger tæt sammen med en række andre sociale og sundhedsmæssige spørgsmål. Følgelig

kræver vellykkede indgreb på dette område, at en bred vifte af deltagere inddrages, og at de modtager støtte fra de lokalsamfund, hvori de gennemføres. Denne forståelse afspejles i en voksende anerkendelse af, at den politiske debat skal tage udgangspunkt i en dialog med det civile samfund. Med dette mål for øje er der for nylig blevet gennemført en række aktioner inden for den europæiske indsats mod narkotika. Blandt de mest bemærkelsesværdige af disse er Europa-Kommissionens oprettelse af et civilsamfundsforum, der giver mulighed for at sikre, at de erfaringer, der indhøstes i praksis, kommer til at indgå i den proces, der fører til en ny narkotikastrategi i EU, og kommer til at bidrage til evalueringen af EU's narkotikahandlingsplan. Betydningen af at høre repræsentanter for ikke-statslige organisationer og lokalsamfund anerkendes ligeledes i EU's narkotikapolitik og afspejles i en betænkning vedtaget af Europa-Parlamentet i marts 2008, hvori civilsamfundets afgørende betydning i forbindelse med støtte til udviklingen, gennemførelsen, vurderingen og overvågningen af narkotikapolitikken anerkendes.

Europæisk narkotikaforskning og behovet for tværnationalt samarbejde

I det seneste tiår har den narkotikarelaterede forskning og den infrastruktur, der ligger til grund for denne (forskningscentre, videnskabelige tidsskrifter, finansieringsmekanismer), udviklet sig meget i Europa, som det fremgår af et udvalgt tema om forskning offentliggjort af EONN i 2008. Hvad der er mindre positivt, er dog, at disse fremskridt ikke er blevet ledsaget af en tilsvarende stigning i samarbejdet om og koordineringen af narkotikarelateret forskning mellem EU's medlemsstater. Der lægges stigende vægt på dette spørgsmål, og Europa-Kommissionen har bestilt en ny undersøgelse, som skal resultere i en liste over forskningsaktiviteter og en sammenlignende analyse af de infrastrukturer, der findes i Europa og andre dele af verden. Rapporten vil omfatte henstillinger til, hvordan samarbejdet på EU-plan kan forbedres og bidrage til drøftelserne om, hvordan forbindelserne mellem finansieringsmulighederne for europæisk forskning og forskningens og forskningspolitikens behov kan forbedres.



Kapitel 1

Politikker og lovgivninger

Indledning

Narkotikapolitik bliver et vigtigt spørgsmål i 2008. I løbet af året skal både FN og EU vurdere resultaterne af deres narkotikapolitikker vedrørende brug af og skader forårsaget af ulovlige stoffer. FN vurderer de fremskridt, der er opnået med at gennemføre foranstaltninger og nå de mål, der blev besluttet i 1998 på FN's generalforsamlings særlige samling (UNGASS) om det verdensomspændende narkotikaproblem. I Europa kommer, også i 2008, den endelige evaluering af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008) og udkastet til handlingsplanen for 2009-2012. I 2008 vil endvidere et hidtil uset antal EU-medlemsstater også revidere deres nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner og udarbejde nye planlægningsdokumenter ⁽¹⁾.

EONN vil i sin næste årsberetning diskutere resultaterne og udviklingen i løbet af 2008. Kapitel 1 fokuserer i år på de seneste ændringer i narkotikapolitikken, præsenterer nye data om narkotikarelaterede offentlige udgifter, udforsker tre specifikke sider af narkotikalovgivningerne — besiddelse til eget brug, alternativer til straf og beskyttelse af offentligheden — og sætter fokus på de seneste tendenser i narkotikarelaterede lovovertrædelser. Kapitlet slutter med en oversigt over narkotikarelateret forskning i EU-medlemsstaterne.

Politisk udvikling internationalt og i EU

UNGASS' 10-års revision

I juni 1998 mødtes FN's generalforsamlings særlige samling (UNGASS) i New York for at drøfte det verdensomspændende narkotikaproblem. Dette »narkotikatopmøde« satte en ny dagsorden for det internationale samfund gennem vedtagelsen af tre centrale dokumenter ⁽²⁾: en politisk erklæring, en erklæring om de vejledende principper for nedbringelse af narkotikaefterspørgslen samt en resolution i fem dele

om foranstaltninger til styrkelse af det internationale samarbejde. Med vedtagelsen af den politiske erklæring forpligtede FN's medlemsstater sig til at nå målbare resultater med at nedbringe udbud og efterspørgsel af ulovlige stoffer senest i 2008.

På dette års møde i FN's Kommission om Narkotiske Midler (CND) blev der iværksat en 10-års revision af de fremskridt, der er sket med at nå de mål, som blev fastsat på UNGASS i 1998. I en rapport fra FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet (UNODC) hed det, at der er gjort betydelige fremskridt i de sidste ti år, skønt FN's medlemsstater på nogle områder og i nogle regioner ikke fuldt ud har nået de mål, der er anført i den politiske erklæring ⁽³⁾. Denne vurdering skal følges af en etårig tænkepause, hvor der først vil blive ført drøftelser i mellemstatslige ekspertarbejdsgrupper og herefter på intersessionelle møder. Dette vil gøre det muligt at forberede et målrettet, todages højniveausegment på CND's møde i 2009, hvor der skal træffes beslutning om en mulig fremtidig politisk erklæring og foranstaltninger.

EU spiller en aktiv rolle i UNGASS' revision. Resolutioner, som EU havde forberedt, blev vedtaget på CND's møder i 2006 (49/1), 2007 (50/12) og 2008 (51/4), og de indeholdt alle en opfordring til en videnskabelig og gennemsigtig revisionsproces. EONN har også været involveret i eksperthøringer, som blev finansieret af Europa-Kommissionen og afholdt af UNODC, og har i den forbindelse fremlagt en oversigt over narkotikastrategier og tiltag i Europa siden 1998.

Evaluering af EU's narkotikahandlingsplan

I december 2007 præsenterede Europa-Kommissionen sin anden situationsrapport om gennemførelsen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008). Rapporten, der indeholder data fra EU-medlemsstaterne, EONN, Europol og Europa-Kommissionen, vurderer i hvilken udstrækning foranstaltningerne, der var planlagt for 2007,

⁽¹⁾ Udtrykket »nationalt narkotikaplanlægningsdokument« betyder et officielt dokument, der er godkendt af en regering, og hvori generelle principper samt specifikke tiltag og mål på narkotikaområdet er defineret, hvis det officielt fremlægges som en narkotikastrategi, -handlingsplan, -program eller andet planlægningsdokument.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

var gennemført. En af rapportens hovedkonklusioner var, at der er tegn på konvergens mellem medlemsstaternes narkotikapolitikker. Den fremhævede også vanskeligheder med at indsamle data om udbudsbegrænsende aktiviteter og med at forbinde nogle af de planlagte aktioner med den indikator, der var valgt til vurdering af gennemførelsen heraf.

Den endelige evaluering af EU's nuværende narkotikahandlingsplan fandt sted i 2008 med input fra EU-medlemsstaterne, Europol og EONN. Evalueringsrapporten ventes offentliggjort af Europa-Kommissionen i efteråret 2008, og resultaterne heri vil blive brugt ved udformningen af den anden handlingsplan (2009-2012) under EU's nuværende narkotikastrategi (2005-2012).

Andre EU-tiltag

I september 2007 vedtog Rådet og Europa-Parlamentet programmet om »Forebyggelse af narkotikamisbrug og information af offentligheden«⁽⁴⁾ under den finansielle ramme for 2007-2013 og det generelle program for civilret og grundlæggende rettigheder. Hovedformålene med programmet er: at forebygge og begrænse brug af narkotika, narkotikaafhængighed og narkotikarelaterede skader, at bidrage til bedre information om brug af narkotika og at støtte foranstaltninger under EU's narkotikastrategi (2005-2012). Under programmet vil der blive stillet 21,35 mio. EUR til rådighed til Kommissionens undersøgelser, europæiske ngo'ers driftsomkostninger på narkotikaområdet samt tværnationale projekter. Der kan også iværksættes fælles aktioner med andre fællesskabsprogrammer, f.eks. det andet EF-handlingsprogram for sundhed (2008-2013)⁽⁵⁾, der delvis i forbindelse med sundhedsfremme vedrørende forskellige sundhedsdeterminanter omfatter foranstaltninger om illegale stoffer i bestemte miljøer, såsom skoler og arbejdspladser.

I juni 2006 udstedte Europa-Kommissionen en grønbog om narkotikapolitik og civilsamfundet, som det var påkrævet i henhold til den nuværende narkotikahandlingsplan. Den blev i 2007 fulgt op af udvælgelsesprocessen for et nyt civilsamfundsforum om narkotika. Forummet har til formål at være en platform for uformel udveksling af synspunkter og information mellem Kommissionen og civilsamfundets organisationer i EU, kandidatlandene og, hvor det er relevant, de lande, der deltager i den europæiske naboskabspolitik. Forummet omfatter 26 organisationer, der repræsenterer

et bredt spektrum af synspunkter. Det mødtes første gang i december 2007 og igen i maj 2008 for at drøfte evalueringen af EU's nuværende narkotikahandlingsplan og den nye handlingsplan.

Nationale narkotikastrategier

Den seneste udvikling

Der blev i anden halvdel af 2007 vedtaget nye narkotikahandlingsplaner eller -programmer af fire EU-medlemsstater (Den Tjekkiske Republik, Estland, Finland, Ungarn), Norge og Tyrkiet. Alle disse dokumenter dækker en tidshorisont på tre-fire år, og med undtagelse af den tyrkiske handlingsplan afløser de i alle tilfælde tidligere planer eller programmer. Samme år vedtog Spanien også et supplerende nationalt handlingsprogram mod kokain (2007-2010).

I begyndelsen af 2008 vedtog yderligere tre medlemsstater nye planlægningsdokumenter. Italiens første narkotikahandlingsplan har en tidsramme på et år og skal efterfølges af en firårig handlingsplan (2009-2012), der bliver synkroniseret med EU's nye narkotikahandlingsplan. Maltas første dokument om narkotikapolitik nogensinde har ganske vist ikke nogen defineret tidsramme, men indeholder næsten halvtreds aktioner, som skal gennemføres i de kommende år. Endelig bliver Det Forenede Kongeriges nye 10-årige narkotikastrategi (2008-2018) for første gang suppleret med en treårig handlingsplan (2008-2011) med centrale aktioner, som skal gennemføres i den nærmeste fremtid.

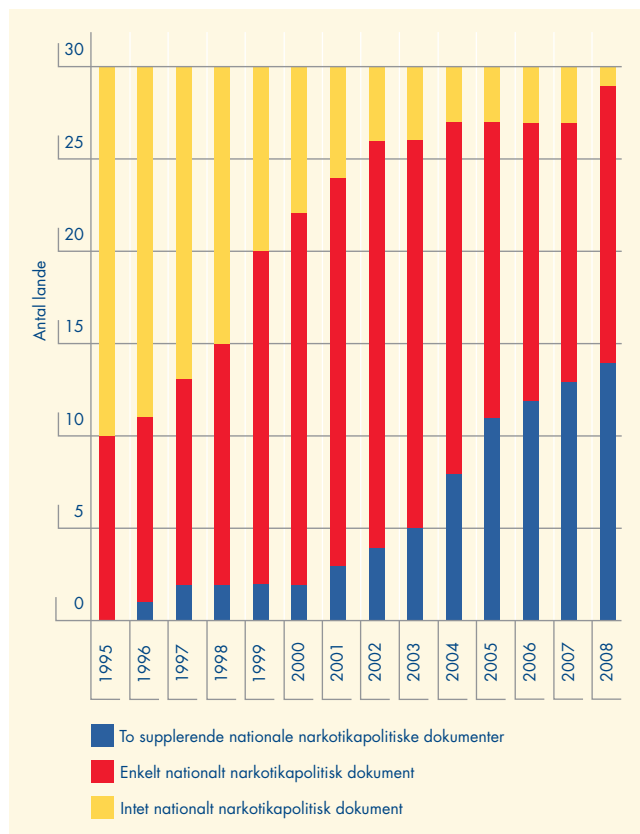
De fleste nationale planlægningsdokumenter, der blev vedtaget i slutningen af 2007 og begyndelsen af 2008, fokuserer hovedsageligt på ulovlige stoffer, selv om nogle også omfatter andre stoffer såsom alkohol, tobak, medicin og præstationsfremmende stoffer. Det afspejler en tendens i europæiske lande til at anerkende, at der er forbindelser og ligheder mellem brug af ulovlige og lovlige stoffer, men planlægningsdokumenterne indeholder kun sjældent en omfattende behandling af andre stoffer end de ulovlige⁽⁶⁾. Norge er fortsat en af undtagelserne fra det mønster, idet ulovlige stoffer og alkohol er fuldt integreret i landets senest vedtagne handlingsplan. Med de mange nationale narkotikastrategier og handlingsplaner, der skal udvikles for 2009, og dem, der er vedtaget for nylig, vil EONN kunne undersøge, hvorvidt tendensen til at øge integrationen af lovlige og ulovlige stoffer i de nationale

⁽⁴⁾ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1150/2007/EF af 25.9.2007 om et særprogram for perioden 2007-2013 »Forebyggelse af narkotikamisbrug og information af offentligheden« som en del af det generelle program om grundlæggende rettigheder og retfærdighed (EUT L 257 af 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1350/2007/EF af 23.10.2007 om oprettelse af andet EF-handlingsprogram for sundhed (2008-2013) (EUT L 301 af 20.11.2007, s. 3).

⁽⁶⁾ Se det udvalgte tema i 2006 »Europæiske narkotikapolitikker: udvidelse til at omfatte mere end illegale stoffer?«

Figur 1: Tendensen i antallet af lande med nationale narkotikapolitiske dokumenter blandt EU's 27 medlemsstater, Kroatien, Tyrkiet og Norge



Kilde: Nationale Reitox-knudepunkter.

narkotikapolitikker, som blev afdækket i det udvalgte tema i 2006, er fortsat.

Den generelle situation

Østrig er nu den eneste EU-medlemsstat, der ikke har vedtaget en national narkotikastrategi eller -handlingsplan, selv om de enkelte provinser har en regional narkotika- eller misbrugsstrategi eller -handlingsplan. I de øvrige 26 medlemsstater samt i Kroatien, Norge og Tyrkiet er narkotikapolitikken fastlagt i nationale planlægningsdokumenter. Til sammenligning havde kun 10 af disse 30 lande udviklet et sådant instrument i 1995 (figur 1).

Der kan også konstateres konvergens i narkotikastrategiernes og handlingsplanernes format. 14 lande opbygger nu deres nationale planlægningsdokumenter efter samme disposition som i den nuværende EU-narkotikastrategi og -handlingsplan. Endvidere tilrettelægger de samme lande nu deres nationale narkotikapolitikker ved hjælp af to supplerende instrumenter: en strategisk ramme og en

handlingsplan (figur 1). Da EU i år 2000 brugte denne metode for første gang, havde kun to medlemsstater to supplerende planlægningsdokumenter.

Indholdet af de nationale planlægningsdokumenter er et andet område, hvor der er tegn på konvergens mellem EU-medlemsstaterne, Kroatien, Norge og Tyrkiet, idet der er gradvist flere tegn på fælles mål og fælles tiltag i de nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner, som vedtages i de forskellige lande. Men da såvel narkotikaproblemet som de politiske, sociale og økonomiske forhold er forskellige i de europæiske lande, vil den mangfoldighed, der findes i de nationale narkotikapolitikker, om end den bliver mindre, sandsynligvis til en vis grad fortsat kunne ses i fremtiden. Der sættes fokus på nogle eksempler herpå i kapitel 2.

Evaluerings

I 2008 har 13 EU-medlemsstater allerede omarbejdet eller skal til at revidere og omarbejde deres nationale planlægningsdokumenter, hvilket betyder, at der dette år bliver udformet politik i en hidtil uset grad på nationalt plan. Efter Det Forenede Kongerige, Italien og Malta vil Irland forny sin narkotikastrategi i 2008; Frankrig, Portugal og Rumænien vil forny deres narkotikahandlingsplaner; Bulgarien, Cypern, Litauen, Slovakiet og Spanien vil både forny deres narkotikastrategier og deres handlingsplaner. Endelig har Nederlandene, som har det ældste nationale planlægningsdokument i Europa, til hensigt at udarbejde et nyt i 2008.

Der er en voksende anerkendelse i Europa af behovet for at inkludere overvågning og evaluering som et væsentligt element i de nationale narkotikastrategier og handlingsplaner. Næsten alle de ovenfor nævnte lande har udarbejdet eller planlægger at udarbejde en situationsrapport for gennemførelsen af deres narkotikastrategier eller handlingsplaner, og nogle af dem, f.eks. Cypern, Irland og Portugal, kunne udarbejde mere dybdegående evalueringer i 2008.

EU-medlemsstaterne er imidlertid forskellige med hensyn til deres metoder og tilgange til evaluering af nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner, og der er behov for at afdække god praksis på dette område. Dette blev fremhævet på en konference om evaluering, som det portugisiske EU-formandskab afholdt i september 2007. For at imødekomme denne udfordring er EONN i samarbejde med medlemsstaterne ved at se på muligheden for at udvikle europæiske retningslinjer på dette område.

Narkotikarelaterede offentlige udgifter

For 2006 fremlagde fire EU-medlemsstater (Den Tjekkiske Republik, Irland, Polen, Portugal) detaljerede oplysninger om offentlige udgifter til narkotikabekæmpelse (opsummeret i tabel 1). To af de fire lande fremlagde information om opdelingen af narkotikarelaterede udgifter mellem statsforvaltningen og de regionale eller lokale myndigheder, hvilket gør det muligt at sammenligne, hvilken rolle de forskellige dele af den offentlige sektor spiller. I de lande, der foreligger data for, tildeles hovedparten af de rapporterede narkotikarelaterede offentlige udgifter aktiviteter, som finansieres af statsforvaltningen.

11 medlemsstater gav oplysninger om statslige udgifter til visse aktiviteter, der blev iværksat som svar på narkotikaproblemet. Endnu to lande fremlagde skøn over de samlede offentlige udgifter til narkotikaproblemet (Malta, Spanien), om end der ikke forelå oplysninger om, hvilke aktiviteter pengene blev brugt til.

I 2005 blev europæiske landes samlede narkotikarelaterede offentlige udgifter beregnet til at ligge et sted mellem 13 mia. og 36 mia. EUR (EONN, 2007a). Dette tal blev anslået ved at ekstrapolere de samlede narkotikarelaterede udgifter for seks lande (Belgien, Det Forenede Kongerige, Finland, Nederlandene, Sverige, Ungarn) til de øvrige stater. Et revideret skøn, der omfatter data fra yderligere lande (Den Tjekkiske Republik, Frankrig, Luxembourg, Polen, Slovakiet), er for nylig blevet foreslået (EONN, 2008d). Det nye skøn over narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa er 34 mia. EUR (95 %-konfidensinterval, 28-40 mia. EUR), hvilket svarer til 0,3 % af det samlede bruttonationalprodukt for alle EU-medlemsstater.

Det tyder på, at statens udgifter til narkotikabekæmpelse koster den gennemsnitlige EU-borger 60 EUR om året. Disse tal skal imidlertid stadig opfattes som vejledende, fordi de bygger på begrænsede data.

Indberetninger af de sociale omkostninger ved narkotikabrug

Fire medlemsstater har indberettet data om de sociale omkostninger ved stofbrug (direkte og indirekte omkostninger som følge af stofbrug). Selv om disse indberetninger kan give nyttig indsigt i følgerne af stofbrug i det land, de vedrører, betyder forskellene i metoder og i den måde, resultaterne indberettes på, at det ikke er muligt at sammenligne landene. Den manglende sammenlignelighed i data fra forskellige lande understreger behovet for at vedtage en fælles tilgang til overvågning af de sociale omkostninger ved stofbrug i Europa.

I Italien blev de sociale omkostninger ved ulovlig stofbrug anslået til 6,473 mia. EUR, idet retshåndhævelsesfunktioner tegner sig for den største del af det samlede beløb (43 %), og det resterende fordeler sig mellem social- og sundhedsydelser (27 %) samt produktivitetstab for stofbrugere og personer, der er indirekte påvirket af stofbrug (30 %). Endvidere blev det anslået, at stofbrugere bruger 3,980 mia. EUR til køb af ulovlige stoffer. På grundlag af disse data anslås omkostningerne til stofbrug i Italien at udgøre 0,7 % af det nationale bruttonationalprodukt. I data indberettet for Østrig var fordelingen mellem direkte og indirekte omkostninger i 2004 det modsatte af det, der blev indberettet for Italien: af de anslåede sociale omkostninger ved stofbrug på 1,444 mia. EUR var 72 % indirekte omkostninger.

Tabel 1: Offentlige udgifter vedrørende narkotika (1) i udvalgte EU-medlemsstater

Land	Øremærkede udgifter indberettet efter off. myndighed (EUR)				I alt som en andel af de samlede offentlige udgifter (2) (%)
	Central	Regional	Lokal	I alt	
Den Tjek. Rep.	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irland (3)	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polen	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

(1) Offentlige udgifter, der udtrykkeligt er opført som narkotikarelaterede i de officielle regnskabsdokumenter.

(2) Statens samlede udgifter i det pågældende år.

(3) I Irland opfordres regeringskontorerne og de statslige kontorer til at indberette deres årlige narkotikarelaterede udgifter til det koordinerende Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs. Disse udgifter er ikke nødvendigvis opført som narkotikarelaterede i de officielle regnskabsdokumenter.

Kilde: Nationale Reitox-knudepunkter og Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).z

På vej mod en bedre forståelse af narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa – udvalgt tema EONN 2008

I forlængelse af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008) har EONN udviklet et projekt, der sigter mod at finde frem til, udvikle og teste metoder til at kvantificere narkotikarelaterede offentlige udgifter. Et udvalgt tema om dette emne giver et overblik over de samlede tal for narkotikarelaterede offentlige udgifter i 2005 i EU's medlemsstater og Norge. De fleste af de pågældende udgifter blev oprindeligt betegnet som narkotikarelaterede og blev generelt sporet tilbage via en omfattende gennemgang af officielle regnskabsdokumenter og afspejler dermed muligvis landenes frivillige engagement på narkotikaområdet. Hvor det har været muligt, er skjulte udgifter eller udgifter, der ikke er blevet betegnet som narkotikarelaterede, og som er indlejret i programmer med bredere mål, blevet anslået via modelleringsteknikker. Denne nye dobbeltsidede tilgang giver standardiserede skøn, der optimerer gyldigheden og sammenligneligheden mellem landenes offentlige udgifter til håndtering af narkotika og narkotikamisbrug.

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

Det Forenede Kongerige anførte, at de økonomiske og sociale omkostninger ved klasse A-stofbrug (7) i England og Wales i 2003-2004 var på 22,26 mia. EUR, hvilket giver en årlig omkostning for hver problematisk stofbruger på 63 940 EUR. Det blev anslået, at problematisk stofbrug tegnede sig for 99 % af de samlede omkostninger. Omkostninger som følge af narkotikarelateret kriminalitet, herunder retshåndhævelse og omkostninger til ofre for narkotikarelateret kriminalitet, tegnede sig for den største andel af de samlede omkostninger (90 % eller 20,1 mia EUR).

Udvikling i national lovgivning

I år, hvor planlægningsdokumenter bliver revideret og evalueret på internationalt, europæisk og nationalt plan, er det særligt interessant at se på de ændringer i narkotikalovgivningen, der er sket siden UNGASS vedrørende narkotika i 1998. Under en gennemgang af ændringerne på tre centrale områder bliver følgende spørgsmål behandlet i dette afsnit: Er ændringer i de juridiske definitioner og tiltag over for stofbrugere udtryk for en ny, bredere tendens i den måde, landene opfatter stofbrugere på?

Besiddelse til eget brug

I de sidste ti år har de fleste europæiske lande bevæget sig i retning af en tilgang, hvor man skelner mellem narkotikahandleren, der opfattes som kriminel, og stofbrugeren, der mere ses som en syg person, der har behov for behandling. Imidlertid er medlemsstaterne meget forskellige med hensyn til, hvordan de har valgt at definere disse kategorier i de nye love, de har vedtaget i de seneste år.

Et af de punkter, hvorpå medlemsstaterne har udvist den største grad af divergens, er i spørgsmålet om, hvorvidt de har fastsat en tærskelmængde for personlig besiddelse eller ej. I perioden 2004-2006 fjernede Bulgarien begrebet personlig besiddelse, Italien genindførte det efter 12 år uden, og Det Forenede Kongerige indførte begrebet, men valgte herefter ikke at anvende det. Belgien og Cypern indførte faste grænsemængder i 2003 henholdsvis for alle stoffer og for cannabis, mens de tyske Länder arbejder på at sikre en mere ensartet gennemførelse af en afgørelse fra forfatningsdomstolen, hvis henvisning til »ubetydelige mængder« ikke var nærmere defineret, hvilket førte til fortolkninger på mellem 3 og 30 gram. I 2005 blev de juridiske definitioner af personlig brug i Slovakiet udvidet fra maksimalt én dosis til maksimalt tre og til en større mængde, 10 doser. Samtidig blev dommen for besiddelse af mere end det imidlertid entydigt hævet til minimum fire års fængsel ligesom for handel.

Stofbrug inden for mindre grupper er en anden udfordring, når man skal forsøge at skelne mellem brugere og leverandører. I Belgien blev brug i en gruppe ophævet som specifik lovovertrædelse i 2003; samme år gjorde en ændring i den ungarske straffelov det muligt at ændre straf til behandling for leverandører af en mindre mængde til »fælles« forbrug (siden anfægtet som juridisk uklar). I 2006 fandt Malta, at minimumsstraffen på seks måneder til leverandører ikke altid var passende i situationer med fælles brug, og ændrede loven, så den åbner mulighed for undtagelser.

Med hensyn til straf er de maksimale eller sandsynlige straffe for brug eller besiddelse til personlig brug, såfremt der ikke foreligger skærpende omstændigheder, blevet nedsat i flere europæiske lande siden 2001 — enten for alle stoffer (Estland, Finland, Grækenland, Portugal, Ungarn) eller kun for cannabis (Belgien, Det Forenede Kongerige, Luxembourg) eller for stoffer med mindre risiko (Rumænien). I den periode er det dog ikke alle lande, der har nedsat straffene. Efter høringer besluttede Frankrig og Polen sig for ikke at ændre deres lovgivning, og Danmark forhøjede de »normale« straffe fra advarsler til bøder.

(7) Stoffer i klasse A defineres som dem, der anses for at være mest skadelige.

(der herefter blev forhøjet). Med en ny lov i Italien blev stofbrug genindført som en administrativ forseelse, og cannabis blev omklassificeret, så det giver samme straffe som andre ulovlige stoffer såsom heroin og kokain. I Det Forenede Kongerige er det blevet meddelt, at cannabis skal opklassificeres.

Alternativer til straf

Der er typisk to fælles træk ved ændringerne i stofbrugeres adgang til behandling via det strafferetlige system. For det første udvider de alle mulighederne for at henvise stofbrugere til behandling. Dog er der mellem landene forskelle på, hvornår der tilbydes behandling, idet de fleste lande tilbyder behandling, når sagen er ved domstolen i stedet for ved tidligere kontakt med politi eller anklagemyndighed. For det andet er de betingede, og et brud på behandlingsafgørelsen vil føre til genåbning af straffesag, retsforfølgelse eller straf.

I overensstemmelse med målsætningerne fra UNGASS og EU's handlingsplan har landene indført eller udvidet muligheder eller ordninger, så lovovertrædere kan blive henvist til behandling eller rådgivning som alternativ til straf eller fængsling. I Irland og Malta kan stofbrugere nu ved anholdelse henvises til behandling; det er også tilfældet i Det Forenede Kongerige, hvor det er tilladt under visse omstændigheder at teste for narkotika ved anholdelsen. Særlige narkotikadomstole er blevet nedsat i Det Forenede Kongerige (England og Skotland), Irland og Norge og drøftes i Malta; Portugal har indført en ordning med »kommissioner til at modvirke stofbrug« bestående af en advokat, en læge og en socialarbejder. Med nye love er der i andre lande indført en vis form for behandling som alternativ til straf: I Frankrig kan ikke-afhængige narkotikaloftertrædere tage, og betale for, oplysende kurser; i Letland, Spanien og Ungarn kan frihedsberøvende straffe suspenderes for stofbrugere, der går i behandling, og i Bulgarien, Rumænien, Tyrkiet og Ungarn kan prøveløsladelse kombineres med behandling. Nederlandene sigter mod at øge brugen af behandling som en betingelse for tidlig løsladelse fra fængslet. Når det findes hensigtsmæssigt, kan lovovertrædere i Finland, der har fået en dom, henvises til et åbent fængsel, hvis de forbliver stoffri, og i Grækenland kan de sendes til en særlig behandlingsenhed. Muligheden for at blive berettiget til stofbehandlingsprogrammer er blevet udvidet til personer, der er dømt for mere alvorlige lovovertrædelser i Italien (hvis overtrædelser straffes med op til seks års fængsel, hvilket er en forhøjelse fra fire år) og i Spanien (forhøjet fra tre til fem år). I Belgien findes der på alle niveauer af den strafferetlige proces

alternativer, så lovovertrædere med narkotikamisbrug kan henvises til behandling.

Yderligere beskrivelser af de forskellige behandlingsalternativer til straf og omfanget af brugen heraf kan ses i ELDD's emneoversigter og retlige rapporter, »Topic overview« og »Legal reports« ⁽⁸⁾.

Fokus på beskyttelse af offentligheden

I det seneste tiår er strafferetten i stadig stigende grad blevet brugt til at beskytte offentligheden mod stofbrugere, og sideløbende med den skelnen, der er foretaget mellem den »syge« bruger og den »kriminelle« handler, bliver kategorien »bruger« også juridisk opdelt i dem, der forstyrrer eller skader andre borgere, og dem, der ikke gør. De ovenfor beskrevne foranstaltninger til at nedsætte straffe for personlig brug eller tilbyde alternativer til straf er et led i denne udvikling. Disse behandlingsmuligheder eller nedsatte straffe bevilges f.eks. på betingelse af, at brugeren ikke forårsager nogen som helst forstyrrelse af den offentlige orden.

Kriterierne er også blevet udvidet og straffene øget for de lovovertrædere, der risikerer at skade andre borgere. Den største lovgivningsmæssige indsats har været koncentreret om personer, der tager stoffer og derefter kører bil (Belgien, Danmark, Den Tjekkiske Republik, Finland, Frankrig, Letland, Litauen, Portugal, Spanien). Nye love om testning for narkotika på arbejdspladsen i Finland, Irland og Norge understreger, at testning hovedsageligt er tilladt i situationer, hvor det ville indebære betydelig fare eller risiko at være påvirket. Narkotikaindtagelse i forskellige former for transport kontrolleres gennem nye love: tog og skibe i Irland, både i Letland, fly i Finland. Der er i de seneste par år også kommet love og strategier til at forebygge eller straffe narkotikarelateret forstyrrelse af den offentlige orden (se det udvalgte tema i 2005), nye beføjelser til at lukke barer eller andre lokaler eller udelukke personer fra dem (Belgien, Irland, Nederlandene) og beføjelser til at lukke private boliger, hvor der finder kommerciel narkotikadistribution eller systematisk stofbrug sted (hhv. Det Forenede Kongerige og Nederlandene). Sideløbende er der i den tid også i hele Europa indført nye love til at beskytte ikke-rygere mod tobaksrygning. Siden 2004 har 24 EU-medlemsstater (alle undtagen Grækenland, Polen og Ungarn) således forbudt eller strengt begrænset rygning i lukkede lokaler med offentlig adgang, ofte med betragtelige bøder til overtrædere.

For at opsummere de juridiske ændringer, der er gennemgået her, ser det ud til, at de strafferetlige sanktioner ofte er blevet nedsat for den enkelte bruger,

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

der undgår skærpende omstændigheder, men nærmest som en modvægt er øget for dem, hvis handlinger kan gå ud over andre borgere. Sidstnævnte aspekt afspejler et øget fokus på at bruge straffeloven til at beskytte offentligheden.

Narkotikarelateret kriminalitet

Narkotikarelateret kriminalitet er et bredt begreb, der kan omfatte alle begåede forbrydelser, der på en eller anden måde har forbindelse til narkotika (⁹). I praksis foreligger der kun rutinedata i Europa om de første indberetninger af narkotikalovovertrædelser, hovedsageligt fra politiet. Skønt disse data normalt tages som indirekte indikatorer for stofbrug eller narkotikahandel, er det vigtigt at bemærke, at de afspejler forskelle i national lovgivning og i de forskellige måder, hvorpå lovene anvendes og håndhæves. Dataene afspejler også forskelle i de fastlagte prioriteringer og de ressourcer, kriminalretlige institutioner afsætter til specifikke lovovertrædelser. Hertil kommer, at der er variationer mellem de nationale informationssystemer om narkotikalovovertrædelser, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer og registreringspraksis. Da disse forskelle gør det vanskeligt at foretage sammenligninger mellem landene, er det mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal.

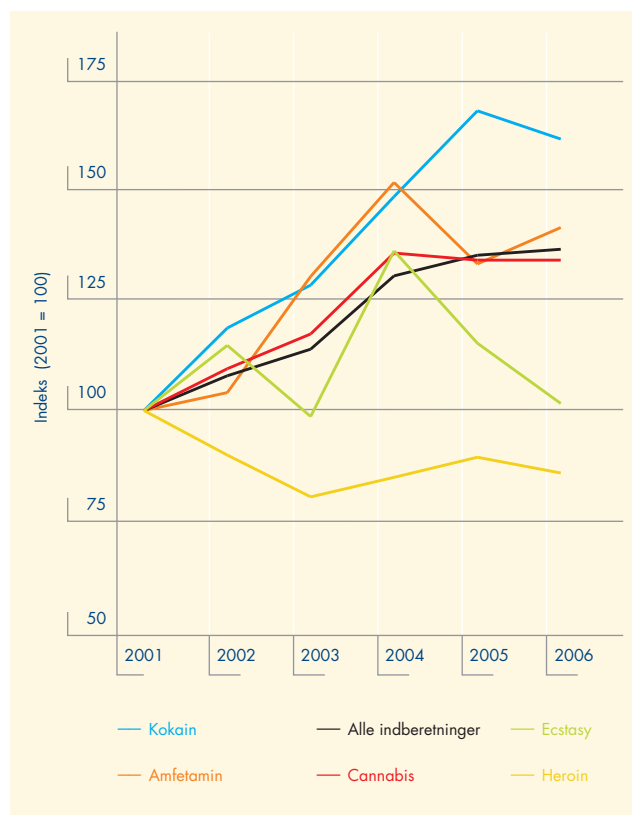
I alt steg antallet af indberettede narkotikalovovertrædelser på EU-plan med gennemsnitligt 36 % mellem 2001 og 2006 (figur 2). Dataene viser stigende tendenser i alle indberettende lande, undtagen Bulgarien, Grækenland, Letland og Slovenien, som meldte om et generelt fald i femårsperioden (¹⁰).

Brugs- og udbudsrelaterede lovovertrædelser

Balancen mellem lovovertrædelser i form af brug og i form af udbud (handel, smugling, produktion) er den samme som i tidligere år. De fleste europæiske lande indberettede, at flertallet af lovovertrædelser vedrørte stofbrug eller besiddelse til brug, idet tallene i 2006 gik op til 93 % i Spanien (¹¹). I Den Tjekkiske Republik, Nederlandene, Norge og Tyrkiet var udbudsrelaterede lovovertrædelser imidlertid dominerende, og disse overtrædelser tegnede sig for mellem 52 % (Tyrkiet) og 88 % (Den Tjekkiske Republik) af alle narkotikalovovertrædelser, der blev indberettet i 2006.

Antallet af narkotikalovovertrædelser i form af brug steg gennemsnitligt 51 % mellem 2001 og 2006 i EU, idet to tredjedele af de indberettende lande udviste en

Figur 2: Indekserede tendenser i indberetninger af narkotikalovovertrædelser i EU's medlemsstater, 2001-2006



NB: Tendenserne er baseret på tilgængelige oplysninger om nationale tal for indberetninger af narkotikalovovertrædelser (straffbare og ikke-straffbare forhold), som er indberettet af alle retshåndhævende myndigheder i EU-medlemsstaterne; alle serier er indekseret til 100 i 2001 og vægtet efter landenes befolkningsstørrelse for at nå frem til en generel tendens i EU. Det samlede antal indberettede lovovertrædelser i 2006 var (før vægtning): amfetamin 41 069, cannabis 550 878, kokain 100 117, ecstasy 17 598, heroin 77 242; alle indberetninger 936 866. Lande, der mangler data i to eller flere på hinanden følgende år, er ikke medtaget i tendensberegningerne: Den generelle tendens er baseret på alle EU-landene undtagen Det Forenede Kongerige; tendensen for cannabis er baseret på 18 lande, kokain på 17, amfetamin på 12 og cannabis på 13. For yderligere oplysninger om metodologien se figur DLO-3 i Statistical bulletin 2008.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter og Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

stigende tendens, og kun Norge og Slovenien havde en nedadgående tendens i femårsperioden (¹²). Endvidere er det værd at bemærke, at lovovertrædelser i form af brug som en andel af alle narkotikalovovertrædelser steg i samme periode i halvdelen af de indberettende lande.

Antallet af lovovertrædelser i forbindelse med udbud af stoffer er også steget i perioden 2001-2006, men meget langsommere med en gennemsnitlig stigning på 12 % i EU. I denne periode steg antallet af udbudsrelaterede overtrædelser i over halvdelen

(⁹) For en diskussion af forholdet mellem narkotika og kriminalitet, se EONN (2007b).

(¹⁰) Se tabel DLO-1 i Statistical bulletin 2008.

(¹¹) Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2008.

(¹²) Se figur DLO-2 og tabel DLO-4 i Statistical bulletin 2008.

af de indberettende lande og faldt i fire andre (Cypern, Nederlandene, Slovenien, Tyskland) ⁽¹³⁾.

Tendenser for de enkelte stoffer

I 2006 var cannabis fortsat det ulovlige stof, der i de fleste EU-lande oftest var involveret i indberettede narkotikalovovertrædelser ⁽¹⁴⁾. I de lande, hvor dette er tilfældet, tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig for 36-86 % af samtlige narkotikalovovertrædelser. I nogle få lande dominerede andre stoffer end cannabis i narkotikalovovertrædelserne. Således i Den Tjekkiske Republik, hvor metamfetamin tegnede sig for 60 % af alle narkotikalovovertrædelser, og på Malta, hvor tallet for heroin var 41 %. I Luxembourg fordelte narkotikalovovertrædelserne sig næsten ligeligt mellem cannabis, heroin og kokain.

I femårsperioden 2001-2006 lå antallet af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis stabilt eller steg i størstedelen af de indberettende lande, hvilket resulterede i en generel stigning på gennemsnitlig 34 % på EU-plan (figur 2). Der blev imidlertid meldt om nedadgående tendenser i Bulgarien, Den Tjekkiske Republik (2002-2006), Italien og Slovenien ⁽¹⁵⁾.

De kokainrelaterede overtrædelser steg i perioden 2001-2006 i alle europæiske lande undtagen Bulgarien, Slovakiet og Tyskland. EU-gennemsnittet steg med 62 % i samme periode.

I perioden 2001-2006 viser narkotikalovovertrædelser i forbindelse med heroin et andet billede end for

cannabis eller kokain, idet antallet faldt med gennemsnitligt 14 % i EU, hovedsageligt mellem 2001 og 2003. Dog har de nationale tendenser for overtrædelserne været divergerende i perioden, idet en tredjedel af landene har meldt om opadgående tendenser ⁽¹⁶⁾.

De gennemsnitlige EU-tendenser for overtrædelser i forbindelse med både amfetamin og ecstasy toppede i 2004. Mens tendensen for amfetaminrelaterede lovovertrædelser fortsat var stigende (gennemsnitlig stigning på 41 % i perioden 2001-2006), svingede EU-gennemsnittet for overtrædelser i forbindelse med ecstasy i perioden uden nogen samlet ændring mellem 2001 og 2006.

National forskning på narkotikaområdet

Der udføres forskning i narkotikaproblemet i alle europæiske lande, som giver informationer, der er væsentlige for at beskrive og forstå virkningerne af illegale stoffer i national målestok. På grundlag af indberetninger fra 25 EU-medlemsstater samt Kroatien og Norge er det muligt at give et overblik over, hvordan forskningen på narkotikaområdet er organiseret i de europæiske lande. På et tidspunkt, hvor betydningen af evidensbaserede tiltag i stigende grad anerkendes, er det bemærkelsesværdigt, at 21 lande anførte, at narkotikapolitikken, i det mindste til en vis grad, understøttes af forskningsresultater.

Koordinering og finansiering

Forskning på narkotikaområdet nævnes i den nationale narkotikastrategi eller -handlingsplan fra 20 af de 27

Kommende narkotikarelateret forskning

EONN har via sit netværk af nationale Reitox-knudepunkter indsamlet detaljeret information om forskning på narkotikaområdet udført i de europæiske lande. Medlemsstaternes oplysninger omfatter en beskrivelse af nationale forskningsorganisationer og finansieringsordninger. Medlemsstaterne har også fremsendt lister over de vigtigste undersøgelser udført siden 2000 og angivet videnskabelige dokumenter, videnskabelige tidsskrifter og websteder, hvor resultaterne af narkotikarelateret forskning udført i deres land er blevet formidlet. EONN stiller disse og andre oplysninger til rådighed via forskellige formidlingsprodukter og kanaler (se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

For en mere indgående gennemgang af dette emne se udvalgt tema om narkotikarelateret forskning 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Europa-Kommissionen har bestilt en indgående sammenlignende analyse af forskning i ulovlige stoffer i EU. Undersøgelsen skulle give et overblik over, hvor mange ressourcer der er tilgængelige til narkotikarelateret forskning fra EU og medlemsstaterne, og bygger på resultaterne af det udvalgte tema om forskning, idet anvendelsesområdet udvides til at omfatte forskning i begrænsning af narkotikaudbuddet og sikkerhed. Undersøgelsen vil omfatte en gennemgang af de eksisterende forskningsinfrastrukturer i medlemsstaterne og på europæisk plan, ligesom der vil blive foretaget en sammenligning med andre regioner som f.eks. Nordamerika og Australien. Ved afslutningen af undersøgelsen vil der blive fremsat anbefalinger om politiske løsningsmuligheder med hensyn til manglende viden og forbedret samarbejde på europæisk plan. De europæiske netværk vil ligeledes blive vurderet, herunder EONN og dets nationale Reitox-knudepunkter. Resultaterne af denne undersøgelse vil foreligge i begyndelsen af 2009.

⁽¹³⁾ Se tabel DLO-5 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁴⁾ Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁵⁾ Se tabel DLO-6 i Statistical bulletin 2008. Se kapitel 3 for en supplerende analyse af lovovertrædelser i forbindelse med cannabis.

⁽¹⁶⁾ Se tabel DLO-7 i Statistical bulletin 2008..

indberettende lande, enten som et specifikt emne eller som et væsentligt element i den evidensbaserede politik.

I 15 af de 27 indberettende lande findes der strukturer til at koordinere narkotikarelateret forskning på nationalt plan. Kun fem lande anfører, at forskning på narkotikaområdet ikke nævnes i deres nationale strategier, eller at de ikke har en national koordinationsstruktur på dette område.

Staten er hovedfinansieringskilden til den narkotika-relaterede forskning, der indberettes af medlemsstaterne, enten gennem generelle forskningsprogrammer eller gennem forskningsprogrammer på narkotikaområdet. Sundheds- og socialvidenskaberne er to af de vigtigste generelle forskningsområder, hvor der kan findes finansiering til forskning på narkotikaområdet. Midler, der er specifikt rettet mod narkotikarelateret forskning, kan stilles til rådighed gennem nationale narkotikakoordineringsorganer (Den Tjekkiske Republik, Frankrig, Luxembourg, Norge, Polen, Portugal, Spanien, Ungarn). Begge typer finansieringsprogrammer kobler ofte forskning i ulovlige stoffer sammen med andre felter inden for afhængighedsområdet såsom alkohol, tobak og spil. Midlerne fås for det meste gennem kontrakter på bestilt forskning eller gennem rammeprogrammer, som forskerne stiler ansøgninger til. Andre indberettede typer finansieringskilder omfatter fonde, videnskabelige akademier, private institutioner, særlige fonde for narkotikabekæmpelse, Europa-Kommissionen og FN.

Strukturer og projekter

De fleste lande meddelte, at forskningen for det meste finder sted på universiteter og i specialiserede centre, hvoraf nogle er værter for nationale knudepunkter, efterfulgt af offentlige og private forskningscentre. Nogle lande (Portugal, Spanien, Tyskland) anførte nationale forskningsnetværk. Disse kan spille en vigtig rolle i organisering og finansiering af forskning og kan også fremme mere direkte forbindelser mellem forskning og praksis.

Blandt de vigtigste undersøgelser, der er gennemført siden 2000 og indberettet af medlemsstaterne, var over halvdelen inden for epidemiologi og omkring en tredjedel inden for anvendt forskning (især evalueringer af tiltag inden for forebyggelse og behandling). Landene nævnte også undersøgelser af determinanter, risikofaktorer og beskyttende faktorer i forbindelse med stofbrug, følger af stofbrug og stofmekanismer og -påvirkninger.

Flere lande meldte om begrænsninger for forskningen på narkotikaområdet. Blandt de afdækkede problemer var: organisatoriske aspekter såsom manglende koordinering og spredte ressourcer (Frankrig, Tyskland, Østrig), manglende kvalificerede forskningsmedarbejdere (Letland, Ungarn) og metodiske aspekter (spørgsmål om databeskyttelse, problemer med at nå »skjulte« grupper, manglende kontinuitet i forskningsprojekter). Flere lande pegede på de begrænsede midler til forskning på narkotikaområdet som en væsentlig begrænsning (Belgien, Finland, Grækenland, Polen, Rumænien,).

Formidling

Der blev anført i alt 25 fagligt evaluerede europæiske tidsskrifter med speciale i narkotikaområdet, som offentliggøres på 11 andre sprog end engelsk. De fleste af disse nationale tidsskrifter offentliggør engelske resuméer og modtager gerne internationale bidrag. Ud over publikationer med speciale i ulovlige stoffer og afhængighed offentliggøres der også artikler om ulovlige stoffer i fagligt evaluerede tidsskrifter fra en bred vifte af fagområder og i faglige tidsskrifter. I 2006 blev der offentliggjort forskningsresultater på narkotikaområdet i over 100 af disse europæiske tidsskrifter. Andre typer publikationer, f.eks. dem der udgives af nationale knudepunkter, spiller også en vigtig rolle i formidlingen.

Nationale Reitox-knudepunkter spiller også en vigtig rolle for formidlingen af forskningsresultater i alle de indberettende lande, især gennem deres nationale rapporter.



Kapitel 2

Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt

Indledning

Dette kapitel indeholder en oversigt over tiltag mod narkotikaproblemer i Europa — om muligt med fremhævelse af tendenser, udvikling og kvalitetsspørgsmål. Den række foranstaltninger, der gennemgås her, omfatter forebyggelse, behandling, skadesreduktion og social reintegration, som til sammen danner en omfattende ordning til begrænsning af efterspørgslen. Kapitlet omfatter også en gennemgang af de foreliggende data om stofbrugeres behov i fængslerne og de eksisterende tiltag i dette særlige miljø. Endvidere diskuteres kort fremtidens udfordringer på et andet narkotikapolitisk område, nemlig begrænsning af narkotikaudbuddet.

Forebyggelse

Narkotikaforebyggelse kan inddeles i forskellige niveauer eller strategier, fra miljømæssig til indiceret forebyggelse, som ideelt set ikke konkurrerer med, men supplerer hinanden. Den følgende beskrivelse af den nuværende situation og aktuelle tendenser i Europa er baseret på kvalitative data om udbuddet af universal og selektiv forebyggelse indberettet til EONN i 2007 ⁽¹⁷⁾ og på en gennemgang af litteratur om indiceret forebyggelse (EONN, 2008f).

Universal forebyggelse

Målsætningerne for universal skolebaseret narkotikaforebyggelse i Europa ser ud til at have ændret sig i de senere år. I 2007 var udvikling af livsfærdigheder det hyppigst indberettede mål for forebyggelsesaktiviteterne (12 ud af 28 indberettende lande), mens halvdelen af landene (13 ud af 26) i 2004 anførte, at bevidstgørelse og information var deres hovedmål. At etablere beskyttende skolemiljøer, en form for strukturelt tiltag, blev også oftere nævnt som en hovedmålsætning i 2007 (seks lande) end i 2004 (fire lande). Ændringerne i de indberettede målsætninger kan være udtryk for, at der er indført en mere rationel og evidensbaseret tilgang, men det er uklart, i hvor høj grad denne målændring afspejler det faktiske udbud.

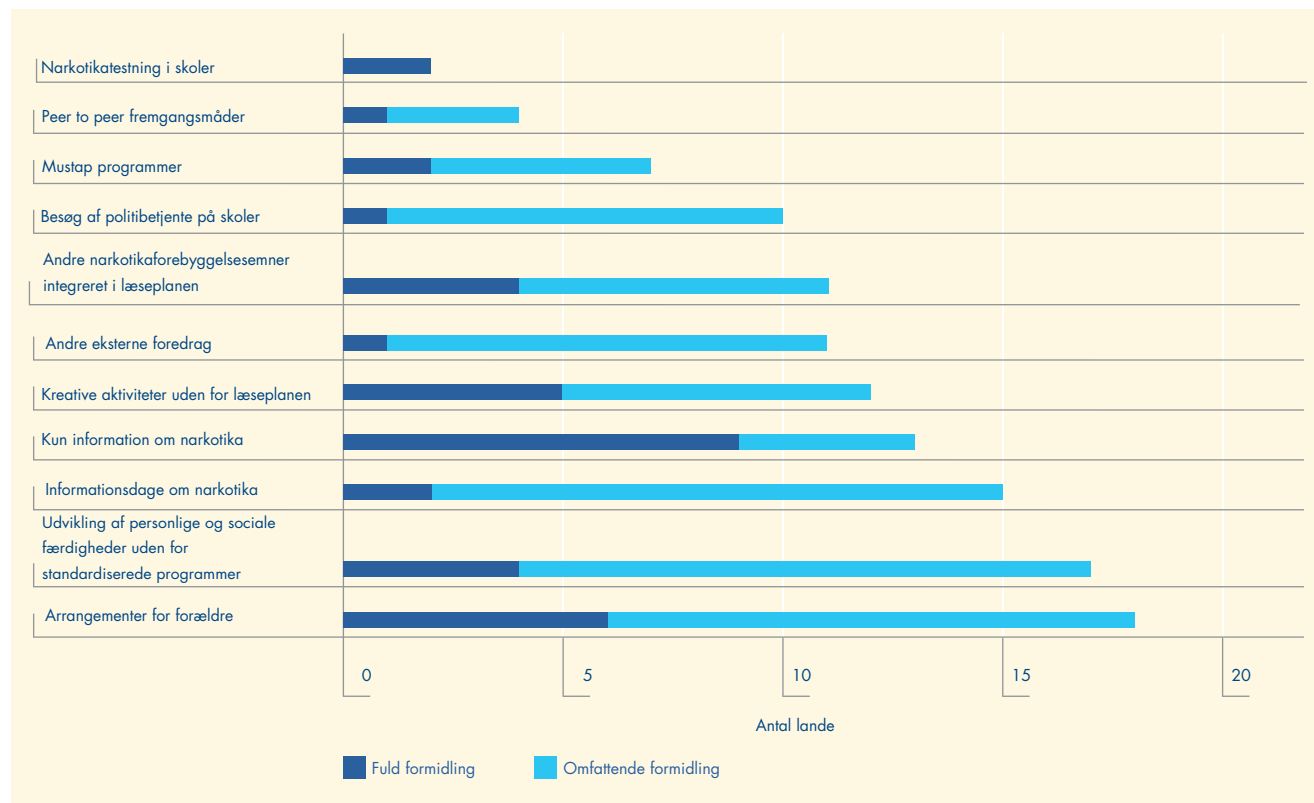
Forbedret overvågning af udbudsbegrænsningen

Begrænsning af narkotikaudbuddet kan defineres som alle de aktiviteter, der har til formål at forhindre ulovlige stoffer i at nå frem til brugerne. Disse aktiviteter kan omfatte instrumenter såsom internationale konventioner, EU-lovgivning, national lovgivning og politikker samt foranstaltninger, der vedrører de forskellige processer og aktører, der er involveret i fremstilling af og handel med ulovlige stoffer, men også i utilsigtet anvendelse eller ulovlig fremstilling af lovlige stoffer (lægemidler, kemiske prækursorer) til ulovlige formål og i hvidvask af narkotikapenge. Retshåndhævelsesforanstaltninger, alternative udviklingsinitiativer og projekter, der sigter mod at forebygge narkotikarelateret kriminalitet, bidrager alt sammen til at begrænse udbuddet af ulovlige stoffer. Overvågning og analyse udgør, som det er tilfældet med begrænsning af narkotikaudbuddet, en vigtig støtte til disse aktiviteter og evalueringen heraf.

Nyere dataindsamlinger inden for rammerne af de årlige statusundersøgelser af EU's narkotikahandlingsplan og UNGASS-undersøgelsen (se kapitel 1) har afsløret et blandet billede af tilgængeligheden af svardata inden for udbudsbegrænsning. Aktiviteter i tilknytning til internationale projekter er normalt veldokumenterede, mens data om aktiviteter på nationalt plan ofte er vanskelige at få adgang til og sammenligne. Europa-Kommissionen, Eurostat, Europol og EONN arbejder på at forbedre denne situation inden for rammerne af EU's kommende narkotikahandlingsplan (2009-2012). Eksisterende rammer og informationssystemer samt potentielle informationskilder vedrørende overvågning og analyse af foranstaltningerne til begrænsning af narkotikaudbuddet i medlemsstaterne skal undersøges. Det er også nødvendigt at opnå en bedre forståelse af narkotikamarkedene, navnlig udbuds- og distributionssystemerne med hensyn til både deres økonomiske og deres sociale dimensioner. I to undersøgelser finansieret af Europa-Kommissionen vil både informationssystemerne og informationskilderne vedrørende begrænsning af narkotikaudbuddet og de internationale narkotikamarkeder blive undersøgt.

Arrangementer for forældre og strategier, der udelukkende sigter mod informationsformidling (informationsdage, besøg af eksperter eller politibetjente på skoler), er blandt de typer skolebaserede tiltag,

⁽¹⁷⁾ Dataene blev stillet til rådighed af nationale eksperter i medlemsstaterne.

Figur 3: De hyppigste interventionsformer inden for generel forebyggelse i skoler

NB: Mustap, multisession, standardiserede programmer med trykt materiale.

Kilde: Nationale Reitox-knudepunkter.

der indberettes af det største antal lande (figur 3). Disse arrangementers effektivitet er uklar. Nogle af de mere solidt evidensbaserede tiltag rapporteres der derimod kun om i nogle få lande. Disse omfatter standardiserede programmer og peer-baserede metoder eller foranstaltninger specielt for drenge, som alle sigter mod at forbedre kommunikationsfærdighederne, øge evnerne til at håndtere konflikter, stress og frustration eller korrigere normative misopfattelser af stofbrug. Når tiltag uden eller kun med et svagt evidensgrundlag dominerer, kan det skyldes, at de kræver færre ressourcer og mindre medarbejderuddannelse.

Ud over aktiviteter, der er specielt målrettet mod stofbrug, findes der også strukturelle tiltag på skoler. Ved at sigte mod at skabe beskyttende og normative sociale miljøer, søger strukturelle tiltag at påvirke unges valg med hensyn til stofbrug (Toumbourou et al., 2007). Denne metode stemmer overens med de overordnede forebyggelsespolitikker, der i stigende grad også omfatter strengere regler for tobak og alkohol på skoler. Således rapporterer tyve lande om totalt rygeforbud på alle skoler, og atten lande melder om fuldstændig eller omfattende dækning ⁽¹⁸⁾ i form af narkotikapolitikker på skoler. Især

i Central- og Vesteuropa anfører medlemsstater, at de har gennemført strukturforanstaltninger med henblik på at nedbringe brugen af tobak og alkohol på skoler. Disse forebyggende foranstaltninger kan også suppleres af andre strukturforanstaltninger såsom forbedring af skolebygningers udformning og selve skolens liv.

Familiebaseret forebyggelse er en anden alment brugt forebyggelsesmetode. Elleve lande meldte om fuld eller omfattende dækning med hensyn til familiemøder og -aftener. Sammen med skolebaseret forebyggelse ser familiebaseret forebyggelse ud til især at være fokuseret på at give information. Intensiv coaching og kurser for familier, som er en metode, der på tværs af undersøgelser (Petrie et al., 2007) har vist en konsekvent effektivitet, tilbydes i begrænset omfang og kun i syv lande, der melder om de højeste dækningsgrader.

Selektiv forebyggelse

Selektiv forebyggelse styres af sociale og demografiske indikatorer som omfanget af ledighed, kriminalitet eller pjækkeri. Den bruges over for særlige grupper, familier eller hele lokalområder, hvor mennesker på grund af deres svage sociale bånd og knappe ressourcer har

⁽¹⁸⁾ Omfattende dækning: Der er regler de fleste steder, hvor målgruppens størrelse er tilstrækkelig til, at de kan gennemføres. Fuld dækning: Der er regler næsten alle steder, hvor målgruppens størrelse er tilstrækkelig til, at de kan gennemføres.

større sandsynlighed for at udvikle stofbrug eller blive afhængige.

Tretten lande melder, at størstedelen af deres familiebaserede forebyggelse er selektiv. Dog tages der sjældent fat på vigtige risikobetingelser for familier i Europa. Ud af tredivende indberettende lande melder kun syv om fuld eller omfattende dækning af foranstaltninger mod stofbrug i familien, og fem melder om foranstaltninger for konflikter og vanrøgt i familien. Derudover meldte fire lande om følgende kategorier af foranstaltninger: tiltag mod manglende social funktionsdygtighed (f.eks. arbejdsløshed), hjælp til strafferetlige problemer eller bistand til marginaliserede familier fra etniske minoriteter. Endvidere gør kun tre lande noget for at opfylde behovene for familier med psykiske problemer.

Der gøres også kun sjældent noget ved unge sårbare gruppers risikobetingelser, f.eks. unge kriminelle, hjemløse, pjækkere, dårligt stillede og minoritetsunge, selv om det har voksende politisk betydning. Siden 2004 er de i et stigende antal narkotikapolitikker anført som den primære målgruppe for forebyggelsestiltag, men den rapporterede dækning er ikke øget i denne periode. Der præsenteres mere detaljerede oplysninger i det udvalgte tema for 2008 om sårbare unge.

Indiceret forebyggelse

Indiceret forebyggelse sigter mod at finde frem til individer med adfærdsmæssige eller psykologiske problemer, der kan være retningsgivende for udvikling af et problematisk stofbrug senere i livet, og sætte ind med særlige individuelt målrettede tiltag. Disse personer omfatter unge, der går tidligt ud af skolen og personer med psykiatriske forstyrrelser, antisocial adfærd eller tidlige tegn på stofbrug. En rapport, der for nylig er udsendt af EONN (2008f), indeholder længdesnitsundersøgelser med definitioner af problematiske baner, neuroadfærdsmæssige undersøgelser og den øgede viden om hjerneplasticiteten og neurotransmitternes rolle, og sætter fokus på resultater af tiltag indberettet af medlemsstaterne.

Børn med adfærdsforstyrrelser såsom ADHD kombineret med adfærdsproblemer har høj risiko for at udvikle stofbrugsproblemer. Tidlige foranstaltninger for børn med adfærdsforstyrrelser kræver et tæt samarbejde mellem læger, sociale myndigheder og ungdomsorganisationer. Det tyske »multimodulbehandlingskoncept« tilbyder f.eks. en kombination af rådgivning for forældre og plejepersonale, sideløbende lægelig, psykoterapeutisk og

Stoffer og udsatte grupper blandt unge – udvalgt tema, EONN 2008

Unge i visse grupper er udsat for at blive socialt udstødte, og dette kan øge sandsynligheden for brug af stoffer og for at udvikle narkotikaproblemer. Når foranstaltninger, som skal mindske stofbrug og narkotikarelaterede skader, fokuserer på bestemte grupper, forbedres chancerne også for at imødekomme disse gruppers behov og opnå gode resultater med foranstaltningerne.

Dette udvalgte tema giver uddybende oplysninger om risikofaktorer og sårbarhedsprofiler inden for bestemte grupper og analyserer stofbrug og hermed forbundne problemer i disse grupper. Desuden undersøges konsekvenserne af sårbarhed som følge af pjækkeri, nederlag i skolen, socialt dårlig stilling, familiære problemer og kriminalitet. Endelig drøftes der specifikke tiltag over for stofbrug og stofbrugsproblemer i udsatte grupper, herunder lovgivning, forebyggelse og behandling.

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

psykosocial støtte samt pædagogisk støtte i børnehave eller skole. Den irske metode med målrettet pædagogisk og psykologisk rådgivning til unge, især for at forebygge udviklingsproblemer i skole, uddannelsessted og familie, gav samlet set positive evalueringsresultater. I Nederlandene blev det i en undersøgelse af den forebyggende langtidsvirkning ved at behandle forstyrrende adfærd hos unge midt i barndommen (8-13 år) konstateret, at manualiseret adfærdsterapi viste betydeligt bedre opfølgende resultater på rygning og brug af cannabis sammenlignet med sædvanlig behandling (Zonnevylle-Bender et al., 2007).

Tiltagens effektivitet og risiko

Stofbrug blandt børn og i familier er fortsat hovedfokus for den målrettede forebyggelse i Europa. En lang række undersøgelser af de sociale og neuroadfærdsmæssige faktorer, der kan pege i retning af senere udvikling af stofbrug, viser, at en forebyggelsesindsats uden fokus på narkotika også kan have en virkning på stofbrug. Både selektiv og indiceret forebyggelse kan begrænse virkningen af tidlige udviklingsmæssige vanskeligheder, som kan føre til social marginalisering og efterfølgende udvikling af stofbrug. Adskillige forskningsundersøgelser har vist, at foranstaltninger, der træffes i de tidlige skoleår med det formål at forbedre det pædagogiske

EONN's portal om bedste praksis

EONN har i år lanceret det første modul af sin internetportal om bedste praksis for narkotikarelaterede tiltag (forebyggelse, behandling, skadesreduktion og social reintegration). Portalen giver et overblik over de seneste oplysninger om effektiviteten og omkostningseffektiviteten af forskellige tiltag, og præsenterer redskaber og standarder, der sigter mod at forbedre kvaliteten af tiltagene, ligesom nogle eksempler på evalueret praksis fra hele Europa fremhæves. Den henvender sig til fagfolk, politiske beslutningstagere og forskere på narkotikaområdet og har et stærkt europæisk fokus.

Portalens første modul fokuserer på universel forebyggelse, navnlig på beviser på effektivitet, der er baseret på adskillige undersøgelser offentliggjort siden 2000. For nærmere oplysninger om resultaterne se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Portalen indeholder oplysninger om forskellige tiltags effektivitet, men det skal bemærkes, at dokumentationsgrundlaget nogle gange er begrænset, og at valg mellem forskellige tiltag bør træffes med forsigtighed. Det er desuden et åbent spørgsmål, hvilke resultater visse indgreb vil give inden for forskellige rammer, idet kontrollerede forsøg måler programmernes effektivitet. Den nye udgave af EDDRA databanken, der er tilgængelig fra portalen, indeholder eksempler på evaluerede tiltag i forskellige lande og inden for forskellige rammer og kan fungere som en supplerende vejledning.

miljø og begrænse social udstødelse, også har en dæmpende virkning på senere stofbrug (Toumbourou et al., 2007).

Der er sat spørgsmålstejn ved den samlede effektivitet af en skolebaseret forebyggelse (Coggans, 2006, Gorman et al., 2007). En nyere litteraturgennemgang⁽¹⁹⁾ viser imidlertid, at visse elementer af skolebaseret forebyggelse såsom fokus på normative anskuelser og livsfærdigheder, synes at være effektive. F.eks. meldte det europæiske randomiserede og kontrollerede forsøg, EU-Dap-undersøgelsen, der medfinansieres af Europa-Kommissionen med henblik på at udvikle og evaluere et skolebaseret forebyggelsesprogram, om positive resultater⁽²⁰⁾. En opfølgende undersøgelse viste, at virkningen af programmet fortsat var stabil femten måneder efter foranstaltningen, idet der blev konstateret færre forekomster af beruselse og cannabisbrug blandt deltagerne. »Betaversionen« af programmet, som blev brugt i forsøget, udfordrede normer omkring accept af og meninger om udbredelsen af stofbrug blandt unge.

Forebyggelse skal ikke blot være effektiv, men også sikker — uønskede virkninger skal holdes nede på et minimum. Således bør man nøje overveje risici for negative virkninger, når man udvikler og evaluerer tiltag. Det er særligt vigtigt for universal skolebaseret forebyggelse, der bruges på en bred og mangfoldig målgruppe. F.eks. er det ikke blot ineffektivt alene at give information om narkotikavirkninger, hvilket er en udbredt metode i Europa, det kan også indebære risici for uønskede virkninger (Werch og Owen, 2002). Det samme gælder kampagner i massemedierne, der kan indebære risici for at øge tilbøjeligheden til stofbrug⁽²¹⁾.

En måde hvorpå man kan sikre, at forebyggelsesprogrammer er evidensbaserede, og at risikoen for uønskede virkninger nedbringes, er at udvikle standarder for forebyggelsesprojekternes gennemførelse og indhold. Antallet af medlemsstater, der har indberettet standarder for projektudformning og -evaluering, er steget fra tre i 2004 til ni i 2007. Flere medlemsstater anfører, at de er ved at udvikle certificeringsprocesser for at sikre programmernes kvalitet og en effektiv udnyttelse af ressourcer fra de offentlige budgetter (Den Tjekkiske Republik, Ungarn, Polen, Portugal). I Den Tjekkiske Republik er det f.eks. en forudsætning for at modtage statsstøtte, at de forebyggende aktiviteter er certificeret.

Behandling

Formålet med dette afsnit er at give en oversigt over narkotikabehandlingen i Europa og beskrive organisering og udbud af tjenester.

Organisation

Generelt ydes narkotikabehandling hovedsageligt gennem den offentlige sektor i EU-medlemsstaterne, selv om ikke-statslige organisationer (ngo'er) kan spille den samme rolle (syv medlemsstater) eller endog være hovedudbyderen af behandlingstilbud (fem medlemsstater). Alment praktiserende læger spiller også en vigtig rolle, og er i nogle lande de vigtigste ydere af substitutionsbehandling. Den private sektor kan i nogle lande også være involveret, især i stationær behandling. Ikke desto mindre kommer midlerne til narkotikabehandling for det meste fra statsbudgettet eller er knyttet til social- eller sundhedsforsikringer.

Behandlingstilbud

Narkotikabehandling finder sted i mange forskellige miljøer, bl.a. ambulatorier og døgnbehandlingscentre,

⁽¹⁹⁾ Se portalen om god praksis (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

⁽²¹⁾ Se kapitel 3 i denne beretning og årsberetningen for 2007.

almen praksis, lavtærskelcentre og fængsler. Ambulatorier, herunder almen praksis, tegner sig for størstedelen af behandlingen for stofbrug i Europa, især fordi substitutionsbehandling normalt gives i disse miljøer. Stofbrugere, der kommer i behandling i ambulatorier, er ifølge de seneste tal fra indikatoren for behandlingsefterspørgsel gennemsnitligt omkring 30 år og for størstedelens vedkommende mænd ⁽²²⁾. Ca. en tredjedel søger selv behandling, 22 % henvises til behandling af det strafferetlige system — dette tal har været stigende i de seneste år — og de resterende henvises gennem social- og sundhedsforvaltningerne eller gennem uformelle netværk ⁽²³⁾.

Halvdelen af de klienter, der gik i ambulant behandling anførte primært opioidbrug, mens 21 % anførte cannabis og 16 % kokain som deres primære stof. Stigninger i andelen af klienter, og især nye klienter, der henvises til behandling for problemer med andre stoffer end opioider, kan være udtryk for forbedret adgang til behandling for cannabis- og kokainbrugere i flere medlemsstater samt en stigning i antallet af brugere, der søger behandling for disse stoffer (se kapitel 3 og 5). Imidlertid er der fortsat begrænset adgang til tilbud, som er specifikt målrettet mod brugere af andre stoffer end opioider.

Behandling på døgnbehandlingscentre foregår for det meste i terapeutiske miljøer, psykiatriske hospitaler og specialafdelinger på almindelige hospitaler. De tjenester, der tilbydes, går fra kortvarig afgiftning til langvarige psykiatriske og abstinensbaserede behandlingsprogrammer. Stationære tilbud kan være særligt egnede for stofbrugere med komplekse behandlingsbehov på grund af comorbide fysiske og psykiske helbredsproblemer. Klienter i døgnbehandling ligner i gennemsnit ambulante klienter: De er omkring 30 år, især mænd, og de går i narkotikabehandling for primært opioidbrug ⁽²⁴⁾. Andelen af narkotikaklienter uden beskæftigelse og med ustabile boligforhold er imidlertid højere blandt klienter i døgnbehandling end blandt ambulante klienter i de fleste lande, hvor det er muligt at sammenligne ⁽²⁵⁾.

Traditionelt har narkotikabehandlingstjenesterne været organiseret omkring opioidbrugernes behov, idet de stadig udgør hovedgruppen af brugere i behandling. I de fleste medlemsstater er substitutionsbehandling kombineret med psykosocial støtte blevet den fremherskende mulighed for opioidbrugere. Med indførelsen af behandling med buprenorphin i store doser på Cypern i 2007 er der nu

adgang til substitutionsbehandling i alle medlemsstater samt i Kroatien og Norge ⁽²⁶⁾. I Tyrkiet mangler man stadig at indføre substitutionsbehandling, men det er tilladt i henhold til en forordning om behandlingscentre fra 2004. Efter metadon er buprenorphin den mest almindeligt ordinerede opioiderstatning, og brugen heraf i behandlingen af opioidafhængighed har været stigende i de seneste år (se kapitel 6). Det er nu en behandlingsmulighed i alle medlemsstater undtagen Bulgarien, Polen og Ungarn. I 2006 anslås det, at 600 000 opioidbrugere fik substitutionsbehandling i Europa, og 16 ud af 22 indberettende lande meldte om en stigning i forhold til det foregående år.

Skadesreduktion

Forebyggelse og begrænsning af narkotikarelaterede skader er et mål på folkesundhedsområdet i alle medlemsstater og i EU's narkotikastrategi og -handlingsplan (Europa-Kommissionen, 2007a).

De vigtigste foranstaltninger på dette område er opioidsubstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer rettet mod dødsfald som følge af overdosis samt infektionssygdomme. Disse foranstaltninger meldes tilgængelige i alle lande undtagen Tyrkiet (se også kapitel 6 og 8), og selv om der er betydelige forskelle i tilbuddenes omfang og niveau, går den generelle europæiske tendens i retning af at øge og konsolidere de skadesbegrænsende foranstaltninger.

Endvidere tilbyder de fleste lande en række social- og sundhedsydelser på lavtærskelcentre. Nogle lande anfører imidlertid, at gennemførelsen af skadesbegrænsende foranstaltninger er blevet forsinket på grund af manglende politisk opbakning. I Grækenland er udbredelsen af lavtærskeltjenester og substitutionsbehandling blevet stillet i bero, nåle- og sprøjteprogrammer i Polen og Rumænien blev nedjusteret i 2006, efter at den eksterne finansiering ophørte, og Cyperns eneste nåle- og sprøjteprogram er ikke officielt godkendt. I Ungarn, hvor nåle- og sprøjteprogrammer og opsøgende arbejde har været i vækst, viser en undersøgelse blandt den gruppe, der ikke er i behandling, at tilbuddene stadig er utilstrækkelige, og adgangsbarriererne høje.

Som følge af de baltiske stater og Rumæniens særlige hiv-/aidsprofil spiller internationale donorer fortsat en vigtig rolle i disse lande. Den økonomiske støtte til skadesbegrænsende aktiviteter kommer fra den globale fond gennem programmet til bekæmpelse af aids, malaria

⁽²²⁾ Se tabel TDI-10 part (iii) og TDI-21 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽²³⁾ Se tabel TDI-16 i Statistical bulletin 2008.

⁽²⁴⁾ Se tabel TDI-10 part (vii) og TDI-21 part (iv) i Statistical bulletin 2008.

⁽²⁵⁾ Se tabel TDI-13 og TDI-15 i Statistical bulletin 2008.

⁽²⁶⁾ Se tabel HSR-1 og HSR-2 i Statistical bulletin 2008.

og tuberkulose, mens UNODC for nylig har iværksat projektet »hiv/aids-forebyggelse og støtte til intravenøse stofbrugere samt i fængsler« i Estland, Letland og Litauen.

Endelig har visse medlemsstater for nylig set på følgerne af at indføre skadesbegrænsende foranstaltninger. I Frankrig faldt den konstaterede nedgang i dødeligheden blandt stofbrugere sammen med indførelsen af antivirale behandlinger med tre stoffer, udviklingen af en skadesreduktionspolitik og adgangen til opioidsstitutionsbehandling; i Spanien ytrede det faldende antal intravenøse brugere kombineret med let adgang til metadonvedligeholdelsesbehandling sig i et fald i antallet af tilfælde af infektionssygdomme og narkotikarelaterede dødsfald blandt brugere (De la Fuente et al., 2006), og i Portugal viser de foreliggende data en stabilisering af infektionssygdommene, hvilket formentlig delvis kan tilskrives en øget adgang til skadesreduktion og behandlingsforanstaltninger.

Social reintegration

Der er ofte en høj grad af arbejdsløshed og hjemløshed blandt stofbrugere i behandling. Disse vanskelige forhold ser også ud til at være mere udbredt blandt specifikke brugergrupper, især kvinder, heroin- og crackbrugere, brugere blandt etniske minoriteter og personer med comorbide psykiatriske problemer.

Social reintegration anerkendes som et væsentligt element i omfattende narkotikastrategier, og kan gennemføres på et hvilket som helst stadium af stofbrug og i forskellige miljøer. Målene for sociale reintegrationstiltag kan nås gennem kapacitetsopbygning, forbedring af de sociale færdigheder, foranstaltninger til at lette og fremme beskæftigelsen og opnå eller forbedre boligforholdene. I praksis kan reintegrationstjenesterne tilbyde erhvervsvejledning, jobaktivering og boligstøtte, mens fængselsbaserede tiltag kan knytte indsatte til lokalsamfundsbase­rede bolig­mæssige og sociale støttetjenester som forberedelse til deres løsladelse.

Hjemløshed er sammen med ustabile boligforhold en af de alvorligste former for social udstødelse, stofbrugere står over for, og rammer omkring 10 % af de stofbrugere, der kom i behandling i 2006 ⁽²⁷⁾. Selv om der i mange lande gives boligstøtte til klienter i behandling for stofbrug, er der også dokumenteret mangler, og to lande melder om, at det er vanskeligt for stofbrugere at få adgang til de generelle tilbud for hjemløse, der traditionelt benyttes af problematiske alkoholbrugere (Irland, Italien). Der er ved

at blive truffet nye foranstaltninger til at imødekomme stofbrugeres boligbehov i tre lande (Belgien, Danmark, Nederlandene), som anfører, at boligtilbud til langvarigt afhængige hjemløse bliver centraliseret, og særlige plejehjem er ved at blive åbnet til stofbrugere med problematisk adfærd eller comorbiditet.

Et centralt element i en social reintegration er at hjælpe klienter i narkotikabehandling med at finde beskæftigelse, da hver anden klient i behandling er arbejdsløs ⁽²⁸⁾. Nye metoder til at hjælpe klienter med at finde og fastholde job siges at være vellykkede, bl.a.: »mentorordninger«, støttede arbejdspladser (siden 2006 også muligt i Litauen) og særlig coaching af arbejdsgivere og arbejdstagere som gennemført i projektet »Ready for work« i Irland eller forskellige »arbejds- og socialtjenester« i Den Tjekkiske Republik.

Sundhed og sociale tiltag i fængsler

Fængsler er et vigtigt sted at iværksætte sundhedsmæssige og sociale tiltag for stofbrugere. I dette afsnit gennemgås data om stofbrug og stofbrugere i europæiske fængsler sammen med den seneste information om udbuddet af tjenester til indsatte stofbrugere og nye love om narkotikabehandling i fængsler.

Stofbrug

Oplysninger fra forskellige undersøgelser peger fortsat på en overrepræsentation af stofbrugere i europæiske fængsler sammenlignet med den almindelige befolkning. Undersøgelser, der er foretaget mellem 2001 og 2006, viser, at andelen af indsatte ⁽²⁹⁾, som anfører, at de på et tidspunkt har taget et ulovligt stof, svinger stærkt mellem de enkelte fængselspopulationer, frihedsberøvende institutioner og lande, fra en tredjedel eller derunder (Bulgarien, Rumænien, Ungarn) til over 50 % i de fleste undersøgelser og op til 84 % i et kvindefængsel i England og Wales. Cannabis er og bliver det ulovlige stof, de indsatte oftest anfører, med langtidsprævalenser på op til 78 %. Selv om skøn over langtidserfaring med andre stoffer kan være meget lave i nogle fængsler (ned til 1 %), melder visse undersøgelser om langtidsprævalensniveauer på 50-60 % for heroin, amfetamin eller kokain blandt indsatte ⁽³⁰⁾. De mest skadelige former for stofbrug kan også være koncentreret blandt indsatte, idet nogle undersøgelser viser, at over en tredjedel af deltagerne

⁽²⁷⁾ Se tabel TDI-15 i Statistical bulletin 2008.

⁽²⁸⁾ Se tabel TDI-20 i Statistical bulletin 2008.

⁽²⁹⁾ Udtrykket »indsatte« bruges her i bred betydning og omfatter både varetægtsfængslede og dømte fængslede personer.

⁽³⁰⁾ Se tabel DUP-1 i Statistical bulletin 2008.

Nyere lovgivning om narkotikabehandling i fængsler

I 2006 og starten af 2007 reviderede seks lande deres retsgrundlag og retningslinjer vedrørende indsatte ret til narkotikabehandling.

I Belgien fremgår det af justitsministerens direktiv fra 2006, at indsatte har ret til alle de samme behandlingsmuligheder som dem, der findes uden for fængslet. I de nye Prison Service-retningslinjer i Irland understreges det endvidere, at sundhedsplejestandarden for behandlingstjenester skal være sammenlignelig med den, der er tilgængelig i samfundet, samtidig med at den er tilpasset fængselsmiljøet.

I Danmark giver en ændring af lovgivningen fra januar 2007 indsatte stofbrugere ret til gratis behandling for deres stofbrug. Det fremgår af loven, at behandlingen normalt skal påbegyndes inden for 14 dage, efter at den indsatte har anmodet fængselsvæsenet herom. Denne ret eksisterer dog ikke, hvis lovovertræderen forventes at blive løsladt inden for tre måneder eller anses for at være uegnet eller umotiveret til at modtage behandling.

I Rumænien blev der etableret et nyt retsgrundlag for indførelse af substitutionsbehandling i fængsler i maj 2006 via den fælles ministerielle anordning fra justitsministeren, ministeren for offentlig sundhed og ministeren for administration og indre anliggender vedrørende videreførelse af integrerede medicinske, psykologiske og sociale hjælpeprogrammer for indsatte.

I Norge styrkede et cirkulære fra 2006 udstedt af justitsministeriet og sundheds- og socialministeriet samarbejdet mellem de to sektorer, hvilket havde til formål at yde bedre opfølgning under og efter afsoningen af fængselsstraffe. Mere specifikt åbnede en lov fra 2006 i Slovakiet mulighed for, at der ydes psykologhjælp til varetægtsfængslede stofbrugere med abstinenser. Formålet med loven er at yde stofbrugere denne hjælp på det tidspunkt, hvor de har størst behov for den, nemlig ved tvungen afholdenhed umiddelbart efter varetægtsfængslingen. Med denne lov blev der også indført en lovramme om støtte til eksisterende specialbehandlingsenheder for fængslede stofbrugere.

i undersøgelsen på et tidspunkt har brugt stoffer intravenøst ⁽³¹⁾.

Det forhold, at stoffer finder vej ind i de fleste fængsler til trods for alle de foranstaltninger, der træffes for at begrænse udbuddet af stoffer, anerkendes af både fængselsseksperter og beslutningstagere. Undersøgelser, der er gennemført mellem 2001 og 2006 i Europa, viser, at mellem 1 % og 56 % af de indsatte anfører at have taget stoffer i fængslet, og op til en tredjedel af de indsatte har injiceret stoffer, mens de var indsat ⁽³²⁾. Dette giver anledning til bekymring for potentiel spredning af smitsomme sygdomme, især i forbindelse med fælles brug af injektionsudstyr.

Fængselspopulationen i EU er på over 607 000 ⁽³³⁾ med en anslået årlig omsætning på over 860 000 indsatte. I de fleste lande ligger andelen af indsatte med domme for narkotikalovovertrædelser i størrelsesordenen 10-30 %. Af de foreliggende data kan det anslås, at over 400 000 mennesker med tidligere eller aktuel erfaring med ulovlig stofbrug passerer gennem fængsler i EU hvert år. Blandt disse vil der være et betydeligt antal problematiske stofbrugere. Behovet for sundhedsydelse hos denne store gruppe af tidligere eller nuværende stofbrugere i europæiske fængsler vil til en vis grad afgøres af helbredsproblemer i forbindelse med stofbrug, især smitsomme sygdomme såsom hepatitis B- og C-virusser samt hiv/aids (se kapitel 7:

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald).

Sundhedspleje

Ansvar for sundhedspleje i fængslerne ligger i de fleste lande hos justitsministeriet. Imidlertid er det ved at ændres, og i et voksende antal EU-lande er ansvaret blevet overført til sundhedsvæsenet (England og Wales i Det Forenede Kongerige, Frankrig, Italien, Norge). I Spanien er der udviklet omfattende tilbud til stofbrugere i alle fængsler i henhold til handlingsplanen i den nationale narkotikastrategi (2000-2008) og på grundlag af en samarbejdsprotokol mellem sundhedsministeriet og indenrigsministeriet, der blev undertegnet i 2005. For at imødekomme behovene hos et stigende antal indsatte stofbrugere, har fængsler i andre lande indledt samarbejde med de offentlige sundhedsmyndigheder og specialiserede, ikke-statslige narkotikatjenester i lokalsamfundet.

Måltrettede tiltag for indsatte stofbrugere har bredt sig i EU. Sammenlignet med for fem år siden melder flere lande nu om aktiviteter på følgende områder: narkotikarelateret information og forebyggelse, screening for smitsomme sygdomme, vaccinationer samt behandling for stofafhængighed, herunder substitutionsbehandling. Endvidere er disse tiltag blevet mere bredt tilgængelige i landene. Der er officielt adgang til fængselsbaseret

⁽³¹⁾ Se tabel DUP-2 i Statistical bulletin 2008.

⁽³²⁾ Se tabel DUP-3 og DUP-4 i Statistical bulletin 2008.

⁽³³⁾ Europarådets årlige statistikker på det strafferetlige område (SPACE), baseret på en fængselspopulationsundersøgelse pr. 1.9.2006.

substitutionsbehandling i alle lande undtagen Bulgarien, Cypern, Estland, Letland, Litauen, Slovakiet og Tyrkiet, om end den samlede adgang til denne behandlingsmulighed er begrænset. Spanien er i øjeblikket det eneste europæiske land, der har en bred vifte skadesreducerende foranstaltninger i fængslerne.

I 2006 indberettede kun fire medlemsstater socio-demografiske data og oplysninger om stofbrugsmønstre

for indsatte i narkotikabehandling gennem deres nationale behandlingsovervågningssystemer. I Frankrig, Cypern og Slovakiet meldes oftest om et opioid, normalt heroin, som det primære stof hos personer, der kommer i narkotikabehandling, mens hovedårsagen til at gå i behandling i fængslet i Sverige primært er amfetaminbrug, hvilket i store træk afspejler mønstrene for problematisk stofbrug i landet.

Kapitel 3

Cannabis

Indledning

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

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Cannabis kan dyrkes i en lang række miljøer og vokser vildt i mange dele af verden, og man mener, at planten i øjeblikket dyrkes i 172 lande og territorier (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Disse forhold tilsammen betyder, at det sandsynligvis vil være meget vanskeligt at udarbejde præcise skøn over den verdensomspændende produktion af cannabis. Det seneste tal fra UNODC for den globale produktion af cannabisblade lyder på 41 600 tons (2006), hvoraf over halvdelen dyrkes i Nord- og Sydamerika og næsten en fjerdedel i Afrika (UNODC, 2008).

Den udbredte dyrkning af cannabis betyder også, at en betydelig del af den ulovlige handel sandsynligvis foregår mellem regioner. Det er tilfældet for en del cannabisblade i Europa, hvor man ud over hjemlig produktion ⁽³⁵⁾ har

Udbud og tilgængelighed af stoffer — data og kilder

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

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

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

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

anført Albanien og Nederlandene som kildelande (nationale Reitox-rapporter). Cannabisblade i Europa meldes også at komme fra andre dele af verden, herunder: Vest- og Sydafrika (Nigeria, Angola), Sydøstasien (Thailand), Sydvestasien (Pakistan) samt

⁽³⁴⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffet se boksen på denne side.

⁽³⁵⁾ Se »Cannabisproduktion i Europa«, s. 38.

Nord-, Mellem- og Sydamerika (Colombia, Jamaica) (CND, 2008, Europol, 2008).

Den samlede produktion af cannabisharpiks blev anslået til 6 000 tons i 2006, hvilket er et fald fra 7 500 tons i 2004 (UNODC, 2007), idet Marokko fortsat er den største internationale producent. Arealet med cannabisharpiksproduktion faldt fra 134 000 ha i 2003 til 76 400 ha med en produktion på 1 066 tons i 2005 (UNODC og den marokkanske regering, 2007). Der meldes også om harpiksproduktion i Afghanistan, hvor den er hastigt voksende, Pakistan, Indien, Nepal og Centralasien samt andre SNG-lande (UNODC, 2008). Cannabisharpiks produceret i Marokko smugles typisk ind i Europa via Den Iberiske Halvø (Europol, 2008), hvorefter noget af det videredistribueres fra Nederlandene.

Beslaglæggelser

I 2006 blev der på verdensplan beslaglagt 5 230 tons cannabisblade og 1 025 tons cannabisharpiks, hvilket er et fald i forhold til de højeste tal i 2004. Nordamerika tegnede sig fortsat for hovedparten af de beslaglagte cannabisblade (58 %), mens mængderne af beslaglagt harpiks fortsat var koncentreret i Vest- og Centraleuropa (62 %) (UNODC, 2008).

I Europa blev der i 2006 foretaget anslået 177 000 beslaglæggelser af cannabisblade på 86 tons ⁽³⁶⁾. Det Forenede Kongerige er den EU-medlemsstat, der indberetter flest beslaglæggelser af cannabisblade, selv om der endnu ikke foreligger data for 2006. Tyrkiet indberettede beslaglæggelser af rekordstore mængder cannabisblade i 2006. Antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i Europa er steget støt siden 2001, mens der indtil 2005 har været et samlet fald i den beslaglagte mængde, selv om der dog kan konstateres en stigning i de seneste data.

Beslaglæggelserne af cannabisharpiks i Europa overstiger beslaglæggelserne af blade både med hensyn til antal og mængde, idet der har været dobbelt så mange beslaglæggelser (325 000) og otte gange større beslaglagte mængder (713 tons). De fleste beslaglæggelser af harpiks blev fortsat indberettet af Spanien (der tegnede sig for omkring halvdelen af alle beslaglæggelser og for omkring to tredjedele af den beslaglagte mængde i 2006) efterfulgt, med en vis afstand, af Frankrig og Det Forenede Kongerige. Efter en periode med stabilisering i 2001-2003 er antallet af beslaglæggelser af cannabisharpiks stigende

Cannabisproduktion i Europa

Spørgsmålet om den interne produktion af cannabis i Europa er blevet vigtigere i de senere år og afspejler den omstændighed, at en stor del af de europæiske lande nu rapporterer om lokal dyrkning af cannabis og nogle omfattende beslaglæggelser af cannabisplanter. Cannabis, der dyrkes i Europa, rapporteres at stamme fra såvel indendørsfaciliteter, hvor den ofte dyrkes intensivt, som udendørsbeplantninger. Beplantningernes størrelse svinger meget afhængigt af avlerens motivation og ressourcer, fra nogle få planter til eget brug til adskillige tusinde på store områder beregnet til kommercielle formål.

De foreliggende oplysninger er spredte og gør det ikke muligt nøjagtigt at vurdere omfanget af cannabisdyrkningen i Europa. Rapporter fra en række lande tyder dog på, at den ikke længere kan betragtes som marginal. For eksempel fremgik det af franske befolkningsstatistikker i 2005, at anslået 200 000 mennesker havde dyrket cannabis mindst én gang i deres liv. I Det Forenede Kongerige lukkede politiet i London over 1 500 »cannabisfarme« med gennemsnitligt 400 planter hver i perioden 2005-2006 (Daly, 2007), og det meste af den marihuana, der nu er tilgængelig, menes at være produceret enten lokalt eller i andre europæiske lande. I Nederlandene er cannabisdyrkningen omfattende i nogle dele af landet, og det anslås, at i alt omkring 6 000 dyrkningssteder blev destrueret i 2005 og 2006.

Cannabisproduktionen ser ud til at være steget kraftigt fra midten af 1990'erne i nogle vesteuropæiske lande, til dels som en reaktion fra cannabisbrugernes side på den dårlige kvalitet og høje pris på importeret harpiks, der dengang var det mest udbredte cannabisprodukt. I nogle lande ser det ud til, at en stor del af brugerne nu anvender lokalt produceret marihuana. Denne delvise udskiftning af importeret harpiks med hjemligt dyrket marihuana blev gjort mulig af fremskridt inden for viden om dyrkning og inden for teknologi (for at optimere udbyttet og undgå sporing), der derefter har spredt sig via internettet (Hough et al., 2003, Jansen, 2002, Szendrei, 1997/1998). Lokalt produceret cannabis indebærer også den fordel for producenten, at den ikke skal transporteres over nationale grænser.

i Europa, mens de beslaglagte mængder er øget indtil 2003-2004, hvorefter de igen er begyndt at falde.

I 2006 førte anslået 10 500 beslaglæggelser i Europa til konfiskering af ca. 2,3 millioner cannabisplanter ⁽³⁷⁾ eller 22 tons cannabisplanter (hvoraf Spanien tegnede sig for 64 %). Efter en stadig stigning siden 2001 stabiliseredes antallet af beslaglæggelser af cannabisplanter i 2006 ⁽³⁸⁾.

⁽³⁶⁾ Oplysningerne om europæiske narkotikabeslaglæggelser, der er nævnt i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 og SZR-6 i Statistical bulletin 2008.

⁽³⁷⁾ Eftersom Tyrkiet meddelte, at man ikke havde beslaglagt nogen cannabisplanter i 2005 og 2006 efter at have indberettet store mængder beslaglæggelser af dette stof i 2001-2004, blev landet udelukket fra den europæiske analyse.

⁽³⁸⁾ Dette billede er foreløbigt, da der endnu ikke foreligger data for 2006 fra Det Forenede Kongerige, der indberettede flest beslaglæggelser af cannabisplanter i 2005.

Efter et drastisk fald i 2002 fra en rekordstor beslaglagt mængde i 2001 har antallet af beslaglagte planter i Europa været stigende, selv om det stabiliserede sig i 2006 på halvdelen af det antal, der blev indberettet i 2001. I løbet af den samme femårs periode blev mængden af beslaglagte cannabisplanter i Europa og mængde indberettet i kilo stadig større, idet der skete en acceleration i 2006 på grund af rekordstore beslaglæggelser i Litauen.

Styrke og pris

Cannabisprodukternes styrke bestemmes ud fra deres indhold af delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det primære aktive stof. Der er stor forskel på styrken af cannabis inden for et land, mellem landene og mellem forskellige cannabisprøver og produkter. Af en række metodiske årsager er det vanskeligt at fortolke data på dette område, og det er tvivlsomt, i hvor høj grad de analyserede beslaglæggelser afspejler det samlede marked. Forskning tyder på, at cannabis, som produceres internt under intensive forhold, generelt har en højere styrke. I 2006 lå det indberettede THC-indhold af harpiksprøver fra 2,3 til 18,4 %, mens indholdet i cannabisblade lå fra under 1 til 13 %. I perioden 2001-2006 forblev styrken af harpiks og cannabisblade stabil eller faldt i mange af de 16 europæiske lande, der indberettede tilstrækkelige data; dog blev der konstateret stigende tendenser for importeret cannabis harpiks i Nederlandene og for cannabisblade i syv andre lande. Skøn over styrken i lokalt producerede cannabisblade over en årrække foreligger kun for Nederlandene, der indberettede et fald til 16,0 % i 2006 fra et maksimum på 20,3 % i 2004 ⁽³⁹⁾.

Typiske detailpriser for både cannabisblade og cannabis harpiks varierede fra 2 til 14 EUR pr. gram, idet de fleste europæiske lande meldte om priser i størrelsesordenen 4-10 EUR for begge produkter. I perioden 2001-2006 blev der med undtagelse af Belgien og Tyskland rapporteret om fald i detailpriserne på cannabis harpiks (korrigeret for inflation). De foreliggende data fra de fleste lande peger på en mere stabil situation for priserne på cannabisblade i denne periode med undtagelse af Tyskland og Østrig, hvor der blev bemærket tegn på stigende priser.

Udbredelse og brugs mønstre

I befolkningen som helhed

Det anslås forsigtigt, at over 70 millioner europæere har brugt cannabis mindst én gang (langtidsprævalens), dvs. mere end én ud af fem af alle 15-64-årige (se et resumé

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

Stofbrug i den almindelige befolkning eller blandt skoleelever vurderes gennem undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en andel af personerne der angiver at have brugt stoffer i nærmere bestemte tidsrum. Undersøgelser giver også nyttig baggrundsviden om brugs mønstre, brugernes sociodemografiske karakteristika og opfattelser af risici og tilgængelighed ⁽¹⁾.

EONN har i tæt samarbejde med nationale eksperter udviklet en række fælles kerneelementer (»europæisk modelspørgeskema«) til brug i voksenundersøgelser. Denne protokol er nu blevet gennemført i de fleste af EU's medlemsstater ⁽²⁾. Der er imidlertid stadig forskelle mellem landene med hensyn til dataindsamlingsmetode og -år, og mindre forskelle mellem landene bør fortolkes med forsigtighed ⁽³⁾.

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

Der anvendes almindeligvis tre mål for stofbrug over tid til indberetning af undersøgelsesdata. Langtidsprævalens er det bredeste. Dette mål afspejler ikke den aktuelle stofbrugssituation blandt voksne, men er nyttig i forbindelse med indberetning om skoleelever og giver indsigt i brugs mønstre og forekomst. For voksne fokuseres der på brug inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned ⁽⁴⁾. Det er vigtigt klart at identificere de personer, der regelmæssigt bruger stoffer eller har problemer med deres stofbrug, og der er gjort visse fremskridt i denne henseende med udviklingen af skalaer til at vurdere mere intensive former for brug i den brede befolkning, blandt voksne og blandt skoleelever (se boksen om udvikling af psykometriske skalaer i årsberetningen for 2007).

⁽¹⁾ Yderligere oplysninger om undersøgelsesmetodologi findes i Statistical bulletin 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Findes på: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ Se Tabel GPS-121 i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger om nationale undersøgelser.

⁽⁴⁾ EONN's standardaldersgrupper er: alle voksne (15-64 år) og unge voksne (15-34 år). I denne betænkning anvendes begreberne »langtidsbrug eller -prævalens«, »prævalens de seneste 12 måneder« og »prævalens den seneste måned«, og nogle gange de mere uformelle udtryk »langtidserfaring«, »brug på det seneste« og »aktuel brug«.

af dataene i tabel 2). Selv om der er betydelige forskelle mellem landene imellem, idet de nationale tal svinger mellem 2 og 37 %, indberetter halvdelen af landene skøn i størrelsesordenen 11-22 %.

Mange lande indberetter forholdsvis høje prævalensniveauer for brug af cannabis inden for det seneste år og inden

⁽³⁹⁾ Se oplysninger om styrke og pris i tabel PPP-1 og PPP-5 i Statistical bulletin 2008.

for den seneste måned. Det anslås, at ca. 23 millioner europæere har brugt cannabis inden for det seneste år eller gennemsnitligt ca. 7 % af alle 15-64-årige. Skøn over brug inden for den seneste måned omfatter personer, som bruger cannabis mere regelmæssigt, om end ikke nødvendigvis intensivt (se nedenfor). Det anslås, at ca. 12,5 millioner europæere har brugt stoffet i løbet af den foregående måned, gennemsnitligt ca. 4 % af alle 15-64-årige.

Brug af cannabis blandt unge voksne

Cannabisbrug er i vid udstrækning koncentreret blandt unge (15-34 år), idet den højeste prævalens generelt registreres blandt de 15-24-årige. Det er tilfældet i næsten alle europæiske lande med undtagelse af Belgien, Cypern og Portugal ⁽⁴⁰⁾.

Data fra befolkningsundersøgelser viser, at gennemsnitligt 31 % af unge europæiske voksne (15-34 år) på et tidspunkt har brugt cannabis, mens 13 % har brugt stoffet inden for det seneste år og 7 % har brugt det inden for den seneste måned. Det anslås, at en endnu større del af europæerne i alderen 15-24 år har brugt cannabis inden for det seneste år (17 %) eller seneste måned (9 %), selv om gennemsnitligt lidt færre i denne aldersgruppe har prøvet stoffet (30 %). Nationale skøn over udbredelsen af cannabisbrug svinger meget mellem landene i alle prævalensmålinger, idet landene i den øverste ende af

skalaen melder om værdier, der er op til ti gange højere end lande med den laveste prævalens.

Cannabisbrug er mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder (se det udvalgte tema i 2006 om køn), selv om der kan konstateres markante forskelle mellem landene. F.eks. gik forholdet mellem mænd og kvinder, der anførte, at de havde brugt cannabis inden for det seneste år, fra 6,4 mænd for hver kvinde i Portugal til 1,3 mænd for hver kvinde i Italien.

Cannabisbrug blandt skoleelever

Efter tobak og alkohol er cannabis også fortsat det psykoaktive stof, der bruges mest af skoleelever.

Langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever kan være udtryk for en nylig eller aktuel brug, eftersom tidspunktet for det første forsøg med dette stof ofte er omkring den alder. Data fra undersøgelsen om 15-åriges sundhedsadfærd fra 2005-2006, HBSC, viste stor variation i langtidsprævalensen for cannabisbrug på tværs af 27 lande. Fem lande indberettede skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug på under 10 %, 11 lande indberettede værdier mellem 10 og 20 % og 11 lande mellem 21 og 31 % (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾. I denne aldersgruppe anfører drenge normalt en højere prævalens for cannabisbrug end piger, men forskellen i indberettet prævalens mellem kønnene er lille eller helt fraværende i nogle af de lande, der har de højeste prævalensskøn.

Som med langtidserfaring er der stor variation mellem landene i skøn over brug inden for de sidste 30 dage blandt skoleelever. I nogle lande er det praktisk talt ikke indberettet, mens omkring 15 % af de adspurgte i andre anfører brug inden for de sidste 30 dage, og der er undertiden endnu højere tal for mænd. På grundlag af data indsamlet i tidligere ESPAD-undersøgelser anslås det, at ca. 3,5 millioner (22,1 %) 15-16-årige skoleelever i 2003 havde brugt cannabis mindst én gang i deres liv i EU-medlemsstaterne samt Kroatien og Tyrkiet, og at ca. 1,7 millioner (11 %) havde brugt stoffet i måneden forud for undersøgelsen.

Internationale sammenligninger

Europæiske tal kan sammenlignes med tal fra andre dele af verden. F.eks. indeholdt den nationale undersøgelse af stofbrug og sundhed (Samhsa, 2005) i USA skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug på 49 % blandt unge voksne (15-34 år, beregnet af EONN) og prævalensen inden for det seneste år på 21 %. For samme aldersgruppe var langtidsprævalensen

Nyere undersøgelser i skoler

Undersøgelsen af »sundhedsadfærd blandt skoleelever«, (HBSC), er en sammenlignende WHO-undersøgelse, der undersøger børns sundhed og sundhedsadfærd og har omfattet spørgsmål om cannabisbrug blandt 15-årige elever siden 2001. Anden runde af denne undersøgelse med spørgsmål om cannabisbrug blev gennemført mellem oktober 2005 og maj 2006 med deltagelse af 26 EU-medlemsstater samt Kroatien.

Fjerde runde af det »europæiske skoleprojekt om alkohol og andre stoffer« (ESPAD) blev gennemført i 2007 med deltagelse af 25 medlemsstater, Kroatien og Norge. I denne undersøgelse fokuseredes der specifikt på stofbrug blandt skoleelever, der fyldte 16 år i indeværende kalenderår. Resultaterne af de seneste undersøgelser vil blive offentliggjort i 2008.

Deltagelsen i begge disse internationale skoleprojekter, der hver især gennemføres hvert fjerde år, er vokset med hver runde og omfatter nu de fleste europæiske lande.

Det Forenede Kongerige, Italien, Portugal, Slovakiet, Spanien og Sverige har også indberettet data om cannabisbrug fra deres egne nationale skoleprojekter i 2006.

⁽⁴⁰⁾ Se figur GPS-1 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁴¹⁾ Se figur EYE-5 i Statistical bulletin 2008.

Tabel 2: Prævalensen af cannabisbrug i den brede befolkning — sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	Det seneste år	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	71,5 millioner	23 millioner	12,5 millioner
Europæisk gennemsnit	21,8 %	6,8 %	3,8 %
Område	1,7-36,5 %	0,8-11,2 %	0,5-8,7 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (1,7 %), Malta (3,5 %), Bulgarien (4,4 %), Cypern (6,6 %)	Malta (0,8 %), Bulgarien (1,5 %), Grækenland (1,7 %), Sverige (2,0)	Malta (0,5 %), Sverige (0,6 %), Litauen (0,7 %), Bulgarien (0,8 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (36,5 %), Frankrig (30,6 %), Det Forenede Kongerige (30,1 %), Italien (29,3 %)	Italien, Spanien (11,2 %), Den Tjek. Rep. (9,3 %), Frankrig (8,6 %)	Spanien (8,7 %), Italien (5,8 %), Det Forenede Kongerige, Frankrig, Den Tjekkiske Republik (4,8 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	42 millioner	17,5 millioner	10 millioner
Europæisk gennemsnit	31,2 %	13 %	7,3 %
Område	2,9-49,5 %	1,9-20,3 %	1,5-15,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (2,9 %), Malta (4,8 %), Bulgarien (8,7 %), Cypern (9,9 %)	Malta (1,9 %), Grækenland (3,2 %), Cypern (3,4 %), Bulgarien (3,5 %)	Grækenland, Litauen, Sverige (1,5 %), Bulgarien (1,7 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (49,5 %), Frankrig (43,6 %), Det Forenede Kongerige (41,4 %), Spanien (38,6 %)	Spanien (20,3 %), Den Tjek. Rep. (19,3 %), Frankrig (16,7 %), Italien (16,5 %)	Spanien (15,5 %), Frankrig, Den Tjek. Rep. (9,8 %), Det Forenede Kongerige (9,2 %)
15-24 år			
Anslået antal brugere i Europa	20 millioner	11 millioner	6 millioner
Europæisk gennemsnit	30,7 %	16,7 %	9,1 %
Område	2,7-44,2 %	3,6-28,2 %	1,2-18,6 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (2,7 %), Malta (4,9 %), Cypern (6,9 %), Grækenland (9,0 %)	Grækenland, Cypern (3,6 %), Sverige (6,0 %), Bulgarien, Portugal (6,6 %)	Grækenland (1,2 %), Sverige (1,6 %), Cypern, Litauen (2,0 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (44,2 %), Den Tjek. Rep. (43,9 %), Frankrig (42,0 %), Det Forenede Kongerige (39,5 %)	Den Tjek. Rep. (28,2 %), Spanien (24,3 %), Frankrig (21,7 %), Det Forenede Kongerige (20,9 %)	Spanien (18,6 %), Den Tjek. Rep. (15,4 %), Frankrig (12,7 %), Det Forenede Kongerige (12,0 %)

Information baseret på den seneste tilgængelige undersøgelse for hvert land. Undersøgelsesåret ligger mellem 2001 og 2007. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (328 millioner), 15-34 år (134 millioner) og 15-24 år (64 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2008.

for cannabisbrug 58 % og prævalensen inden for det seneste år 28 % i Canada (2004), mens tallene i Australien (2004) var henholdsvis 48 % og 20 %. Alle disse tal ligger over de tilsvarende europæiske gennemsnit, der er på henholdsvis 31 % og 13 %.

Mønstre i cannabisbrug

De foreliggende data peger på forskellige mønstre for cannabisbrug. Af de 15-64-årige, der på et tidspunkt har brugt cannabis, har kun 30 % gjort det inden for det seneste år ⁽⁴²⁾. Men blandt dem, der har brugt stoffet inden for det seneste år, har gennemsnitligt 56 % gjort det inden for den seneste måned.

Det er vigtigt for folkesundheden at anslå intensive og langvarige brugsmønstre. Daglig eller næsten daglig brug (brug på 20 dage eller derover inden for de sidste 30 dage) kan være en indikator for intensiv brug. Data om denne form for cannabisbrug i Europa blev indsamlet i 2007-2008 som led i et »feltforsøg« koordineret af EONN i samarbejde med nationale eksperter og Reitox-knudepunkter i 13 lande. På grundlag af disse, om end begrænsede, data anslås det, at over 1 % af alle voksne europæere, ca. 4 millioner, bruger cannabis dagligt eller næsten dagligt. De fleste af disse cannabisbrugere, ca. 3 millioner, er mellem 15 og 34 år og udgør omkring 2,5 % af alle europæere i denne aldersgruppe ⁽⁴³⁾.

Det er vanskeligt at vurdere tendenserne i intensivt cannabisbrug i Europa, men blandt de lande, der deltog i begge feltforsøg i 2004 og 2007 (Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Nederlandene, Portugal, Spanien), var den gennemsnitlige stigning på ca. 20 %, selv om dette skøn i vid udstrækning er påvirket af tallene fra Frankrig, Italien og Spanien.

Gentagen brug af cannabis kan være ret stabil over lange perioder, selv blandt yngre brugere. En nyligt offentliggjort tysk undersøgelse, hvor man i ti år havde fulgt en kohorte af 14-24-årige, viste, at en stor del af dem, der havde brugt cannabis gentagne gange (fem gange eller mere i deres liv) i begyndelsen af undersøgelsesperioden, fortsatte med at bruge stoffet, idet 56 % anførte, at de brugte det efter fire år, og 46 %, at de stadig brugte stoffet efter ti år. Omvendt så lejlighedsvis brug af stoffet ved periodens begyndelse (1-4 gange) ikke ud til at føre til efterfølgende udvikling af langvarige og mere problematiske brugsformer (Perkonig, 2008).

Afhængighed af cannabis anerkendes i stigende grad som en mulig konsekvens af regelmæssig brug af stoffet, selv om omfang og følger kan forekomme mindre alvorlige end dem, der almindeligvis ses med visse andre psykoaktive stoffer. Men fordi en relativt større andel af befolkningen bruger cannabis regelmæssigt, kan den samlede påvirkning af folkesundheden som følge af intensive former for cannabisbrug alligevel være betydelig. En analyse af nationale befolkningsundersøgelsesdata for USA viser, at omkring 20-30 % daglige brugere scorede positivt for afhængighed mellem 2000 og 2006 ⁽⁴⁴⁾. I en australsk undersøgelse blev 92 % af langtidsbrugere af cannabis klassificeret som afhængige på et tidspunkt i deres liv, idet over halvdelen blev vurderet som afhængige på undersøgelsestidspunktet. Det fremgik af en opfølgende undersøgelse, der blev foretaget et år senere, at mål for cannabisbrug og -afhængighed blandt langtidsbrugere kan være stabile i en så lang periode (Swift et al., 2000).

EONN er i samarbejde med flere lande ved at udvikle metoder til at overvåge de mere intensive og væsentlige former for brug af cannabis gennem længere tid, herunder afhængighed. Der er i flere EU-lande ved at blive afprøvet psykometriske skalaer, og den foreliggende dokumentation vil blive analyseret i år. Denne information kan hjælpe EU-medlemsstaterne til at vurdere, hvordan mere problematiske former for cannabisbrug påvirker folkesundheden, og til at planlægge hensigtsmæssige tiltag ⁽⁴⁵⁾.

Mønstre i cannabisbrug blandt skoleelever

HBSC-data viser, at hyppig cannabisbrug fortsat er sjælden blandt 15-årige skolebørn. Kun seks lande rapporterer om en prævalens for hyppig cannabisbrug (her defineret som 40 gange eller derover inden for de foregående 12 måneder) på over 2 %. Dog er hyppig brug generelt mere udbredt blandt mænd med skøn på op til 5 % i syv lande. Rapporten viser, at der findes korrelationer mellem de mere problematiske cannabisbrugsmønstre og tilhørsforholdet til en sårbar gruppe (f.eks. unge kriminelle, pjækkere, personer med lavt uddannelsesniveau), hvilket kunne tyde på, at der er behov for specifikke strategier for at skabe et sikkerhedsnet for disse særligt sårbare unge. Dette problem sættes der fokus på i det udvalgte tema i 2008 om udsatte unge.

⁽⁴²⁾ Se figur GPS-2 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁴³⁾ De anførte europæiske gennemsnit er et groft skøn baseret på et vægtet gennemsnit (for befolkningen) for lande, hvor der foreligger information. Gennemsnitsresultatet er beregnet for lande uden information. De opnåede tal er 1,2 % for alle voksne (15-64 år) og 2,3 % for unge voksne (15-34 år). Se tabel GPS-7 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁴⁴⁾ NSDUH's online analysefacilitet: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml> fra den 25. februar 2008 og analyserede brugsvariable MJDY30A og DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Tiltag, f.eks. behandlingsformer, præsenteres i »Behandlingsudbud«, s. 45.

Der er i samarbejde med ESPAD foretaget en undersøgelse af blandingsbrug ved at sammenligne skoleelever i alderen 15-16 år i 2003, der har brugt cannabis i løbet af de foregående 30 dage, med andre elever. Sammenligningen viser, at elever, der har brugt cannabis, i gennemsnit har større sandsynlighed for at have brugt andre stoffer. Skønt brug af andre stoffer inden for den seneste måned blandt cannabisbrugere fortsat var lav (under 10 %), var niveauet for cigaretrykning og kraftigt lejlighedsdrikkeri blandt cannabisbrugere omkring dobbelt så højt (80 %) som i den almindelige elevpopulation. Disse sammenligninger viser, at cannabisbrug er forbundet med betydeligt højere frekvenser for både lovlig og ulovlig stofbrug end gennemsnittet ⁽⁴⁶⁾.

Tendenser i cannabisbrug

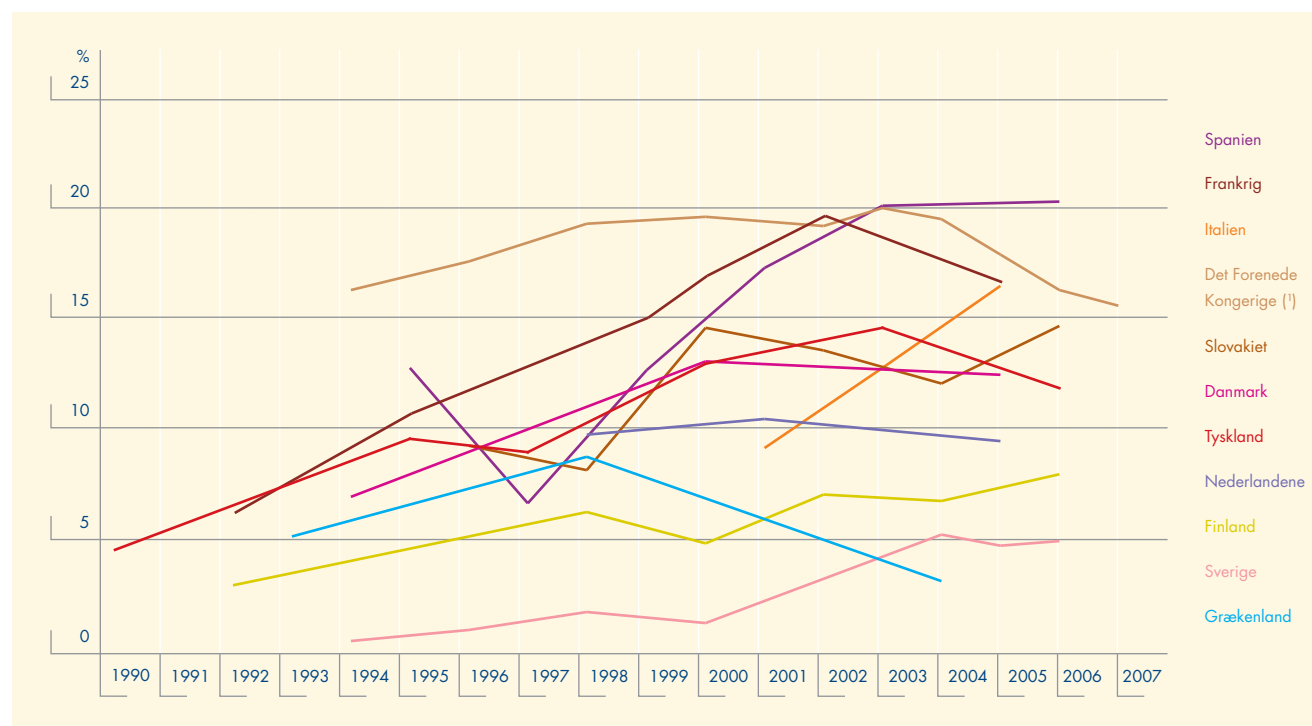
Kun Sverige og Norge melder om undersøgelsesrækker af unge eller værnepligtige, der går tilbage til 1970'erne. En første bølge af brug blev observeret i 1970'erne efterfulgt af et fald i 1980'erne og en ny betydelig stigning i løbet af 1990'erne. En analyse af første brugsår

i nyere undersøgelser viste også en betydelig stigning af brugen af cannabis i Spanien (midten af 1970'erne) og Tyskland (begyndelsen af 1990'erne) (se årsberetningerne for 2004 og 2007).

Det fremgår af nationale undersøgelsesdata, der er indberettet til EONN, at brugen af cannabis steg markant i næsten alle EU-lande i 1990'erne, især blandt unge (figur 4) og skoleelever. Omkring år 2000 steg langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt de 15-34-årige til niveauer over 30 % i ni lande og ca. 40 % i to tilfælde, mens prævalensen inden for det seneste år nåede op på 15-20 % i syv lande og prævalensen inden for den seneste måned var på 8-15 % i seks lande. Af særlig interesse er tendensen i brugen af cannabis i Det Forenede Kongerige (England og Wales), som er det land, der indberettede de højeste skøn over prævalens i begyndelsen og midten af 1990'erne, men hvor der i den senere tid er konstateret en støt nedadgående tendens, især blandt de 16-24-årige ⁽⁴⁷⁾.

Oplysninger fra nyere nationale undersøgelser tyder på, at brugen af cannabis er ved at stabilisere sig i mange lande.

Figur 4: Tendenser i det seneste års prævalens af cannabisbrug blandt unge voksne (15-34 år)



(1) England og Wales.

NB: Se figur GPS-4 i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2007), der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

⁽⁴⁶⁾ Analysen bygger på data fra den database, der blev etableret inden for det europæiske forskningsprojekt om brugen af alkohol og andre rusmidler (ESPAD) og er i overensstemmelse med reglerne for brug af ESPAD-databasen. De nationale hovedundersøgere, der indleverer data for hvert af de omfattede lande, kan ses på projektets websted (www.espad.org).

⁽⁴⁷⁾ Se figur GPS-10 i Statistical bulletin 2008.

Af de 16 lande, hvor det er muligt at analysere tendensen fra 2001 og 2006, steg prævalensen inden for det seneste år blandt unge voksne med 15 % eller derover i seks lande, faldt i tre med en lignende mængde og var stabil i syv ⁽⁴⁸⁾.

Der kan også ses stabile eller faldende tendenser fra de senest offentliggjorte data om cannabisbrug blandt skoleelever. En sammenligning af HBSC-data fra 2001-2002 og 2005-2006 viser en stabil eller faldende tendens i både langtidsbrug og andre mere hyppige former for cannabisbrug blandt 15-årige skoleelever i de fleste EU-lande ⁽⁴⁹⁾. Andre nyere nationale skoleundersøgelser, der er gennemført i Det Forenede Kongerige, Portugal, Slovakiet, Spanien og Sverige viser også stabile eller faldende tendenser.

Da cannabistilgængeligheden i Europa som helhed ikke ser ud til at have ændret sig, og priserne ser ud til at være faldende i de fleste lande, der indberetter oplysninger, må forklaringen på den nuværende stabilisering eller fald søges andre steder. Den franske befolkningsundersøgelse (Baromètre Santé) fra 2005 viste, at årsagen til at holde op med at bruge cannabis for 80 % vedkommende, var manglende interesse. En del af forklaringen kan måske også findes i det konstaterede fald i tobaksrygning, der har samme indtagelsesmåde som cannabis, og adfærden kan derfor til en vis grad forbindes (nationale Reitox-rapporter og Currie et al., 2008).

Fald i eksperimenterende eller lejlighedsvis brug af cannabis hænger ikke nødvendigvis direkte sammen med tendenser i den regelmæssige brug af stoffet. Dette kan ses i data fra to på hinanden følgende undersøgelser blandt teenagere i Tyskland, som har vist fald i langtidsprævalens og prævalens inden for det seneste år, mens »regelmæssig brug« af cannabis (over ti gange inden for det seneste år) forblev uforandret (2,3 %) (BZgA, 2004 og BZgA, 2007, citeret i den tyske nationale rapport).

Cannabisbehandling

Mønstre i behandlingsefterspørgslen

Blandt 390 000 indberettede behandlingsanmodninger i 2006 (tilgængelige data fra 24 lande) var cannabis den primære årsag til at gå i behandling i ca. 21 % af alle tilfælde, hvilket gør cannabis til det næstmest indberettede stof efter heroin ⁽⁵⁰⁾. Forskellene landene imellem var

imidlertid betydelige, idet cannabis blev nævnt som den primære årsag til at komme i behandling af under 5 % af alle klienter i Bulgarien, Litauen, Luxembourg og Rumænien, mens det indberettes som det vigtigste stof af over 30 % af behandlingsklienterne i Frankrig, Nederlandene og Ungarn ⁽⁵¹⁾.

Der er også betydelige variationer med hensyn til nye behandlingsanmodninger, idet cannabis anføres som det primære stof af under 10 % af de nye klienter i Bulgarien, Litauen og Rumænien og af over 50 % i Danmark, Frankrig, Tyskland og Ungarn ⁽⁵²⁾. Disse variationer kan forklares af forskelle i udbredelsen af intensiv cannabisbrug, organisering af narkotikabehandlingen eller af henvisningspraksis. I nogle lande med høje andele af cannabispatienter (f.eks. Sverige, Tyskland, Ungarn, Østrig) tilbydes narkotikabehandling f.eks. som et alternativ til straf, og det er undertiden obligatorisk i tilfælde af anholdelse; i Frankrig, der indberetter den højeste andel af cannabispatienter i Europa, er der for nylig blevet oprettet specialiserede centre for cannabisbrugere, og det vil have en direkte indvirkning på indberetningen.

Cannabisbrugere behandles hovedsagligt i ambulatorier, men i nogle lande (Finland, Irland, Slovakiet, Sverige), anføres det, at ca. en tredjedel søger behandling på døgnbehandlingscentre ⁽⁵³⁾. Det meddeles, at de fleste cannabispatienter har henvist sig selv, men denne henvisningsvej er mindre almindelig blandt cannabispatienter end blandt personer, der søger hjælp for problemer med andre stoffer.

De, der søger behandling i ambulatorier for primært cannabisbrug, anfører, at de også bruger andre stoffer: 21 % bruger alkohol som et sekundært stof, 12 % amfetaminer og ecstasy og 10 % kokain. Blandt dem, der får behandling for andre primære stoffer, anføres cannabis som det næsthøjest hyppigste sekundære stof (21 %) efter alkohol (32 %) ⁽⁵⁴⁾.

Tendenser i nye anmodninger om narkotikabehandling

Blandt de ca. 160 000 nye anmodninger om narkotikabehandling (data fra 24 lande), der blev indberettet i 2006, repræsenterer cannabispatienter den næststørste gruppe (28 %) efter heroinklienter (34 %). Sammenlignet med andelen af alle klienter, der anfører cannabis som deres primære stof, er andelen blandt nye klienter højere. Halvdelen af landene melder, at andelen

⁽⁴⁸⁾ Hvor der ikke forelå information om de nøjagtige år, blev der brugt information fra det foregående eller følgende år. Hvis denne information manglede, blev analysen ikke foretaget.

⁽⁴⁹⁾ Se figur EYE-4 og EYE-5 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵⁰⁾ Se figur TDI-2 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵¹⁾ Se tabel TDI-5 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵²⁾ Se tabel TDI-4 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵³⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵⁴⁾ Se tabel TDI-22 og TDI-23 (part (i) og part (iv) i Statistical bulletin 2008.

af nye klienter, der anmoder om behandling for cannabis som deres primære stof, er stigende. Det absolutte antal af nye anmodninger om cannabisbehandling steg i perioden 2002-2006, mens andelen af nye klienter, der gik i behandling for primært cannabisbrug, steg mellem 2002 og 2005 og forblev på samme niveau i 2006 ⁽⁵⁵⁾.

Den stigende tendens i efterspørgslen efter cannabisbehandling kan hænge sammen med en række faktorer: stigninger i cannabisbrug eller intensiv og langvarig brug, forbedringer i datadækningen, nylig udvidelse og diversificering af behandlingssystemet, der tidligere fokuserede på heroinbrugere, men nu er rettet mod brugere af andre stoffer, ændringer i lovgivning og politikker, som undertiden fører til en stigning i antallet af henvisninger til cannabisbehandling fra det strafferetlige system (EONN, 2008a). Den seneste stabilisering i den nye efterspørgsel efter behandling i forbindelse med cannabisbrug kunne også forklares ved de allerseneste tendenser for cannabisbrug, ændringer i behandlingssystemet eller ændringer i de måder, hvorpå der henvises til behandling.

Klientprofiler

Cannabisbrugere, der kommer i ambulant behandling, er fortrinsvis unge mænd, idet forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er 5,2 mænd for hver kvinde, og gennemsnitsalderen er 24 år. Cannabis er det hyppigst anførte primære stof blandt de yngre aldersgrupper. Blandt dem, der kommer i behandling første gang, anføres primært brug af cannabis af 67 % af de 15-19-årige og af 80 % af dem, der er under 15 år ⁽⁵⁶⁾.

De fleste cannabisbrugere ser ud til at være relativt godt socialt integreret sammenlignet med dem, der søger hjælp for problemer med visse andre typer narkotika. Mange er stadig under uddannelse og har stabile boligforhold. Ofte bor de sammen med deres forældre; dog melder ny forskning også om en social profil for cannabispatienter, der adskiller sig fra den generelle population i samme aldersgruppe og har en dårligere baggrund (EONN, 2008a).

Overordnet kan primære cannabisbrugere, der kommer i behandling, inddeles i tre grupper efter brugshyppighed: De, der bruger det lejlighedsvis (30 %), de, der bruger det én til flere gange om ugen (30 %) og de, der bruger det dagligt (40 %) ⁽⁵⁷⁾. Der kan imidlertid observeres betydelige forskelle mellem landene, især i andelen af regelmæssige cannabisbrugere, der går i behandling. I de lande, hvor der er flere cannabis-klienter, svinger

andelen af daglige brugere fra 70 % i Nederlandene og Danmark over 40-60 % i Spanien, Frankrig og Italien til 20-30 % i Tyskland og Ungarn.

Behandlingsudbud

En undersøgelse bestilt af EONN om udbuddet af cannabisbehandling i et udsnit af narkotika-behandlingstjenester i 19 medlemsstater viste, at halvdelen af de undersøgte tjenester ikke havde programmer, der var specielt rettet mod cannabisproblemer (EONN, 2008a). Dette resultat viser, at mange cannabisbrugere behandles i samme miljø som brugere af andre stoffer, hvilket kan give vanskeligheder, både for behandlere og klienter. Af de undersøgte specialtjenester tilbød de fleste korte behandlingskurser for cannabisbrug, der normalt var på under 20 sessioner. Behandlingen skete som regel i form af individuel rådgivning og terapi eller rådgivning om de mulige følger af cannabisbrug. Nogle tjenester meldte om cannabisafgiftning, familieterapi, terapeutisk fællesskab og gensidige støttegrupper som mulige elementer i behandlingen. Når der blev tilbudt stationær behandling for brug af cannabis, foregik den generelt i forbindelse med aflastning for sociale og adfærdsmæssige problemer.

Den videnskabelige litteratur på dette område tyder på, at en række psykoterapier har vist sig effektive til cannabisbehandling, herunder motivationsterapi og kognitiv adfærdsterapi, men ingen bestemt form for psykoterapi har vist sig mere effektiv end andre (Nordstrom og Levin, 2007). De fleste undersøgelser om cannabisbehandlings effektivitet er blevet foretaget i USA og Australien, men der begynder nu at blive iværksat eller meldt om europæiske undersøgelser. Et tysk randomiseret kontrolleret forsøg, der undersøgte et behandlingsprogram for unge med cannabisforstyrrelser, »CANDIS«, blev påbegyndt i 2004. Programmet er baseret på styrkelse af motivationen, kognitiv adfærdsterapi og psykosocial problemløsning. De første resultater viser, at halvdelen af patienterne var holdt op med at bruge cannabis inden afslutningen af behandlingen. Andre 30 % nedsatte deres cannabisbrug. Endvidere blev der meldt om et mærkbart fald i dermed forbundne mentale og sociale problemer. Der er planer om en opfølgende undersøgelse.

Flere lande har meldt om initiativer til at tilbyde behandling til unge cannabisbrugere. I Frankrig er der siden 2005 blevet oprettet omkring 250 cannabisrådgivningscentre i hele landet, der giver råd og støtte til brugere og deres familier. I Danmark er der nylig bevilget særlige midler til udvikling af målrettede programmer til unge

⁽⁵⁵⁾ Se figur TDI-1 og TDI-2 og tabel TDI-3 part (iv) og TDI-5 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵⁶⁾ Se tabel TDI-10 og TDI-21 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁵⁷⁾ Se tabel TDI-18 i Statistical bulletin 2008.

cannabisbrugere. Endvidere samarbejder Belgien, Frankrig, Nederlandene, Schweiz og Tyskland om en international undersøgelse af, hvor effektiv en omfattende familiebasert behandling for problematisk cannabisbrug er (INCANT) ⁽⁵⁸⁾.

I Tyskland er der forsøg på at overføre det internet-baserede cannabisstopprogram »Quit the shit« ⁽⁵⁹⁾, som i samarbejde med ambulante behandlingscentre tilbyder interaktiv rådgivning til kommunale strukturer for ungdomsforsorg og narkotikabehandling eller til tjenester for forebyggelse af narkotikaafhængighed.

Informations- og kommunikationsteknologi bruges stadig mere i foranstaltninger til nedbringelse af narkotikaefterspørgslen i Europa. I 2006-2007 nævnte ni medlemsstater, at der var adgang til råd og vejledning om narkotikabrug, idet otte heraf anførte, at de brugte internettet (Den Tjekkiske Republik, Det Forenede Kongerige, Estland, Nederlandene, Portugal, Slovakiet, Tyskland, Østrig), mens Danmark meddelte, at man brugte sms. Disse internetbaserede tjenester er målrettet unge mennesker og fokuserer på problemer i forbindelse med alkohol og cannabis.

Cannabisbrugere i kontakt med det strafferetlige system

Cannabis er det illegale stof, der oftest nævnes i politirapporter om narkotikalovovertrædelser i Europa ⁽⁶⁰⁾, og antallet af overtrædelser i forbindelse med dette stof i EU er steget med gennemsnitligt 34 % mellem 2001 og 2006 (figur 2). De foreliggende data viser, at de

fleste indberettede cannabisrelaterede lovovertrædelser gælder brug og besiddelse til brug snarere end handel og udbud, idet de brugsrelaterede overtrædelser i de fleste af de indberettende lande tegner sig for 62-95 % af alle indberettede cannabisrelaterede lovovertrædelser.

Da mange narkotikalovovertrædere er unge cannabisbrugere, der måske ellers ikke ville komme i kontakt med narkotikatjenesterne, er der meldt om øget samarbejde mellem de retlige myndigheder og forebyggelses- og rådgivningstjenester i skoler og ungdomsforsorgscentre. Luxembourg, Spanien (Catalonien), Tyskland og Østrig har gennemført protokoller og programmer for unge, der har overtrådt narkotikalove eller er blevet dømt for brug eller besiddelse af narkotika, fortrinsvis cannabis. Lovovertræderen kan få valget mellem at gennemgå et kursus eller at betale en bøde. De kurser, der tilbydes i de forskellige lande, har til formål at forebygge yderligere udvikling af stofbrug og ny lovovertrædelse og kan omfatte familie-, skole- eller psykologisk rådgivning.

Et resultat af en opfølgende evaluering af de tyske FReD-programmer for unge lovovertrædere (100 respondenter) var, at 44 % af de tidligere deltagere nedsatte deres brug af alkohol og tobak, 79 % nedsatte eller indstillede forbruget af ulovlige stoffer, og 69 % anførte, at de ikke havde begået nye lovovertrædelser, siden de havde afsluttet kurset. Af en evaluering af de tilsvarende »youth offending teams« (YOT) i Det Forenede Kongerige fremgik det, at »der var betydelige potentielle fordele« (Matrix Research, 2007).

Rygeforbud og cannabis

De eventuelle forbindelser mellem tobakspolitikkerne og cannabisrygning er et spørgsmål, der fortjener opmærksomhed. Rygeforbud bliver mere og mere udbredt i Europa, og ni medlemsstater har nu indført et totalt rygeforbud (offentligt og på arbejdspladser, herunder restauranter og barer), og Belgien, Danmark, Nederlandene, Portugal og Tyskland har for nylig indført i det mindste delvise rygeforbud.

Forbindelsen mellem tobaksrygning og senere brug af ulovlige stoffer ser ud til at forsvinde, når der justeres for underliggende risikofaktorer, som det fremgår af en gennemgang af prospektive undersøgelser (Mathers et al., 2006). I Europa er cannabisbrug imidlertid mere fremherskende blandt rygere end blandt ikke-rygere, og

stærke rygepolitikker vil kunne påvirke normerne i positiv retning, idet disse er indikatorer for brug af såvel tobak som cannabis.

Der er også noget, der tyder på, at cannabis udgør et økonomisk supplement (reagerer f.eks. på samme måde på pris og tilgængelighed) til cigaretter (Cameron og Williams, 2001). Det fremgår af isolerede undersøgelser, at højere cigaretafgifter ser ud til at reducere marihuanaforbruget og kan have en moderat negativ indflydelse på sandsynligheden for brug blandt unge mænd (Farrelly et al., 2001).

Endelig er det værd at bemærke, at det nederlandske forbud mod tobaksrygning i restauranter og barer også gælder kaffebarer, og at Amsterdam by har besluttet at forbyde offentlig cannabisrygning.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Se tabel DLO-6 i Statistical bulletin 2008.



Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy og lsd

Indledning

Efter cannabis er amfetaminer (en fællesbetegnelse for både amfetamin og metamfetamin) blandt de mest almindeligt brugte illegale stoffer på verdensplan. I Europa er brug af kokain i absolutte tal muligvis højere i dag, men den geografiske koncentration af kokain på nogle få lande betyder, at en eller anden form for syntetisk fremstillet stof for det meste af EU fortsat er det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof. I dele af Europa er amfetaminer endvidere en vigtig del af stofproblemet og tegner sig for en betydelig andel af dem, der har brug for behandling.

Amfetamin og metamfetamin: forskelle og ligheder

På det illegale narkotikamarked er de vigtigste repræsentanter for amfetamingruppen amfetamin og metamfetamin (og deres salte) — to nært beslægtede syntetiske stoffer, der indgår i phenetylaminfamilien. Begge stoffer stimulerer centralnervesystemet og har samme virkningsmekanisme, adfærdsmæssige effekter, toleranceeffekt, abstinenssymptomer og (kroniske) effekter ved langvarig brug. Amfetamin er ikke så stærkt som metamfetamin, men i ukontrollerede situationer kan virkningerne stort set ikke skelnes fra hinanden.

Amfetamin- og metamfetaminprodukter består for det meste af pulver, men »ice«, den rene krystallinske hydrokloridsalt af metamfetamin, anvendes også. Tabletter, der indeholder enten amfetamin eller metamfetamin, kan have logoer svarende til dem, der ses på MDMA og andre ecstasytabletter.

Som følge af de fysiske former, som amfetamin og metamfetamin kan fås i, kan stofferne spises, sniffes, inhaleres eller, mindre hyppigt, injiceres. I modsætning til sulfatsalt af amfetamin er metamfetamin-hydroklorid, navnlig den krystallinske form (ice), tilstrækkelig volatil til at kunne ryges.

Kilder: EONN narkotikaprofiler (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

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

Ecstasy er syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men som virker på en lidt anden måde. Det mest velkendte stof i ecstasygruppen er 3,4-methylendioxy-metamfetamin (MDMA), men undertiden findes der også andre analogstoffer i ecstasytabletter (MDA, MDEA). Brug af ecstasy var praktisk talt ukendt i Europa før slutningen af 1980'erne, men voksede dramatisk i løbet af 1990'erne. Stoffets popularitet har traditionelt været knyttet til dansemusikscenen, og generelt knyttes syntetisk stofbrug med høj prævalens til særlige subkulturelle grupper eller sociale miljøer.

Det skønnede forbrug af lysergsyrediætylamid (lsd), som er langt det mest velkendte hallucinogen, har i længere tid været lavt og nogenlunde stabilt i Europa. Dog ser der ud til at være voksende interesse blandt unge for naturligt forekommende hallucinogene stoffer.

Udbud og tilgængelighed

Amfetamin

Den globale produktion af amfetamin blev anslået til 126 tons i 2006 og er fortsat koncentreret i Europa, som tegnede sig for 79 % af alle indberettede amfetaminlaboratorier i 2006 (UNODC, 2008), selv om den spredt sig til andre dele af verden, især Nordamerika og Sydøstasien ⁽⁶¹⁾. På verdensplan blev der beslaglagt over 19 tons amfetamin i 2006, hvoraf det meste blev taget i Nær- og Mellemøsten (67 %) i form af Captagon-tabletter ⁽⁶²⁾, der fremstilles i Sydøsteuropa, efterfulgt af amfetaminbeslaglæggelser i Vest- og Centraleuropa (27 %), hvilket afspejler Europas rolle som både en stor producent og aftager af dette stof (CND, 2008, UNODC, 2008).

⁽⁶¹⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer se s. 37.

⁽⁶²⁾ Captagon er et af de registrerede varemærker for fenetyllin, der er et syntetisk stof, som stimulerer centralnervesystemet; tabletter solgt med dette logo på det illegale marked indeholder dog jævnligt amfetamin blandet med koffein.

Det meste af den amfetamin, der beslaglægges i Europa er, efter produktionsmængde, fremstillet i Nederlandene, Polen, Belgien og, i mindre omfang, i Estland og Litauen. I 2006 blev der afsløret 40 steder i EU, som var involveret i produktion, pakning eller oplagring af amfetamin (Europol, 2007a), og i henhold til UNODC (2008) blev der lukket 123 laboratorier i europæiske lande.

Tyrkiet indberettede beslaglæggelser af ca. 20 millioner amfetamin-tabletter med logoet »Captagon«. Fremstilling af amfetamin i denne form er indberettet i både Bulgarien og Tyrkiet og menes i vid udstrækning at være beregnet til eksport til forbrugerlande i Nær- og Mellemøsten.

I Europa blev der i 2006 foretaget anslået 38 000 beslaglæggelser på i alt 6,2 tons amfetaminpulver. Selv om de foreløbige tal for 2006 viser et fald fra de højere niveauer, der blev indberettet i 2004 og 2005, er både antallet af beslaglæggelser og mængden af konfiskeret amfetamin vokset i løbet af den femårige periode 2001-2006⁽⁶³⁾. Denne konklusion er dog foreløbig, da de nyeste data fra Det Forenede Kongerige, som er det land i Europa, der typisk indberetter de fleste beslaglæggelser, endnu ikke foreligger. Nogle få lande melder i stadig stigende grad om beslaglæggelser af amfetamin-tabletter i modsætning til pulver, idet i alt 390 000 tabletter er beslaglagt i EU (fortrinsvis i Spanien) i 2006.

Renhedsgraden i prøver af den amfetamin, der blev beslaglagt i Europa i 2006, varierede betydeligt og i en sådan grad, at enhver bemærkning om typiske værdier skal fremsættes med forsigtighed. Ikke desto mindre kan lande, der indberettede data for 2006, inddeles i to grupper, hvor ti lande indberettede værdier på 2-10 %, og andre indberettede højere renhedsgrader (25-47 %). Sidstnævnte gruppe omfattede typisk de lande, der er kendt for i højere grad at være involveret i produktion, handel eller forbrug af amfetamin (Nederlandene, Polen, de baltiske lande og de nordiske lande). I løbet af de seneste fem år har amfetaminens renhedsgrad været stabil eller faldende i de fleste af de 19 lande, hvorfra der foreligger tilstrækkelige data til at foretage en analyse.

I 2006 varierede den typiske detailpris for amfetamin fra 10 til 15 EUR pr. gram i halvdelen af de indberettende lande. Med undtagelse af Den Tjekkiske Republik, Spanien og Rumænien meldte alle 16 lande, der indberettede tilstrækkelige data til en analyse, at detailprisen for amfetamin var faldet i perioden 2001-2006.

Metamfetamin

Produktionen af metamfetamin er koncentreret i Nordamerika og Øst- og Sydøstasien. I 2006 blev den globale produktion

International indsats mod fremstilling og utilsigtet anvendelse af syntetiske narkotikaprækursorer

Som en ekstra modforanstaltning fokuserer retshåndhævelsesindsatsen i stigende grad på de prækursorkemikalier, der er nødvendige til fremstilling af ulovlige stoffer, og her er der tale om et område, hvor internationalt samarbejde er særlig værdifuldt. Prisme-projektet er et internationalt initiativ, der har til formål at forhindre ulovlig anvendelse af prækursorkemikalier til illegal fremstilling af syntetiske stoffer gennem et system af anmeldelser forud for eksport i forbindelse med legal handel, indberetning af ladninger, der er blevet stoppet, og beslaglæggelser, der er foretaget, når der foregår mistænkelige transaktioner. Oplysninger om aktiviteter på dette område indberettes til Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB, 2008b).

Indberetninger tyder på, at de globale beslaglæggelser af efedrin og pseudoefedrin, som er væsentlige prækursorer til fremstilling af metamfetamin, i 2006 var på 11 tons. Kina tegnede sig for omkring halvdelen efterfulgt af Canada og Myanmar. EU's medlemsstater (hovedsageligt Belgien og Ungarn), Den Russiske Føderation og Ukraine tegnede sig kun for 0,3 tons, selv om det fremgår af Europol (2008), at der for nylig er sket en stigning i eksporten, omladningen og den utilsigtede anvendelse af disse kemikalier i EU.

Beslaglæggelserne på verdensplan af 1-phenyl-2-propanon (P-2-P), der anvendes til illegal fremstilling af metamfetamin og amfetamin, faldt i 2006. En undtagelse fra denne tendens var EU-medlemsstaterne (hovedsageligt Danmark, Nederlandene og Polen) samt Tyrkiet og Den Russiske Føderation, der tilsammen tegnede sig for størstedelen af beslaglæggelserne af 2 600 liter P-2-P på verdensplan. Denne prækursor anvendes hovedsageligt til fremstilling af amfetamin i Europa, idet producenterne typisk får P-2-P fra asiatiske lande (Kina), selv om der siden 2004 også har været indberetninger om eksport og smugling fra Den Russiske Føderation (Europol, 2007a).

Beslaglæggelserne på verdensplan af 3,4-methylendioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), der anvendes til fremstilling af MDMA, faldt i 2006 til 7 500 liter, og Canada tegnede sig for det hele, undtagen 105 liter, der blev beslaglagt af Nederlandene. Beslaglæggelserne af safrol, der kan erstatte 3,4-MDP-2-P i syntesen af MDMA, var marginale i 2006, idet der blev beslaglagt 62 liter på verdensplan, især i Australien. I Europa indberettede kun Frankrig en beslaglæggelse af safrol (7 liter).

af metamfetamin anslået til 266 tons og oversteg således produktionen af alle andre ulovlige syntetiske stoffer. Ca. 15,8 tons metamfetamin blev konfiskeret på verdensplan i 2006, hvoraf det meste blev beslaglagt i Øst- og Sydøstasien, efterfulgt af Nordamerika, og under 1 % af beslaglæggelserne kom fra Europa (UNODC, 2007, 2008).

⁽⁶³⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-11 til SZR-18 i Statistical bulletin 2008. NB: Hvor der mangler data for 2006, bruges de tilsvarende tal for 2005 til at anslå samlede mængder for Europa.

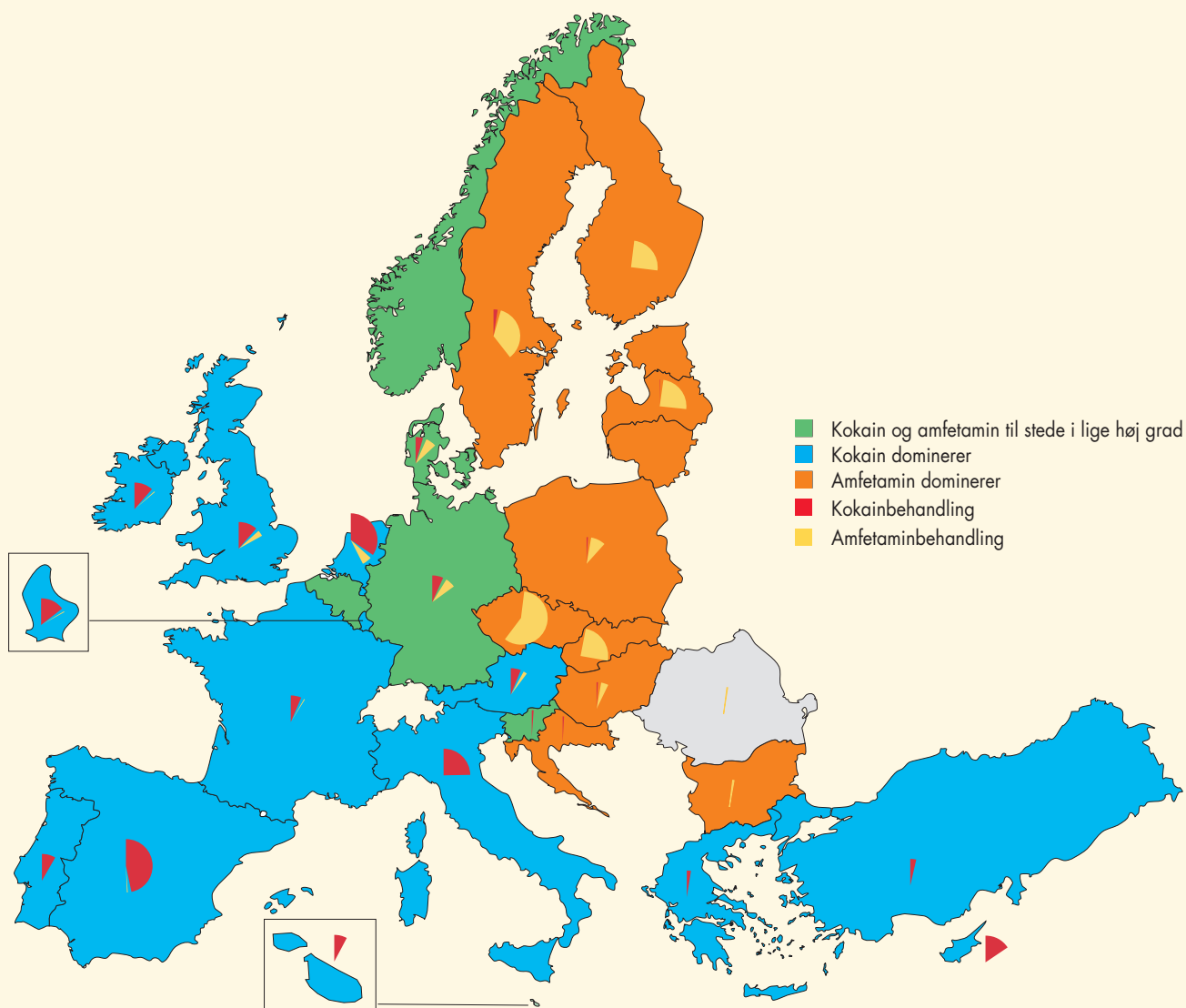
Det europæiske marked for stimulerende stoffer: kokainlande og amfetaminlande?

En sammenfatning af information fra forskellige kilder tyder på, at forskellige stimulanser kan spille en ensartet rolle i forskellige lande, og det kan derfor være klogt ikke blot at tage hensyn til de individuelle stoffer, men til markedet for stimulerende stoffer som helhed, når der udvikles en politik på dette område. I nogle lande ser kokain ud til at være det dominerende stimulerende stof, mens brugen af amfetamin og metamfetamin ser ud til at være mere udbredt i andre lande. Det billede,

der tegner sig, når data fra generelle befolkningsstatistikker sammenlignes med indberetninger om beslaglæggelser, tyder på, at de nord- og centraleuropæiske lande generelt ser ud til at tilhøre en amfetamingruppe, mens brug af kokain er dominerende i de vest- og sydeuropæiske lande.

Der er også store forskelle mellem landene på de stimulerende stoffers relative betydning i det overordnede narkotikaproblem. Dette fremgår af behandlingsdata.

Markedet for stimulanser i Europa: den relative prævalens af kokain eller amfetamin i beslaglæggelser og befolkningsstatistikker og andelen af stofbrugere i behandling, der angiver disse stoffer som primære stoffer



I en lille gruppe af lande tegner stimulerende stoffer sig for en relativt stor andel af den samlede efterspørgsel efter narkotikabehandling (metamfetamin i Den Tjekkiske Republik og Slovakiet, amfetamin i Finland, Letland og Sverige og kokain i Italien, Nederlandene og Spanien), mens andelen af klienter i behandling, der angiver disse stoffer som hovedårsagen til, at de søger hjælp, andre steder er lille, eller nogle gange endog ubetydelig.

Data fra klienter i behandling tyder også på, at de, der behandles for problemer forårsaget af stimulerende stoffer, kun oplever problemer med en gruppe af stimulerende stoffer. For eksempel angav kun omkring 8 % af dem, der modtog ambulant behandling for kokainmisbrug (alle krav), amfetamin som deres sekundære stof. Blandt amfetaminklienter angav under 9 % kokain som et sekundært narkotikaproblem. Endvidere tyder indberetninger fra nogle lande på, at ét stimulerende stof nogle gange kan skubbe et andet ud af narkotikamarkedet. For eksempel foreligger der data, som tyder på, at kokain måske erstatter amfetamin og ecstasy blandt nogle stofbrugergupper, og i Nederlandene kan amfetamin bruges som en billigere erstatning for kokain uden for byområder.

Mens stimulerende stoffer kan have forskellige virkninger og konsekvenser, er mulighederne, fastholdelsesraterne og resultaterne af narkotikabehandling stort set de samme (Rawson et al., 2000, Copeland og Sørensen, 2001). I nogen udstrækning er der også ligheder i mønstrene for brug af disse stoffer og i brugernes overordnede typologi. For eksempel kan rekreativ brug og mindre intensive og skadelige brugsmønstre blandt socialt velintegrerede brugere sameksistere med intensiv brug blandt mere marginaliserede grupper, der har større afhængighedsproblemer og mere risikofyldte indtagelsesmåder såsom injektion og rygning.

NB: Baggrundsfarven angiver den relative dominans af kokain eller amfetamin ifølge generelle befolkningsstatistikker (prævalens af brugen i det seneste år i befolkningsgruppen 15-34 år) og data om beslaglæggelser. Lagkagediagrammer repræsenterer andelen af alle narkotikabehandlingsanmodninger i forbindelse med disse to stoffer — kun segmenter, der repræsenterer kokain og amfetamin, er vist. Med hensyn til Italien, Nederlandene og Polen, hvor data om beslaglæggelser ikke foreligger, blev der kun anvendt data fra befolkningsstatistikker. For Kroatiens vedkommende blev der kun anvendt data om beslaglæggelser. Behandlingsdata for Norge og Belgien foreligger ikke. De tilgængelige data for Rumænien gjorde det ikke muligt at drage følgeslutninger for landet som helhed. I Den Tjekkiske Republik og Slovakiet er metamfetamin den form for amfetamin, som oftest bruges.

Der finder ulovlig produktion af metamfetamin sted i Europa, men det er stort set begrænset til Den Tjekkiske Republik, hvor over 400 mindre »køkkenlaboratorier« blev afsløret i 2006. Der meldes også om produktion af stoffet i Slovakiet og, i mindre udstrækning, i Litauen (INCB, 2008a).

Der blev rapporteret om ca. 3 000 beslaglæggelser af metamfetamin på i alt 154 kg stof i 17 europæiske lande i 2006. Norge tegner sig for de fleste beslaglæggelser og største konfiskerede mængder, efterfulgt af Sverige, Den Tjekkiske Republik og Slovakiet. I de to sidstnævnte lande var beslaglæggelserne generelt små, sædvanligvis nogle få gram eller derunder. Mellem 2001 og 2006 har både antallet af beslaglæggelser og mængden af konfiskeret metamfetamin i Europa været stigende, om end stadig lavt sammenlignet med andre stoffer. I 2006 tyder de foreliggende begrænsede data på, at den typiske renhed for metamfetamin faldt mellem 20 % og 55 %.

Ecstasy

Ifølge UNODC (2007a) er den globale produktion af ecstasy faldet til ca. 102 tons i 2006. Produktionen ser ud til at være blevet mere geografisk diffus, idet fremstilling til lokalt forbrug nu er blevet mere almindelig i Nordamerika og Øst- og Sydøstasien. Til trods for det er Europa fortsat det vigtigste produktionssted for ecstasy, hvor fremstillingen er koncentreret i Nederlandene (hvor produktionen efter et par års fald muligvis er steget igen i 2006), Belgien og, i mindre grad, Polen og Det Forenede Kongerige.

Europas relative betydning som både forbruger og producent af ecstasy kan ses af dataene om stofbeslaglæggelserne. Europa rapporterede om over 20 000 beslaglæggelser, der førte til konfiskering af næsten 14 millioner ecstasytabletter i 2006. Nederlandene tegnede sig for den største mængde beslaglagt ecstasy (4,1 millioner tabletter), efterfulgt af Det Forenede Kongerige, Tyrkiet, Frankrig og Tyskland. Alt i alt er antallet af ecstasybeslaglæggelser faldet i perioden 2001-2006, og den beslaglagte mængde er også blevet mindre efter at have toppet i 2002 ⁽⁶⁴⁾. Af de 4,5 tons ecstasy, der blev beslaglagt på verdensplan i 2006, tegnede Europa sig for 43 %, mens Nordamerika til sammenligning tegnede sig for 34 % (UNODC, 2008).

I Europa indeholdt de fleste ecstasytabletter, der blev analyseret i 2006, MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA) som det eneste tilstedeværende psykoaktive stof, idet 17 lande anførte, at det var tilfældet

⁽⁶⁴⁾ Dette billede er foreløbigt, da der endnu ikke foreligger data for 2006 fra Det Forenede Kongerige, som indberettede flest beslaglæggelser i 2005.

i over 70 % af det samlede antal analyserede tabletter. Polen og Spanien var undtagelser, idet de anførte, at analysen af tabletter, der blev markedsført som ecstasy, hyppigt viste indhold af amfetamin eller metamfetamin, ofte i kombination med MDMA eller et analogstof. I Letland og Malta indeholdt de fleste analyserede tabletter ikke noget kontrolleret stof.

De fleste lande rapporterede, at det typiske MDMA-indhold af ecstasytabletter lå på mellem 25 og 65 mg — om end der var betydelig variation i de analyserede prøver (9-90 mg). Endvidere rapporterede nogle lande (Belgien, Danmark, Frankrig, Nederlandene, Norge, Tyskland) om højdosis-ecstasytabletter med et indhold på over 130 mg MDMA, og MDMA-pulver af høj kvalitet er nu blevet tilgængeligt på nogle markeder. Der kan ikke observeres nogen klar tendens på mellemlangt sigt i MDMA-indholdet i ecstasytabletter. Det er dog tydeligt, at ecstasy er blevet betydeligt billigere sammenlignet med, da stoffet først blev almindeligt tilgængeligt i Europa i begyndelsen af 1990'erne. Skønt der meldes om tabletter, som sælges for helt ned til 1 EUR, melder de fleste lande nu om typiske detailpriser i størrelsesordenen 3-9 EUR pr. tablet, og de foreliggende data for 2001-2006 tyder på, at detailprisen (justeret for inflation) er fortsat med at falde.

LSD

Brug af lsd og handlen hermed anses stadig for marginal, selv om beslaglæggelserne i Europa muligvis tyder på en genopblussen af interessen for stoffet i de seneste par år. Efter en langvarig nedadgående tendens, der startede tilbage i 1990'erne, har både antallet og mængden af beslaglæggelser været stigende siden 2003. Den nuværende situation er uklar, da de data, der foreløbig er tilgængelige, viser et let fald i begge mål, men Det Forenede Kongerige, som normalt indberetter de største mængder beslaglagt lsd, har heller ikke foretaget sine indberetninger endnu. Detailpriserne på lsd (justeret for inflation) har været let faldende siden 2001 og lå i 2006 på mellem 5 og 11 EUR pr. enhed i de fleste europæiske lande.

Udbredelse og brugs mønstre

Blandt EU-medlemsstaterne er brugen af amfetamin eller ecstasy relativt høj i Den Tjekkiske Republik, Estland og Det Forenede Kongerige og relativt høj i forhold til den samlede nationale narkotikasituation i visse central- og nordeuropæiske lande. I modsætning hertil er forbruget af syntetiske hallucinogene stoffer såsom

lysergsyredietylamid (lsd) lavere og har stort set været stabilt i en længere periode.

Højere prævalensniveauer i nogle lande skal, i det mindste forenklet, forstås i forbindelse med to klart adskilte forbrugsmønstre. I et begrænset antal lande tegner brugen af amfetamin eller metamfetamin, ofte intravenøst, sig for en betydelig andel af det samlede antal problematiske stofbrugere og af dem, der søger hjælp for narkotikaproblemer. I modsætning til disse kroniske grupper findes der en mere generel forbindelse mellem syntetiske stoffer, især ecstasy, og natklubber, dansemusik og visse subkulturer. Det fører til, at der rapporteres om betydeligt højere brugsniveauer blandt unge sammenlignet med den generelle befolkning, og der kan konstateres stadig højere brugsniveauer i visse miljøer eller bestemte subpopulationer.

Amfetaminer

Nye befolkningsundersøgelser viser, at langtidsprævalensen for brug af amfetaminer ⁽⁶⁵⁾ i Europa varierer landene imellem fra 0,1 til 11,9 % af alle voksne (15-64 år). Gennemsnitligt 3,3 % af alle voksne europæere anfører, at de har brugt amfetaminer mindst én gang. Brug af stoffet inden for de seneste 12 måneder er langt lavere med et europæisk gennemsnit på 0,6 % (0,0-1,3 %). Det anslås, at omkring 11 millioner europæere har prøvet amfetaminer, og omkring 2 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se et resumé af dataene i tabel 3).

Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidsprævalensen for brug af amfetamin betydeligt landene imellem, fra 0,2 til 16,5 % med et europæisk gennemsnit på ca. 5 %. Brug af amfetaminer i denne aldersgruppe inden for de seneste 12 måneder ligger på 0,1-2,9 %, idet de fleste lande melder om prævalensskøn på mellem 0,7 og 1,9 %. Det anslås, at gennemsnitligt 1,3 % unge europæere har brugt amfetaminer inden for det seneste år.

Problematiske amfetaminbrug

EONN's indikator for problematisk stofbrug kan i en begrænset betydning bruges for amfetaminer, hvor den som sådan definerer intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig stofbrug. Kun én medlemsstat (Finland) har forelagt et nyere nationalt skøn over problematisk amfetaminbrug, der i 2005 blev anslået til at ligge på mellem 12 000 og 22 000 problematiske amfetaminbrugere (4,3-7,9 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-54 år), ca. fire gange så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere i landet.

⁽⁶⁵⁾ I undersøgelsesdata om »amfetaminbrug« sondres der ofte ikke mellem amfetamin og metamfetamin, men disse vil typisk vedrøre brugen af amfetamin (sulfat eller dexamfetamin), da brug af metamfetamin er sjælden i Europa, og under 1 % af verdens beslaglæggelser af metamfetamin indberettes fra dette kontinent.

Antallet af indberettede behandlingsanmodninger vedrørende brug af amfetamin er relativt lavt i de fleste europæiske lande. Behandling for brug af amfetamin tegner sig for en betydelig andel af den samlede indberettede behandlingsefterspørgsel i Letland, Sverige og Finland, hvor mellem 25 og 35 % af de stofbrugere, der kommer i behandling, anførte amfetamin som deres primære stofproblem. I andre lande end disse tegner behandling for amfetamin sig kun for over 5 % af den indberettede narkotikabehandling i Danmark, Tyskland, Nederlandene og Polen, hvor mellem 6 og 9 % af brugerne i behandling anfører amfetamin som deres primære stof ⁽⁶⁶⁾. I de fleste lande, dog ikke Sverige og Finland, er andelen af nye klienter, der kommer

i behandling for primært amfetaminbrug, større end andelen af alle klienter, der modtager behandling for dette stof. Fra 2002 til 2006 har andelen af nye klienter, der kommer i behandling for primært amfetaminbrug, været relativt stabilt i Europa som helhed, selv om Danmark og Letland har meldt om en stigning i denne periode, mens procentdelen af nye amfetaminklienter i Sverige og Finland er faldet, hvilket muligvis er udtryk for en aldrende population ⁽⁶⁷⁾.

Amfetaminbrugere, der kommer i behandling, er gennemsnitligt omkring 29 år og mænd. Skønt forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er ca. 2:1, er den samlede andel af kvinder blandt amfetaminklienter højere end for andre stoffer ⁽⁶⁸⁾.

Tabel 3: Prævalensen af amfetaminbrug i den brede befolkning — sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	Det seneste år
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	11 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	3,3 %	0,6 %
Område	0,1-11,9 %	0,0-1,3 %
Lande med den laveste prævalens	Grækenland (0,1 %), Rumænien (0,2 %), Malta (0,4 %), Cypern (0,8 %)	Grækenland, Malta (0,0 %), Frankrig (0,1 %), Portugal (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (11,9 %), Danmark (6,9 %), Norge (3,6 %), Irland (3,5 %)	Det Forenede Kongerige, Estland (1,3 %), Norge, Letland (1,1 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	5,1 %	1,3 %
Område	0,2-16,5 %	0,1-2,9 %
Lande med den laveste prævalens	Grækenland (0,2 %), Rumænien (0,5 %), Malta (0,7 %), Cypern (0,8 %)	Grækenland (0,1 %), Frankrig (0,2 %), Cypern (0,3 %), Portugal (0,4 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (16,5 %), Danmark (12,7 %), Norge (5,9 %), Spanien, Letland (5,3 %)	Estland (2,9 %), Det Forenede Kongerige (2,7 %), Letland (2,4 %), Danmark (2,2 %)
Information baseret på den seneste tilgængelige undersøgelse for hvert land. Undersøgelsesåret ligger mellem 2001 og 2007. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (328 millioner), 15-34 år (134 millioner) og 15-24 år (64 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2008.		

⁽⁶⁶⁾ Se tabel TDI-5 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁶⁷⁾ Se figur TDI-1 og tabel TDI-4 part (ii), TDI-5 part (ii) og TDI-36 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁶⁸⁾ Se tabel TDI-37 i Statistical bulletin 2008.

Problematiske metamfetaminbrug

I modsætning til andre dele af verden, hvor brugen af metamfetamin er vokset i de seneste år, ser brugen i Europa ud til at være begrænset (Griffiths et al., 2008). Traditionelt har brugen af dette stof i Europa været koncentreret i Den Tjekkiske Republik og, til en vis grad, Slovakiet. Og kun disse to lande indberetter nye skøn over problematisk brug. I 2006 var der i Den Tjekkiske Republik anslået ca. 17 000-22 500 metamfetaminbrugere (2,4-3,1 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), næsten dobbelt så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere, og i Slovakiet ca. 6 200-15 500 metamfetaminbrugere (1,6-4,0 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), ca. 20 % færre end det anslåede antal opioidbrugere.

I de sidste fem år har den indberettede behandlingsefterspørgsel i forbindelse med metamfetaminbrug været stigende i begge lande. Metamfetamin er blevet det primære stof, som oftest anføres af personer, der anmoder om behandling for første gang i Slovakiet, hvor det tegner sig for 25 % af alle anmodninger om narkotikabehandling. I Den Tjekkiske Republik anfører 59 % af alle stofbehandlingsklienter metamfetamin som deres primære stof⁽⁶⁹⁾. Klienter i behandling for metamfetamin melder om en høj grad af intravenøs brug: ca. 50 % i Slovakiet og 80 % i Den Tjekkiske Republik.

Ecstasy

Det anslås, at omkring 9,5 millioner voksne europæere har prøvet ecstasy (gennemsnitligt 3 %), og at omkring 3 millioner (0,8 %) har brugt det inden for de seneste 12 måneder (se tabel 4 for et resumé af dataene). Der er en betydelig variation mellem landene, idet nye undersøgelser tyder på, at mellem 0,3 og 7,3 % af alle voksne (15-64 år) på et tidspunkt har prøvet stoffet, og de fleste lande melder om skøn for langtidsprævalensen i størrelsesordenen 1,3- 3,1 %. Brug af stoffet inden for de seneste 12 måneder varierede i hele Europa fra 0,2 til 3,5 %. Ved alle målinger og som for de fleste andre ulovlige stoffer var den indberettede brug langt højere blandt mænd end kvinder.

Ecstasyforbruget var mere almindeligt blandt unge voksne (15-34 år), hvor skøn over langtidsprævalensen på nationalt plan lå på 0,5-14,6 %, idet mellem 0,4 og 7,7 % af denne aldersgruppe anførte, at de havde brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder. Det anslås, at 7,5 millioner unge europæere (5,6 %) på et tidspunkt har prøvet ecstasy, idet ca. 2,5 millioner (1,8 %) anførte, at de havde brugt det inden for de seneste 12 måneder.

Den skønnede prævalens er endnu højere, hvis fokus begrænses til en yngre aldersgruppe: I gruppen på 15-24 år ligger langtidsprævalensen fra 0,4 til 18,7 %, selv om de fleste lande indberettede skøn i størrelsesordenen 2,5-8 %⁽⁷⁰⁾. De fleste lande indberettede skøn på 1,3-4,6 % for denne aldersgruppes brug inden for det seneste år, men der var alligevel en betydelig forskel mellem det laveste nationale skøn på 0,3 % og det højeste på 12 %, hvilket afspejler de forskellige erfaringer i nogle medlemsstater.

Blandt skoleelever kan der forekomme store stigninger i prævalensen med mindre stigninger i alder, f.eks. viser data fra 16 lande, at langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 17-18-årige skoleelever normalt er betydeligt højere sammenlignet med yngre elever, hvilket viser, at den første brug af stoffet i almindelighed finder sted efter 16-årsalderen⁽⁷¹⁾.

Til trods for at antallet af ecstasybrugere i Europa ligner antallet af amfetaminbrugere, er det meget få, som ses af behandlingstjenesterne. I de fleste lande nævnte under 1 % af de stofbrugere, der gik i behandling i 2006, ecstasy som deres primære problematiske stof, og i de fleste lande bliver kun et ubetydeligt antal klienter behandlet for ecstasyrelaterede problemer. Kun fem lande melder, at de har over 100 ecstasyklienter, der kommer i behandling (Det Forenede Kongerige, Frankrig, Italien, Tyrkiet, Ungarn), hvilket udgør mellem 0,5 og 4 % af alle narkotikaklienter i disse lande. Med en gennemsnitsalder på 24-25 år er ecstasybrugere blandt de yngste grupper, der kommer i narkotikabehandling, og de anfører jævnligt samtidig brug af andre stoffer, herunder cannabis, kokain, alkohol og amfetaminer⁽⁷²⁾.

LSD

Langtidsprævalens for lsd-brug blandt den voksne befolkning (15-64 år) ligger fra næsten nul til 5,4 %. Blandt unge voksne (15-34 år) er skøn over langtidsprævalensen lidt højere (0,3-7,1 %), selv om der rapporteres om lavere prævalens blandt de 15-24-årige. I modsætning hertil overgås brugen af lsd i nogle få lande, der forelægger sammenlignelige data, ofte af hallucinogene svampe, hvor skøn over langtidsprævalensen for unge voksne går fra 1-9 % og skøn over prævalensen inden for det seneste år ligger på 0,3-3 % (EONN, 2006).

Tendenser for brug af amfetaminer og ecstasy

Rapporter om stabiliserede eller endog faldende tendenser i forbruget af amfetamin og ecstasy i Europa bakkes op af de nyeste data. Efter generelle stigninger i 1990'erne

⁽⁶⁹⁾ Se tabel TDI-5 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁷⁰⁾ Se tabel GPS-17 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁷¹⁾ Se tabel EYE-1 og EYE-2 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁷²⁾ Se tabel TDI-5 og TDI-37 part (i), part (ii) og part (iii) i Statistical bulletin 2008.

Tabel 4: Prævalensen af ecstasybrug i den brede befolkning – sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	Det seneste år
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	9,5 millioner	2,6 millioner
Europæisk gennemsnit	2,8 %	0,8 %
Område	0,3-7,3 %	0,2-3,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,3 %), Grækenland (0,4 %), Malta (0,7 %), Litauen (1,0 %)	Grækenland, Malta (0,2 %), Danmark, Polen (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (7,3 %), Den Tjek. Rep. (7,1 %), Irland (5,4 %), Spanien (4,4 %)	Den Tjek. Rep. (3,5 %), Det Forenede Kongerige (1,8 %), Estland (1,7 %), Slovakiet (1,6 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7,5 millioner	2,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,6 %	1,8 %
Område	0,5-14,6 %	0,4-7,7 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,5 %), Grækenland (0,6 %), Malta (1,4 %), Litauen, Polen (2,1 %)	Grækenland (0,4 %), Italien, Polen (0,7 %), Danmark, Litauen, Portugal (0,9 %)
Lande med den højeste prævalens	Den Tjek. Rep. (14,6 %), Det Forenede Kongerige (13,0 %), Irland (9,0 %), Slovakiet (8,4 %)	Den Tjek. Rep. (7,7 %), Det Forenede Kongerige (3,9 %), Estland (3,7 %), Nederlandene, Slovakiet (2,7 %)
Information baseret på den seneste tilgængelige undersøgelse for hvert land. Undersøgelsesåret ligger mellem 2001 og 2007. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (328 millioner), 15-34 år (134 millioner) og 15-24 år (64 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2008.		

peger befolkningsundersøgelser nu mod en overordnet stabilisering eller endda et moderat fald i begge stoffers popularitet, selv om dette mønster ikke ses i alle lande.

Amfetaminbrug (seneste 12 måneder) blandt unge voksne (15-34 år) i Det Forenede Kongerige faldt betydeligt mellem 1996 (6,5 %) og 2002 (3,1 %), og tallene ligger fortsat stabilt herefter. Der meldes om en markant stigning i amfetaminbrug i Danmark mellem 1994 og 2000, men resultaterne af 2005-undersøgelsen viser et fald i brugen af dette stof siden begyndelsen af dette tiår ⁽⁷³⁾. Blandt de øvrige lande, der indberettede gentagne undersøgelser over en lignende tidshorisont (Finland, Frankrig, Grækenland, Nederlandene, Slovakiet, Spanien, Tyskland) er tendenserne stort set stabile ⁽⁷⁴⁾. Af de 14 lande med tilstrækkelige data om prævalensen for brug af amfetamin

inden for de seneste 12 måneder blandt de 15-34-årige i den femårige periode 2001-2006, melder tre om et fald på 15 % eller derover, fire melder om stabilisering, og syv melder om en stigning på 15 % eller derover.

For ecstasybrug blandt unge voksne (15-34 år) er billedet mere blandet, idet brugsniveauet stadig er højt blandt unge mænd ⁽⁷⁵⁾ og i undersøgelser af visse specifikke fritidsmiljøer. Efter generelle stigninger i brugen i nogle europæiske lande i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, der førte til samme niveau for ecstasybrug i Det Forenede Kongerige, Spanien og Tyskland i midten af 1990'erne, har prævalensen for brugen inden for de seneste 12 måneder systematisk har ligget højere i Det Forenede Kongerige sammenlignet med andre lande ⁽⁷⁶⁾. I den femårige periode 2001-2006

⁽⁷³⁾ I Danmark vedrører informationen i 1994 »hårde stoffer«, som hovedsageligt blev anset for at være amfetaminer.

⁽⁷⁴⁾ Se figur GPS-8 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁷⁵⁾ Se figur GPS-9 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

faldt prævalensen for brug af ecstasy inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne i tre af de 14 lande, der fremlagde tilstrækkelig information, mens den forblev stabil i fem lande og steg i seks.

Data fra nogle få lande tyder på, at kokain kunne være ved at erstatte amfetaminer og ecstasy i nogle dele af den stofbrugende population. Det kan være tilfældet i Danmark og Det Forenede Kongerige og i en vis udstrækning i Spanien. Både Det Forenede Kongerige og Danmark melder om relativt høje skøn over langtidsprævalensen for brug af amfetaminer på henholdsvis 11,9 % og 6,9 %, men omfanget af den indberettede brug inden for de seneste 12 måneder og inden for den seneste måned ligger nu på linje med det, der findes i andre lande. Stigninger i kokainforbruget i disse lande har til en vis grad været modsvaret af et fald i brugen af amfetaminer, hvilket øger muligheden for, at én stimulans er ved at erstatte en anden på disse markeder (⁷⁷). Mulige ændringer i mønstrene for stofbrug i andre lande (Frankrig, Italien, Nederlandene, Tyskland) er mindre klare. Generelt er der fortsat kun ringe forståelse af samspillet mellem forskellige stoffer, der kan have den samme tiltrækningskraft på brugerne.

En analyse af data fra de nationale skoleundersøgelser, der for nylig blev fremlagt i 2007 (Den Tjekkiske Republik, Det Forenede Kongerige, Portugal, Slovakiet, Spanien, Sverige), støtter antydningen af en samlet stabilisering af situationen uden ændringer eller endog med et vist fald i den indberettede langtidsbrug af både amfetamin og ecstasy.

Fritidsmiljøer

Brug af amfetaminer og ecstasy i fritidsmiljøer

Undersøgelser af narkotikabrug i udvalgte fritidsmiljøer, hvor unge samles, og som er kendt for undertiden at blive sat i forbindelse med stofbrug som f.eks. dansearrangementer eller musikfestivaler, kan give et nyttigt billede af adfærden hos regelmæssige og intensive brugere af amfetaminer og ecstasy. Det skønnede forbrug af narkotika i disse miljøer er typisk højt, men kan ikke generaliseres ud til den bredere befolkning.

Der blev i 2006 foretaget en undersøgelse i ni europæiske byer (Athen, Berlin, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venedig, Wien) af unge i alderen 15-30 år, der regelmæssigt går ud i nattelivet, og den viste en skønnet langtidsprævalens på 27 % for ecstasybrug og 17 % for

amfetamin. Den hyppige brug af disse stoffer var meget lavere, idet kun 1,4 % af respondenterne anførte, at de brugte ecstasy en gang om ugen eller oftere og under 1 %, at det var tilfældet for amfetamin. Gennemsnitsalderen for første brug af begge stoffer i undersøgelsesgruppen var 18 år (⁷⁸). Samtidig alkoholbrug var almindeligt, og 34 % af de adspurgte svarede, at de havde været »fulde« mere end to gange i løbet af de sidste fire uger forud for interviewet. Dette beruselsesniveau blev oftere anført af mænd end af kvinder, henholdsvis 42 % og 27 % (Europa-Kommissionen, 2007b).

En fransk undersøgelse, der blev gennemført i 2004 og 2005 på fem elektroniske musiksteder, viste prævalens inden for de seneste 12 måneder på 32 % for ecstasy og 13 % for amfetamin blandt et udsnit på 1 496 respondenter. Det skal imidlertid bemærkes, at prævalensen var højere blandt specifikke subpopulationer, der var karakteriseret ved deres modkulturelle elementer og klassificeret som »alternative«. Blandt disse subpopulationer var skønnet over prævalensen for ecstasy og amfetamin på henholdsvis 54 % og 29 %.

Tiltag i fritidsmiljøer

En stadigt mere almindelig tendens i Europa er, at myndighederne behandler aspekter af lovlige og ulovlige stoffer kollektivt, når de ser på den lokale offentlige orden eller på sundhedsspørgsmål. Denne tilgang er særdeles relevant for foranstaltninger, der målrettes miljøer, hvor der indtages såvel syntetiske stoffer og stimulanter som alkohol, f.eks. natbarer og -klubber. Et af problemerne på det område er, at det kan være vanskeligt at skelne mellem de roller, henholdsvis ulovlige og lovlige stoffer spiller. Unge menneskers brug af alkohol giver anledning til stigende bekymring i Europa, og i 2006 vedtog Europa-Kommissionen en alkoholstrategi for at støtte medlemsstaterne i at reducere alkoholrelaterede skader blandt unge. Skadelig brug af alkohol forbindes faktisk med hvert fjerde dødsfald blandt unge mænd (i alderen 15-29 år) og hvert tiende blandt unge kvinder (⁷⁹).

Som følge af bekymringer over unges kombinerede brug af stoffer og alkohol i offentlige miljøer har man udviklet strategier til at ændre de sociale, økonomiske og fysiske miljøer, som forbindes med indtagelse af alkohol og stoffer, med det formål at: ændre forbrugsadfærd og -normer, skabe mindre gunstige betingelser for forgiftning og mindske risikoen for, at der opstår alkohol- og narkotikarelaterede problemer (⁸⁰). Medlemsstaterne har indberettet en række foranstaltninger, der skal

(⁷⁶) Se figur GPS-21 i Statistical bulletin 2008.

(⁷⁷) Se »Det europæiske marked for stimulerende stoffer: kokainlande og amfetaminlande«, s. 50.

(⁷⁸) Se tabel EYE-2 i Statistical bulletin 2008.

(⁷⁹) http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alc/olcohol/documents/alc/olcohol_factsheet_en.pdf

iværksættes i eller omkring miljøer i nattelivet med det specifikke formål at reducere skader eller ændre det sociale miljø i en positiv retning. Disse omfatter: uddannelse til bar- og sikkerhedspersonale, øget håndhævelse af eksisterende lovgivning, øget bevidsthed om stofrelaterede skader, tilbud om natbusser og lignende transporttjenester samt forbedringer med det formål at skabe et mere sikkert miljø i nattelivet. Der findes forskellige foranstaltninger på dette område, som f.eks.: forbedringer i gadebelysningen, adgang til drikkevand, ordentlig ventilation, eller endog foranstaltninger til at sikre en hurtig reaktion på nødsituationer. Ofte er et fælles træk ved denne strategi, at den bygger på dialog mellem forskellige interessenter såsom politi, godkendende myndigheder, klubejere og sundhedsudbydere, der skal arbejde sammen i partnerskaber om at afdække både lokale behov og mulige løsninger.

Et eksempel på arbejde inden for dette område kan ses i Danmark, hvor restauratører og personer, der arbejder i nattelivet, i samarbejde med politi og kommunale myndigheder tilbydes kurser for at fremme fælles holdninger til begrænsning af brug og salg af stoffer og alkohol. Nogle metoder på dette område, der er udviklet af de enkelte medlemsstater, begynder også at tiltrække sig bredere opmærksomhed, hvilket illustreres af, at retningslinjer for sikker dans udviklet i Det Forenede Kongerige nu er blevet gennemført i klubber i både Paris og Bruxelles. Med deltagelse af opsøgende arbejdere og lokale myndigheder hjælper klubejere med at fremme moderat drikkeri og øge opmærksomheden om stof- og alkoholskader, mens miljøernes sikkerhedsforanstaltninger øges (f.eks. adgang til gratis drikkevand, medarbejderuddannelse i førstehjælp, områder, hvor man kan »køle ned«).

Forholdet mellem bilkørsel og narkotika- og alkoholindtagelse er et problem, der har været inddraget i nogle miljøstrategier. Eksemplerne her omfatter tilbud om alternativ transport til påvirkede chauffører, som findes i nogle parisiske natklubber, og fremme af offentlige transportmuligheder i klubber i Bruxelles. I Spanien har man især i weekenderne gennemført forebyggelseskampagner, der fokuserer på betydningen af på forhånd at udpege den, der skal køre hjem, og på at øge bevidstheden om risiciene ved at køre under påvirkning af psykoaktive stoffer. Disse kampagner kan have bidraget til det fald på 16 % i antallet af trafikulykker med unge i alderen 18-20 år, der er konstateret i Spanien i 2006 ⁽⁸¹⁾.

Strategier rettet mod miljøer, hvor unge indtager både stoffer og alkohol, ser ud til at have et betydeligt potentiale med hensyn til at beskytte den offentlige sundhed og forbedre den offentlige sikkerhed med fordele, der kan række ud over stofbrugere og ud i samfundet som sådan. I dagens Europa er der imidlertid tendens til, at den slags strategier begrænses til bestemte kendte problemområder, ofte i centrum af større byer, og sjældent gennemføres mere omfattende, hvilket mere end antyder, at der er et betydeligt potentiale for yderligere investering og udvikling på dette område. Mere generelt har man i prioriteringen af arbejdet på dette område haft tendens til at begrænse sine tiltag til en specifik problematisk adfærd eller aspekter af miljøet, frem for at tage fat på den bredere opgave med at ændre unges normative overbevisninger og holdninger til brug af stoffer og alkohol i bestemte miljøer.

Behandlingsudbud

I de fleste medlemsstater afspejles den begrænsede efterspørgsel i den begrænsede adgang til behandlingsydelse, der er målrettet brugere af amfetamin, metamfetamin eller ecstasy. Denne situation er noget anderledes i nogle få medlemsstater med grupper, der igennem lang tid er blevet kroniske amfetamin- eller metamfetaminbrugere. I disse lande (især Den Tjekkiske Republik, Finland, Slovakiet, Sverige) behandles brugere af amfetamin eller metamfetamin inden for specialiserede tjenester. Behandlingsmulighederne ser ud til at bestå af afgiftning efterfulgt af ambulant individuel terapi eller gruppeterapi enten ambulant eller i stationære behandlingsmiljøer.

Der mangler generelt behandlingsmuligheder med en dokumenteret virkning, som kan styre behandlingen af afhængighed af psykostimulanter såsom amfetamin og kokain. Som nævnt i kapitel 5 er der i øjeblikket ikke adgang til farmakologiske stoffer, der kan hjælpe brugerne med at styre deres abstinenser eller mindske trangene i forbindelse med deres afhængighed af psykostimulanter. Endvidere tyder litteraturen på, at ingen særlige psykosociale foranstaltninger har haft nogen dokumenteret effektiv virkning i retning af at hjælpe brugere af psykostimulanter med at fastholde deres afholdenhed.

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

⁽⁸¹⁾ For yderligere information om forebyggelseskampagner i Europa, se det udvalgte tema om narkotika og bilkørsel 2007.

Kapitel 5

Kokain og crackkokain

Indledning

De seneste data viser fortsat en samlet stigning i brugen af kokain i Europa. Befolkningsundersøgelser gennemført i en række lande har registreret en markant stigning i brugen blandt unge siden midten af 1990'erne. Disse resultater underbygges af resultaterne af målrettede undersøgelser, der har konstateret en meget omfattende brug af kokain i visse fritidsmiljøer (nattelliv og dansemusiksteder). Sideløbende er der sket en dramatisk stigning i indikatorer for kokaintilgængelighed i Europa, herunder antallet af beslaglæggelser af stoffet og beslaglagt mængde.

I nogle EU-medlemsstater er efterspørgslen efter kokainbehandling steget betydeligt i de seneste år og overstiger nu endda efterspørgslen efter opioidbehandling i visse lande, byer og regioner. Endvidere anfører en betydelig andel af opioidbrugere i behandling kokain som det sekundære stof, hvilket kan bidrage til deres problemer og kan komplicere deres behandling. I mange lande anføres kokain også i den toksikologiske analyse af en stor del af de narkotikarelaterede dødsfald, normalt i kombination med opioider og andre stoffer.

Der er betydelige forskelle mellem landene, idet mange lande stadig indberetter meget lave brugsniveauer, og det er derfor et vigtigt forbehold, når man konstaterer, at brugen af kokain alt i alt er stigende i Europa. De nationale erfaringer med kokainproblemer er også meget blandede, idet relativt få lande f.eks. tegner sig for hovedparten af alle de kokainbehandlingsanmodninger, der indberettes i Europa.

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Dyrkning af kokabusken, der er kilden til kokain, er fortsat koncentreret i nogle få lande i Andesregionen ⁽⁸²⁾. FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet (2008) anslog den potentielle kokainproduktion til 994 tons ren kokainhydroklorid for året 2007, hvoraf Colombia tegnede sig for 61 %, Peru for 29 % og

Bolivia for 10 %. En analyse af antallet af lukkede laboratorier tyder på, at det meste af produktionen fortsat er placeret i disse tre lande, selv om der også kan forekomme produktion i andre sydamerikanske lande før eksport til hovedforbrugsmarkedene i Nordamerika og Europa. Information om illegal handel med kaliumpermanganat (et kemisk reagens, der bruges i blandingen af kokainhydroklorid) underbygger dette resultat, idet Colombia indberettede 99 af de 101 tons kaliumpermanganat, der blev beslaglagt på verdensplan i 2006 (INCB, 2008b).

Kokain fremstillet i Andesregionen smugles herefter fra lande i Sydamerika til Europa (via Brasilien, Ecuador, Venezuela). Mens Caribien fortsat er en vigtig transitzone for kokain på vej mod Europa, er omladning via lande i Vestafrika, især i Guineabugten og ud for kysterne af Kap Verde, Guinea og Guinea-Bissau vokset mærkbart i de seneste par år (CND, 2008, INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Spanien og Portugal er fortsat kokainens vigtigste indgange til Europa, og Portugals rolle er steget betydeligt siden 2005. Kokain kommer imidlertid også fortsat direkte ind i Europa enten pr. skib over Atlanten eller pr. fly, især til Belgien, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Italien, Nederlandene og Tyskland. Både Frankrig og Nederlandene meldes at være vigtige transitlande for videredistribution af kokain i Europa (Europol, 2007b). Nye rapporter om kokainimport via østeuropæiske lande (Bulgarien, Estland, Letland, Litauen, Rumænien, Rusland) kan tyde på, at der udvikles nye smuglerruter i denne del af Europa.

Beslaglæggelser

Kokain er det mest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisbark. I 2006 faldt de samlede beslaglæggelser lidt til 706 tons. Sydamerika indberettede fortsat den største beslaglagte mængde og tegnede sig for 45 % af det samlede tal efterfulgt af Nordamerika med 24 % og Vest- og Centraleuropa med 17 % (UNODC, 2008).

⁽⁸²⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer, se s. 37.

⁽⁸³⁾ Se også »Vestafrika: nu et regionalt transitknudepunkt for smugling til Europa«, s. 60.

Vestafrika: nu et regionalt transitknudepunkt for smugling til Europa

I de seneste fem år er Vestafrika blevet en vigtig region for kokainsmugling til Europa (¹), og fungerer som transit-, oplagrings- og ompakningssted (Europol, 2007b; UNODC 2007b; USDS, 2008). Det anslås, at næsten en fjerdedel af den kokain, der blev smuglet til Europa i 2007, kom via denne region (UNODC, 2008). Med et stigende kokainforbrug i Europa menes væksten i smuglingen via Vestafrika at have bidraget til prisfaldet på dette stof, og samtidig har den styrket Den Iberiske Halvø som indgangssted for kokaindistributionen i Europa (Europol, 2007b).

Kokain smugles fra Vestafrika til Europa hovedsageligt via havet, idet store ladninger fragtes med fiskerfartøjer til afleveringssteder hovedsageligt på kysten i det nordlige Portugal og i Galicien i Spanien. Mindre ladninger af kokain smugles med fly eller over land, i stigende grad samtidig med smugling af cannabisharpiks.

Væksten i den vestafrikanske kokainsmuglerrute er blevet tilskrevet flere forskellige faktorer. Disse faktorer omfatter mere effektive kontroller på alternative smuglerruter (Europol, 2007b), Vestafrikas geografiske placering og de vestafrikanske landes økonomiske sårbarhed, der ofte resulterer i svage rets- og retshåndhævelsessystemer.

Det internationale samfund har iværksat adskillige initiativer for at løse dette problem. Blandt mange andre initiativer, som EU har truffet, har Rådet via Den Horisontale Narkotikagruppe placeret Vestafrika øverst på dagsordenen og fremlagt en resolution om styrkelse af den internationale bistand til Vestafrika for FN's Kommission om Narkotiske Midler 2008. Desuden har syv medlemsstater med støtte fra EU samarbejdet om at oprette Maritime Analysis and Operations Centre — Narcotics (MAOC-N), et retshåndhævelsescenter med hovedsæde i Lissabon med militær støtte, der har til formål at bekæmpe kokainsmuglingen med særlig fokus på den østlige del af Atlanterhavet.

(¹) UNODC (2007b) beretter, at Senegal, Ghana, Mauretanien, Guinea Bissau, Kap Verde, Nigeria, Benin og Sierra Leone registrerede de største beslaglæggelser i 2006-2007.

Antallet af kokainbeslaglæggelser har været stigende i de sidste 20 år i Europa og fortsatte med at stige i perioden 2001-2006, når man ser bort fra et fald i 2003. Mængden af beslaglagt kokain har også været stigende i det seneste tiår, men med regelmæssige udsving. I 2006 steg antallet af kokainbeslaglæggelser i Europa til 72 700 tilfælde og den konfiskerede mængde til 121 tons (⁸⁴). Spanien var fortsat det land, der indberettede det højeste antal beslaglæggelser med 58 % af alle beslaglæggelser og 41 % af den konfiskerede mængde i Europa det år. Den enorme

stigning i beslaglagt mængde i Portugal siden 2005 med 28 % af den samlede europæiske mængde i 2006 viser, at kokainsmuglerne i stigende grad bruger Den Iberiske Halvø som indgang til det europæiske marked.

Renhed og pris

Den typiske renhed for kokain i Europa lå på 1-90 % i 2006, men de fleste lande meldte om værdier på 25-55 % (⁸⁵). Af de over 23 lande, der forelagde tilstrækkelige data, meldte de fleste om en faldende tendens i renheden for kokain i perioden 2001-2006; der blev dog konstateret stigninger i Frankrig og Grækenland i perioden 2003-2006.

I 2006 varierede den typiske detailpris for kokain fra 50-75 EUR pr. gram i de fleste europæiske lande, skønt Cypern, Rumænien, Sverige og Tyrkiet meldte om meget højere priser. I perioden 2001-2006 er kokain solgt på gaden blevet billigere i de 18 lande, der indberettede tilstrækkelige data, med undtagelse af Rumænien, hvor der blev konstateret en stigning (justeret for inflation).

Udbredelse og brugsmønstre

Der er ikke kun forskelle i det samlede kokainbrug, som indberettes af medlemsstaterne, men også i de karakteristiske træk ved kokainbrugerne selv, der falder på tværs af et bredt socialt kontinuum fra de mest privilegerede til de mest marginaliserede grupper i samfundet. Kokainbrugsmønstrene kan være tilsvarende forskellige lige fra lejlighedsvis rekreativ brug til stærk tvangsmæssig afhængighed. Den form, kokain bruges i (kokainhydroklorid eller crackkokain), og den måde, den indtages på, er yderligere komplicerende faktorer. Denne forskellighed er det vigtigt at være opmærksom på både for at forstå rækkevidden af de problemer, der sandsynligvis vil være knyttet til de forskellige kokainbrugsmønstre, og også for at sikre en informeret målretning og udvikling af tjenester til en forskelligartet gruppe af stofbrugere.

I befolkningen som helhed

Alt i alt er kokain fortsat det næstmest brugte illegale stof i Europa efter cannabis, selv om brugen varierer stærkt landene imellem. Det anslås, at ca. 12 millioner europæere mindst én gang i deres liv har brugt det, dvs. i gennemsnit 3,6 % af de voksne i alderen 15-64 år (se et resumé af dataene i tabel 5). De nationale tal svinger fra 0,4 til 7,7 %, idet tolv lande — fortrinsvis medlemsstater, der har tilsluttet sig EU siden 2004 — har indberettet meget lave langtidsprævalenser blandt alle voksne (0,4-1,2 %).

(⁸⁴) Data om de europæiske kokainbeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-9 og SZR-10 i Statistical bulletin 2008.

NB: Hvor der i kapitlet mangler nationale data for 2006, bruges de tilsvarende tal for 2005 til at anslå samlede mængder for Europa.

(⁸⁵) Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-3 og PPP-7 i Statistical bulletin 2008.

Det anslås, at ca. 4 millioner europæere har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (1,2 % i gennemsnit), selv om den nationale variation mellem landene igen er betydelig. Dette kan ses i resultater fra de seneste nationale undersøgelser, der melder om skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder på 0,1-3 %, om end det kun er i fire lande, brugsniveauet ligger over 1 %. Med 2 millioner er den skønnede prævalens for brug inden for den seneste måned omkring halvdelen af seneste års prævalens og udgør ca. 0,5 % af den voksne befolkning. Disse skøn er formentlig forsigtige.

Overordnet ser kokainbrug ud til at være koncentreret i nogle få lande, især Det Forenede Kongerige og Spanien og i mindre udstrækning Danmark, Irland og Italien, mens brugen af stoffet er relativt lav i de fleste andre europæiske lande. I lande, hvor amfetamin dominerer markedet for ulovlige stimulanser, er skønnene over kokainbrug lave i næsten alle tilfælde, og omvendt meldes der om et lavt niveau for amfetaminbrug i de fleste lande, hvor kokain er den vigtigste illegale stimulans ⁽⁸⁶⁾.

Brug af kokain blandt unge voksne

Brugen af kokain er hovedsageligt koncentreret blandt unge voksne (15-34 år). F.eks. vil syv ud af otte af de 4 millioner europæere, der har brugt stoffet inden for det seneste år, formentlig være unge voksne.

I Europa anslås det, at 7,5 millioner unge voksne (15-34 år), eller gennemsnitligt 5,4 %, har brugt kokain mindst én gang i deres liv. De nationale tal varierer fra 0,7 til 12,7 %. Det europæiske gennemsnit for brug af kokain inden for de seneste 12 måneder i denne aldersgruppe anslås til 2,3 % (3,5 millioner) og for brug inden for den seneste måned til 1 % (1,5 millioner).

Brugen er særligt høj blandt unge mænd (15-34 år), idet seneste års prævalens for kokainbrug ligger på 4-7 % i Danmark, Det Forenede Kongerige, Irland, Italien og Spanien ⁽⁸⁷⁾. Prævalensforholdet mellem kvindelige og mandlige brugere lå mellem 1:1 og 1:13 for unge voksne i forskellige lande. Vægtede gennemsnit for EU som helhed tyder på, at forholdet mellem mandlige og kvindelige kokainbrugere i alderen 15-34 år var næsten 4 til 1 (3,8 mænd for hver kvinde).

Målinger af nyere kokainbrug (seneste 12 måneder og seneste måned) er højest blandt de 15-24-årige, selv om dette fænomen er mindre udtalt end for cannabis eller ecstasy ⁽⁸⁸⁾. Prævalensen for kokainbrug inden for de seneste 12 måneder for denne aldersgruppe anslås

Skøn over kokainforbruget ved at analysere kommunalt spildevand

Anvendelse af den seneste udvikling inden for analytisk kemi til påvisning af kokain i spildevand har medført en ny indfaldsvinkel til overvågning af brugen af ulovlige stoffer i samfundet kendt som »spildevandsepidemiologi«. Metoden indebærer måling af mængden af nedbrydningsprodukter af ulovlige stoffer, der udskilles i brugernes urin. Mængden af nedbrydningsprodukter målt i spildevandet ganges derefter op for at beregne forbruget af ulovlige stoffer i befolkningen. Når der er tale om kokain, er den vigtigste metabolit, der udskilles via urinen, benzoylecgonin. Da nedbrydning af kokain i menneskekroppen er den eneste sandsynlige kilde til benzoylecgonin i spildevandssystemerne, er det med visse antagelser muligt at regne tilbage fra mængden af metabolitten i spildevandet til den mængde kokain, der bruges i samfundet (men dog ikke til antallet af brugere).

Spildevandsepidemiologien befinder sig stadig i den tidlige udviklingsfase og ud over de vigtige tekniske og etiske spørgsmål, skal de oplysninger, den giver, integreres i den aktuelle forskningstankegang. Disse spørgsmål behandles i den nye publikation fra EONN om spildevandsanalyse (EONN, 2008b). I rapporten, som eksperter fra en række forskellige områder har medvirket til at udarbejde, konkluderes det, at spildevandsepidemiologi indebærer muligheder i forbindelse med overvågning af stoffer på samfundsplan, selv om der er behov for yderligere udvikling. Denne fremgangsmåde kan eventuelt også bruges som et narkotikaovervågningsredskab, som personale inden for sundhedssektoren og retshåndhævelsen kan bruge til at påvise stofbrugsmønstre i kommuner af forskellig størrelse. Og da prøver af spildevand og analyse kan foregå dagligt, ugentligt eller månedligt, kan dataene potentielt anvendes til at give et bedre mål i realtid, så lokalsamfundene får bedre mulighed for at overvåge virkningerne og effektiviteten af forebyggelse og foranstaltninger.

til 2,6 %, hvilket betyder, at 2 millioner 15-24-årige har brugt stoffet inden for det seneste år.

Kokainbrug er også knyttet til bestemte livsstile. I en analyse af data fra British Crime Survey 2003-2004 blev det anslået, at ca. 13 % af de 16-29-årige, der ofte går på pub eller vinbar, har brugt kokain inden for de seneste 12 måneder sammenlignet med 3,7 % blandt mindre hyppige gæster. Blandt de 30-59-årige var tallene henholdsvis 3,1 % og 1 %. Den indberettede brug af crackkokain i samme undersøgelse var meget lav, selv i den gruppe, der havde den højeste kokainprævalens. Dette støtter resultaterne af mere målrettede undersøgelser, der viser en anden profil for brugere af pulverkokain sammenlignet med brugere af crackkokain.

⁽⁸⁶⁾ Se »Det europæiske marked for stimulerende stoffer: kokainlande og amfetaminlande?«, s. 50.

⁽⁸⁷⁾ Se figur GPS-13 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁸⁸⁾ Se figur GPS-15 og tabel GPS-14 til GPS-16 for alle år, tabel GPS-17 til GPS-19 for de seneste data i Statistical bulletin 2008.

Tabel 5: Prævalensen af kokainbrug i den brede befolkning — sammenfatning af data

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	Det seneste år	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	12 millioner	4 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	3,6 %	1,2 %	0,5 %
Område	0,4-7,7 %	0,1-3,0 %	0-1,6 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien, Malta, Litauen (0,4 %), Grækenland (0,7 %)	Grækenland (0,1 %), Polen, Letland, Den Tjek. Rep. (0,2 %)	Grækenland, Estland, Den Tjek. Rep. (0,0 %), Malta, Litauen, Polen, Finland, Letland (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (7,7 %), Spanien (7,0 %), Italien (6,6 %), Irland (5,3 %)	Spanien (3 %), Det Forenede Kongerige (2,6 %), Italien (2,2 %), Irland (1,7 %)	Spanien (1,6 %), Det Forenede Kongerige (1,3 %), Italien (0,8 %), Irland (0,5 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	7,5 millioner	3,5 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,4 %	2,3 %	1 %
Område	0,7-12,7 %	0,2-5,4 %	0,0-2,8 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien, Litauen (0,7 %), Malta (0,9 %), Grækenland (1,0 %)	Grækenland (0,2 %), Polen (0,3 %), Letland, Den Tjek. Rep. (0,4 %)	Estland (0,0 %), Grækenland, Polen, Letland, Den Tjek. Rep. (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (12,7 %), Spanien (9,6 %), Danmark (9,1 %), Irland (8,2 %)	Det Forenede Kongerige (5,4 %), Spanien (5,2 %), Italien (3,2 %), Irland (3,1 %)	Spanien (2,8 %), Det Forenede Kongerige (2,7 %), Italien (1,2 %), Danmark, Irland (1,0 %)
15-24 år			
Anslået antal brugere i Europa	3 millioner	2 millioner	800 000
Europæisk gennemsnit	4,5 %	2,6 %	1,2 %
Område	0,4-11,2 %	0,2-6,1 %	0,0-3,2 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,4 %), Grækenland (0,6 %), Litauen (0,7 %), Malta, Polen (1,1 %)	Grækenland (0,2 %), Polen (0,3 %), Den Tjek. Rep. (0,4 %), Letland (0,6 %)	Estland (0,0 %), Grækenland, Letland (0,1 %), Den Tjek. Rep., Polen, Portugal (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (11,2 %), Spanien (8,7 %), Danmark (8,0 %), Irland (7,0 %)	Det Forenede Kongerige (6,1 %), Spanien (5,8 %), Irland (3,8 %), Danmark, Italien (3,3 %)	Det Forenede Kongerige (3,2 %), Spanien (3,1 %), Italien (1,3 %), Bulgarien, Irland (1,1 %)
Information baseret på den seneste tilgængelige undersøgelse for hvert land. Undersøgelsesåret ligger mellem 2001 og 2007. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (328 millioner), 15-34 år (134 millioner) og 15-24 år (64 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2008.			

Det er sandsynligt, at kokainbrug i andre lande også er knyttet til lignende livsstilsfaktorer.

Undersøgelser gennemført i fritidsmiljøer viser ofte en høj prævalens for kokainbrug. F.eks. viste en undersøgelse fra 2006 i ni europæiske byer (Athen, Berlin, Brno, Lissabon, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venedig, Wien) med 1 383 unge i alderen 15-30 år, der jævnligt færdes i nattelivet, at 29 % havde brugt stoffet mindst én gang og næsten 4 % på et eller andet tidspunkt havde brugt kokain én gang om ugen eller derover (Europa-Kommissionen, 2007b). Der blev også meldt om højere prævalensniveauer i en fransk undersøgelse fra 2004-2005 af 1 496 individer, der blev interviewet i fem forskellige elektroniske musikmiljøer. Næsten 35 % af stikprøven havde brugt kokain og 6 % crack eller freebase i løbet af den seneste måned. Undersøgelsen meldte også om forskelle mellem subpopulationer: Således var prævalensen inden for den seneste måned på 50 % for brug af kokain og 13 % for crack blandt dem, der blev kaldt »alternative«, mens omkring en fjerdedel af de mere almindelige subpopulationer havde brugt kokain og 2 % crack i løbet af den seneste måned.

Kokainbrug blandt skoleelever

Blandt skoleelever er den samlede prævalens for kokainbrug meget lavere end for cannabisbrug. Langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever er 2 % eller derunder i de fleste lande og stiger til 4 % i Spanien og 5 % i Det Forenede Kongerige ⁽⁸⁹⁾. I lande, der har indberettet nyere data fra nationale skoleundersøgelser (Spanien, Portugal, Slovakiet, Sverige, Det Forenede Kongerige), er prævalensen for kokainbrug stabil eller let faldende, selv om ændringerne i prævalensen normalt er for små til at være statistisk signifikante. I Spanien har nye undersøgelsesdata vist et betydeligt fald blandt de 17-18-årige skoleelever.

Mønstre i kokainbrug

Data fra generelle befolkningsundersøgelser tyder på en høj ophørsfrekvens blandt kokainbrugere: I lande, hvor seneste års prævalens er på over 2 %, har 80-90 % af de voksne, der har brugt kokain mindst én gang i deres liv, ikke brugt det inden for den seneste måned ⁽⁹⁰⁾.

Der foreligger kun begrænset information om hyppigheden af kokainbrug i Europa. En analyse fra British Crime Survey viste, at ca. 20 % af de unge (16-24 år), der havde brugt kokain det foregående år, brugte stoffet oftere end en

gang om måneden. En EU-undersøgelse med målrettede stikprøver af kokainbrugere i ni byer (Prinzleve et al., 2004) viste, at den indberettede brugshyppighed i gennemsnit var lavere blandt integrerede brugere (syv dage om måneden) end blandt socialt udstødte brugere (11 dage) eller blandt opioidbrugere i behandling (14 dage).

Problematiske kokainbrug og behandlingsefterspørgsel

Nationale skøn over problematisk kokainbrug (intravenøs brug eller langvarig/regelmæssig brug) foreligger kun for Italien og Spanien, og der foreligger regionale skøn for Det Forenede Kongerige. Ifølge de seneste data for Spanien var der i 2002 mellem 4,5 og 6 problematiske kokainbrugere pr. 1 000 voksne (15-64 år). På samme måde blev det i Italien i 2006 anslået, at der var mellem 3,7 og 4,5 problematiske kokainbrugere pr. 1 000 voksne. Oplysningerne for Det Forenede Kongerige kan ikke direkte sammenlignes med Italien og Spanien, da de er baseret på brug af crackkokain. I 2004-2005 anslog en undersøgelse antallet af problematiske crackkokainbrugere i England til 5,7-6,4 pr. 1 000 voksne.

I 2006 blev kokain, især pulverkokain, af ca. 16 % af alle behandlingsklienter i Europa anført som den vigtigste grund til at komme i narkotikabehandling, hvilket svarer til ca. 61 000 indberettede tilfælde i 24 lande ⁽⁹¹⁾. Kokain blev også anført som et sekundært stof af omkring 18 % af alle ambulante narkotikaklienter ⁽⁹²⁾. Der er store udsving landene imellem, idet kokainbrugere kun udgør en meget høj andel af behandlingsklienterne i Spanien (47 %) og Nederlandene (35 %), mens stoffet nu tegner sig for 25 % af behandlingsanmodningerne i Italien. Andre steder i Europa tegner kokain sig for mellem 5 og 10 % af alle behandlingsanmodninger (10 lande) eller under 5 % (12 lande) ⁽⁹³⁾.

Andelen af kokainbrugere er højere blandt dem, der kommer i behandling for første gang. I hele Europa blev kokain anført som det primære stof af 23 % af de nye klienter i 2006 (ca. 37 000 personer) ⁽⁹⁴⁾. Ifølge de seneste data var kokain det primære stof, som oftest blev anført af dem, der kom i behandling i Spanien i 2005, og nye kokainklienter udgjorde 63 % af alle nye spanske narkotikaklienter.

Tendenser i kokainbrug

Hvis man bruger seneste års prævalens blandt unge voksne (15-34 år) som indikator for tendenserne for niveauet for nylig

⁽⁸⁹⁾ Se tabel EYE-1 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁹⁰⁾ Se figur GPS-16 i Statistical bulletin 2008.

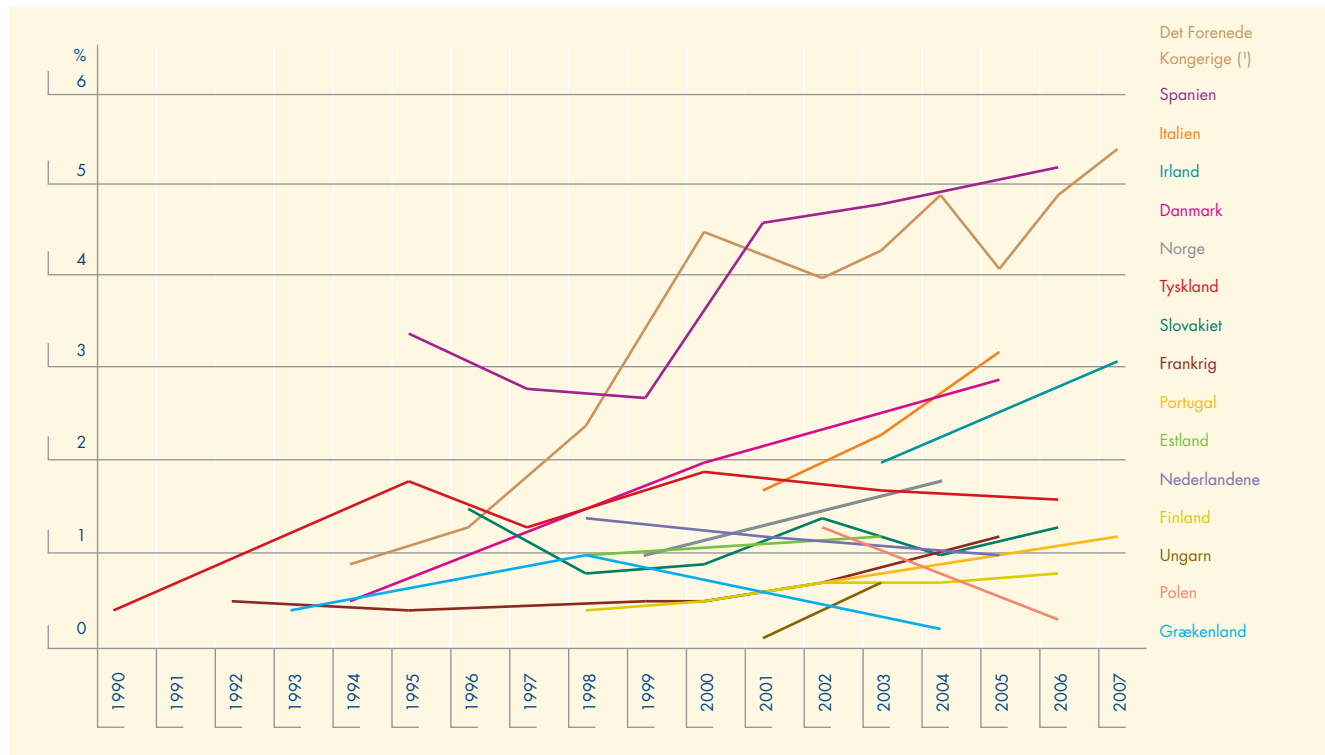
⁽⁹¹⁾ Se tabel TDI-115 og figur TDI-2 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁹²⁾ Se tabel TDI-22 part (i) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁹³⁾ Se tabel TDI-5 part (iii) i Statistical bulletin 2008, for Spanien vedrører dataene 2005.

⁽⁹⁴⁾ Se figur TDI-2 i Statistical bulletin 2008.

Figur 5: Tendenser i sidste års prævalens af kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år)



(¹) England og Wales.

NB: I Danmark svarer værdien for 1994 til »hårde stoffer«. Se figur GPS-14 i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2007), der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

brug (da kokainbrug er koncentreret i denne aldersgruppe), kan det ses, at brugen af kokain voksede betydeligt i anden halvdel af 1990'erne i Danmark, Det Forenede Kongerige og Spanien. Nye data (undersøgelser i 2005-2007) bekræfter den stigende tendens, der allerede de seneste år blev indberettet i Danmark, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Irland, Italien, Nederlandene, Portugal, Spanien. I Finland, Nederlandene, Slovakiet og Tyskland kan der observeres en stabil prævalens, og i Polen blev der meldt om et fald (figur 5).

Den stigende tendens i efterspørgslen efter kokainbehandling, der blev konstateret i tidligere år, ser også ud til at fortsætte, selv om den påvirkes uforholdsmæssigt af nogle få lande. Mellem 2002 og 2006 voksede andelen af nye klienter, der søgte behandling for primært kokainbrug, fra 13 til 25 %, og antallet af indberettede tilfælde steg fra ca. 13 000 til næsten 30 000. Der blev også observeret en stigning i antallet og andelen af alle kokainklienter, der kom i narkotikabehandling: fra 22 000 klienter (13 % af alle behandlingsanmodninger) i 2002 til 50 000 (19 %) i 2006. De største stigninger blev indberettet af Italien og Spanien ⁽⁹⁵⁾.

Den stigende tendens i antallet af kokainbrugere, der kommer i narkotikabehandling, kan hænge sammen med stigninger i prævalensen for kokainbrug og dertil knyttede problemer, men også med andre faktorer (f.eks. stigningen i antallet af behandlingshenvisninger eller foranstaltninger specifikt målrettet mod kokainbrugere); endvidere påvirkes andelen fordelt på stoftype naturligvis af ændringer i efterspørgslen efter behandling fra brugere af andre stoffer.

Internationale sammenligninger

Overordnet er den anslåede langtidsprævalens for kokainbrug lavere blandt unge voksne i EU end blandt unge voksne i Australien, Canada og USA. Men på nationalt plan indberetter Danmark, Det Forenede Kongerige (England og Wales), Irland, Italien og Spanien højere tal end Australien. Kun Det Forenede Kongerige (England og Wales) indberetter et skøn over langtidsprævalens, der svarer til USA's ⁽⁹⁶⁾. Til en vis grad kan dette mål ses som en afspejling af den historiske udvikling i kokainproblemerne, hvor USA og, i en europæisk kontekst, Det Forenede Kongerige fik tidligere erfaring med udbredt kokainbrug.

⁽⁹⁵⁾ Se figur TDI-1 og TDI-3 og tabel TDI-3 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽⁹⁶⁾ Se figur GPS-20 i Statistical bulletin 2008.

Behandling og skadesreduktion

Behandlingsklienters profil

Ambulatorier tegner sig for næsten alle (94 %) indberettede anmodninger om kokainbehandling i Europa ⁽⁹⁷⁾. Det skal imidlertid bemærkes, at kokainbehandling også undertiden finder sted på private klinikker, undertiden stationært, og denne form for behandling er ikke særlig godt repræsenteret i det nuværende overvågningssystem.

Kokainklienter, der kommer i ambulant behandling, har det højeste forhold mellem mænd og kvinder blandt narkotikaklienter (fem mænd for hver kvinde). Deres gennemsnitsalder er 31 år ⁽⁹⁸⁾, hvilket gør det til den tredjældste narkotikaklientgruppe efter opioidbrugere og brugere af sovemidler og beroligende midler. De fleste kokainklienter anfører, at de er begyndt at bruge stoffet i 15-24-årsalderen ⁽⁹⁹⁾.

Der er betydelige udsving mellem landene med hensyn til de indberettede indtagelsesmåder for kokainklienter. Alt i alt har ca. halvdelen (55 %) af kokainklienterne sniffet stoffet, mens næsten en tredjedel (32 %) har røget det, og en meget lavere andel (9 %) har injiceret stoffet ⁽¹⁰⁰⁾. Der kan groft sagt identificeres to hovedgrupper af kokainbrugere blandt dem, der er i behandling. Den første af disse er typisk mere socialt integreret med stabile boligforhold og beskæftigelsesstatus, og de sniffer generelt stoffet. Den anden er en mere marginaliseret gruppe af klienter, der typisk ryger eller injicerer kokain (se EONN, 2006), og som oftere anfører, at de enten bruger crackkokain eller en kombination af kokain og heroin. Især crackklienter bor normalt i storbyer, tilhører etniske minoritetsgrupper og har høj ledighed og dårlige levevilkår ⁽¹⁰¹⁾. Dette problem er lille efter europæiske begreber og er geografisk begrænset, idet betydelige crackkokainproblemer er begrænset til et relativt lille antal byer. I 2006 var ca. 8 000 crackkokainklienter (ca. 2 % af alle narkotikaklienter) kommet i narkotikabehandling i 20 europæiske lande, og de fleste af dem blev indberettet af Det Forenede Kongerige ⁽¹⁰²⁾.

Det bliver stadig vigtigere i nogle lande at behandle problemer i forbindelse med samtidig brug af kokain og heroin. Brugere under behandling kan være nuværende eller tidligere heroinbrugere, der sommetider er i substitutionsbehandling. I nogle lande udgør de den

Sundhedsproblemer i tilknytning til kokainbrug

Selv sundhedspersonalet er ofte ikke opmærksomt på forbindelserne mellem kokainbrug og sygdom. Som følge heraf vil nogle kokainrelaterede sygdomme ikke blive påvist, og de, der lider af disse sygdomme, får måske ikke en passende hjælp. Underindberetning af kokainproblemer vil hindre forståelsen af, hvilken betydning stoffet har for folkesundheden.

Risiciene i tilknytning til visse problematiske former for kokainbrug er velkendte og rammer hovedsageligt kendte brugergrupper (tidligere eller nuværende opioidbrugere, marginaliserede grupper). For eksempel er injektion af kokain ofte forbundet med en risiko for infektion og en højere risiko for en overdosis, mens brug i kombination med opioider ser ud til at være forbundet med en større risiko for en opioidoverdosis.

Der er dog større sandsynlighed for, at sundhedsproblemer i tilknytning til kokain i pulverform ikke påvises, og kan ramme brugere, der ikke normalt anser sig selv for at være udsat for risiko. Kronisk anvendelse af kokain kan forårsage væsentlige helbredsproblemer, hvoraf de vigtigste er hjerte-kar-sygdomme (aterosklerose, kardiomyopati, arrytmi, myokardieiskæmi) og neurologiske lidelser (cerebrovaskulære sygdomme og anfald). Disse problemer kan forværres af eksisterende sygdomme (f.eks. vaskulære misdannelser) og risikofaktorer såsom rygning eller alkoholbrug. Mange af de dødsfald, der tilskrives kokain, er fremkaldt af disse patologier.

Kokainbrug i kombination med alkohol øger blodets indhold af kokain med helt op til 30 %. Ud fra et adfærdsmæssigt perspektiv kan kokain fremme overdreven alkoholindtagelse ved at gøre det muligt at drikke længere, hvilket igen kan øge den mængde kokain, der indtages (Gossop et al., 2006). Dannelsen af cocaethylen i leveren giver muligvis anledning til yderligere sundhedsrisici i tilknytning til kombineret brug af kokain og alkohol.

Der er kun blevet gennemført få undersøgelser for at vurdere de samlede virkninger af kokainbrug på folkesundheden. I en storstilet befolkningsundersøgelse i USA (1988-1994) fandt man, at en fjerdedel af hjerteinfarkter uden dødelig udgang i aldersgruppen 18-45 år kunne tilskrives »hyppig langvarig kokainbrug«. Hyppige brugere havde syv gange højere risiko for hjerteinfarkt uden dødelig udgang end ikke-brugere (Qureshi et al., 2001). Det er dog ikke muligt at overføre resultaterne af denne undersøgelse direkte til Europa. I øjeblikket er vores forståelse af de mulige sundhedsproblemer i tilknytning til det voksende kokainforbrug i Europa dårlig, og dette spørgsmål bør indgå som et vigtigt element i fremtidige folkesundhedsundersøgelser.

Se det udvalgte tema om kokain 2007 for yderligere oplysninger om sundhedsproblemerne i tilknytning til kokainbrug.

⁽⁹⁷⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁹⁸⁾ Se tabel TDI-10 og TDI-21 i Statistical bulletin 2008.

⁽⁹⁹⁾ Se tabel TDI-11 part (iii) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabel TDI-17 part (ii) og part (vi) og TDI-111 part (vii) og part (viii) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Se det udvalgte tema i 2007 om kokain og crackkokain.

⁽¹⁰²⁾ Se tabel TDI-115 i Statistical bulletin 2008.

største gruppe af kokainbehandlingsklienter. Visse undersøgelser har tydet på, at samtidig brug af kokain og heroin kan hænge sammen med, at brugeren har en dobbeltdiagnose, eller kan forværre underliggende psykologiske problemer såsom bipolar sygdom. Samtidig brug af kokain under metadonvedligeholdelsesbehandling har også vist sig at bidrage til vedvarende heroinbrug eller genoptagelse — en risiko for hiv og andre blodbårne infektioner, alvorlige medicinske og sociale problemer samt kriminalitet.

Kokainbehandling

Efter stigningen i kokainbrug og dertil knyttede problemer i flere medlemsstater står specialiserede narkotikabehandlingscentre over for den vanskelige opgave at tilpasse deres traditionelt opioidorienterede tjenester til de varierede kokain- og crackbrugende grupper. I 2006 vurderede medlemsstaterne med undtagelse af Spanien imidlertid, at tilgængeligheden af og adgangen til kokainspecifikke behandlingsprogrammer var lav.

Af de medlemsstater, der indberetter en høj prævalens for kokain eller crackkokain, har flere været særdeles aktive med at løse det problem. I 2007 indførte Spanien en specifik national handlingsplan vedrørende kokain, mens Irland gennemførte og evaluerede en række specifikke programmer rettet mod forskellige grupper af kokainbrugere. Disse programmer er målrettet mod problematiske intranasale kokainbrugere, blandingsbrugere med kokainproblemer samt kvinder og sexarbejdere, der bruger kokain. I Italien vil der i 2008 blive gennemført et storstilet klinisk forsøg for at undersøge virkningen af to lægemidler (aripiprazol og ropinirol) til behandling af kokainafhængighed.

Der er ikke meget information om, hvilken slags ydelser der tilbydes problematiske kokainbrugere i Europa. Alligevel giver nationale kliniske publikationer eller undersøgelser blandt fagfolk god indsigt i aktuel praksis. Ifølge en ny rapport fra Det Forenede Kongerige (NICE, 2007) ser det ud til, at der kun bliver taget fat på kokainrelaterede problemer i britiske specialbehandlingscentre, når det primære narkotikaproblem vedrører opioider. I en ny italiensk undersøgelse blandt eksperter, der arbejder med behandling af kokainbrugere, anføres også vanskeligheder med at anvende nogle af de elementer, eksperterne selv anser for at være afgørende for vellykkede behandlingsresultater såsom relevante tjenester (f.eks. kortvarig stationær behandling, strukturerede psykosociale tiltag) eller klinisk differentiering mellem forskellige typer kokainbrugere. Disse vanskeligheder

skyldtes organisatoriske problemer, manglende ressourcer og manglende effektive kokainspecifikke behandlingstiltag. Fagfolk i andre medlemsstater står sandsynligvis over for de samme problemer. Tilstrækkelige investeringer, hensigtsmæssige behandlingsprotokoller og særlige uddannelsesbehov vil derfor sandsynligvis være centrale elementer i udviklingen af tjenester på dette område.

En nylig gennemgang af litteraturen viser, at de nuværende psykosociale tiltag ikke kan fremvise en stærk dokumenteret effektivitet i behandlingen af kokainafhængighed, og der findes heller ikke effektive farmakologiske behandlingsmetoder. Et nyligt Cochrane review om psykosociale foranstaltninger mod kokain og andre psykostimulanter konkluderede, at der kun var observeret konsistente positive adfærdsresultater (fastholdelse i behandling, nedsættelse af narkotikaforbruget) i psykosociale tiltag, hvori »contingency management« indgik ⁽¹⁰³⁾.

I modsætning til opioidaafhængighed er der ikke i øjeblikket nogen effektive farmakologiske behandlingsmuligheder, som kan hjælpe kokainbrugere med at fastholde afholdenhed eller nedsætte brugen

Contingency management

Ved at belønne afholdenhed sigter contingency management (CM) mod at nedbringe stoffernes forstærkende virkninger. Typisk introduceres CM i begyndelsen af et behandlingsforløb med psykosocial støtte, og incitamenterne er betingede af stoffrie urinprøver. Incitamentet kunne f.eks. være kuponer til et lille pengebeløb, der stiger med hver afholdsperiode. I dette scenario resulterer manglende stoffrihed i tab af de samlede gevinster.

Denne teknik styrker hele tiden klientens stoffrie adfærd og fastsætter regelmæssige mål, der skal nås. Det stærkeste bevis for CM's effektivitet med hensyn til at opretholde stoffrihed kommer fra undersøgelser af kokain- og heroinbehandling, selv om der foreligger en vis dokumentation for metodens effektivitet inden for cannabis- og metamfetaminbehandling.

Selv om størstedelen af forskningen i CM er blevet gennemført uden for Europa, gav feasibility-undersøgelser af CM for nylig positive resultater i Spanien med kokainbrugere (Secades-Villa et al., 2008) og i forbindelse med kokainbrug blandt klienter i opioidsstitutionsbehandling i Nederlandene (DeFuentes-Merillas og De Jong, 2008), hvor det gennemsnitlige incitament ved slutningen af forsøget var værdi af 150 EUR. En økonomisk analyse foretaget af National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) i Det Forenede Kongerige tydede på, at CM er en omkostningseffektiv mulighed i forbindelse med kokainbehandling, navnlig når de økonomiske omkostninger ved kokainbrug tages i betragtning.

⁽¹⁰³⁾ Se »Contingency management«, s. 66.

(se det udvalgte tema i 2007 om kokain). Eksperimentelle lægemidler til at nedsætte kokainforbruget og -trangen har vist et potentiale i kliniske forsøg (f.eks. baclofen, tiagabin, topiramet). Modafinil, som er et centralstimulerende stof, har vist særligt lovende resultater som substitutionsmiddel for psykostimulanter med den fordel, at sandsynligheden for misbrug af midlet er lav sammenlignet med andre potentielle erstatningsstoffer (f.eks. d-amfetamin) (Myrick et al., 2004). Endvidere har buprenorphin, topiramet og tiagabin vist lovende resultater med hensyn til at nedbringe brugen af kokain hos opioidbrugere med samtidig kokainbrug, der er i substitutionsbehandling.

Immunterapi for kokainafhængighed gennem en kokainvaccine (TA-CD) undersøges også. Når vaccinen er indtaget, sætter den gang i produktionen af antistoffer, der binder sig til kokainmolekyler i blodbanen, og giver derved naturligt forekommende enzymer mulighed for at omdanne dem til inaktive molekyler. Resultaterne af de indledende kliniske forsøg er opmuntrende, men det er nødvendigt at foretage yderligere undersøgelser for at afprøve vaccinenes levedygtighed som farmakoterapi for kokainafhængighed.

Kokainvaccinen skal primært bruges til forebyggelse af tilbagefald, men udtrykket »vaccine« giver også forventninger om, at den eventuelt kan bruges til at forebygge kokainafhængighed, når den bruges som profylaktisk behandling (f.eks. hos narkotikanaive børn og unge). En sådan metodes effektivitet er usikker og giver anledning til etiske bekymringer, som vil blive drøftet tilbundsgående i næste EONN-publikation »*Addiction neurobiology: ethical and social implications*«.

Skadesreduktion

Problematisk kokainbrug er hyppigt forbundet med svære konsekvenser for den fysiske og mentale sundhed. F.eks. afslørede en irsk opfølgingsundersøgelse efter to år vedrørende kokain i lokalsamfund en forværring af kokainafhængige klienters generelle sundhed, især blandt intravenøse brugere. Flere projekter meldte også om en stigning i antallet af klienter, der havde bylder og sår på grund af dårlige injektionsvaner; andre problemer blandt kokainbrugende klienter omfatter vægttab, seksuelt overførte infektioner, hjerteproblemer, amputationer og risikoadfærd.

Medlemsstaterne giver normalt intravenøse kokainbrugere samme tilbud og faciliteter som opioidbrugere såsom henstillinger om sikker brug, uddannelse i sikker injektion

og nåleprogrammer. Lettilgængelige narkotikatjenester spiller en vigtig rolle i den forbindelse, da de yder grundlæggende omsorg samt rådgivning og lægehjælp. Brugere med svære kokain- og crackrelaterede problemer såsom comorbide fysiske og mentale helbredsproblemer eller sociale problemer som boligforhold kan henvises til stationære rehabiliteringsprogrammer og terapeutiske miljøer. Disse programmer sigter ikke blot mod at opnå afholdenhed, men tilbyder respit og intensiv behandling og støtte med henblik på at hjælpe brugerne med at ændre deres kaotiske og højrisikofyldte livsstil.

En kvalitativ undersøgelse i seks spanske byer viste, at de vigtigste stoffer, der blev brugt blandt sexarbejdere, var alkohol og kokain. Stofbrug blev anført som lejlighedsvis og instrumentel og bidrog til at mindske psykologiske barrierer eller hæmninger og øge tolerancen over for mange timers sexarbejde med forskellige klienter. Blandt konsekvenserne af narkotikabrug for prostituerede var ubeskyttet sex og en højere risiko for vold fra kundernes side. Der observeres også ofte svære crackkokainforbrugsmønstre hos denne gruppe.

Sexarbejdere med kokain- og crackkokainproblemer er målet for opsøgende og skadesbegrænsende tjenester. I Nederlandene har kommunale sundhedstjenester f.eks. gennemført særlige sundhedsprogrammer målrettet crackkokainbrugende sexarbejdere; i Frankrig yder sammenslutningen Espoir Goutte d'Or, der fokuserer på risikoforebyggelse og skadesreduktion for crackkokainbrugere og sexarbejdere, frivillig rådgivning en gang om ugen og hurtig testning for hiv og hepatitis.

Rekreativ brug af kokain kombineret med et overdrevet alkoholforbrug optræder ofte i nattelivet og kan føre til alvorlige akutte fysiske problemer. Som anført i kapitel 4, indfører medlemsstaterne i stigende grad en integreret tilgang til nedbringelse af skader i forbindelse med brug af alkohol og ulovlige stoffer i fritidsmiljøer. Programmerne tilbyder unge rådgivning og information om de risici, der er forbundet med alkohol og stofbrug i almindelighed, sædvanligvis med materiale om de risici, der er forbundet med akut og kronisk kokainforbrug. Medlemmerne af den europæiske stiftelse for telefonhjælpetjenester på narkotikaområdet, »European Foundation of Drug Helplines«, arbejder også meget aktivt på at skærpe opmærksomheden og yde støtte til stofbrugere ved at tilbyde rådgivning og information om risici ved stoffer.

Kapitel 6

Opioidbrug og intravenøs stofbrug

Heroin: udbud og -tilgængelighed

Der er traditionelt blevet udbudt to former for importeret heroin på det illegale narkotikamarked i Europa: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform), der hovedsageligt kommer fra Afghanistan, og hvid heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien — selv om denne form for stof nu er betydeligt sjældnere⁽¹⁰⁴⁾. Endvidere produceres nogle opioider i Europa, især hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østeuropæiske lande (f.eks. Letland, Litauen).

Produktion og ulovlig handel

Den heroin, der forbruges i Europa, er primært produceret i Afghanistan, som på verdensplan fortsat er den største leverandør af illegal opium, efterfulgt af Myanmar og Mexico. Den globale opiumproduktion steg igen betydeligt (34 %) i 2007 til anslået 8 870 tons, især som følge af en stigning i den afghanske produktion, der blev anslået til 8 200 tons. Den globale potentielle produktion af heroin nåede derfor et rekordniveau i 2007 med anslået 733 tons (UNODC, 2008). Det stigende antal laboratorier, der er blevet lukket i Afghanistan i de sidste par år, tyder på, at opium i stigende grad bliver omdannet til morfin eller heroin inden for landets grænser. Dog viser de store beslaglæggelser af morfin i nabolandene (Pakistan, Iran), at en stor del af forarbejdningen også finder sted uden for Afghanistan (CND, 2008, UNODC, 2007).

Heroinen føres ind i Europa ad navnlig to større smuglerruter. Dels den traditionelt vigtige Balkanrute og dens talrige forgreninger efterfulgt af transit gennem Pakistan, Iran og Tyrkiet, dels den stadigt mere brugte »nordlige« rute via Centralasien og Den Russiske Føderation (figur 6). Der er rapporteret om sekundære smuglerruter for heroin fra Sydvestasien, f.eks. direkte fra Pakistan til Europa (Det Forenede Kongerige), men også via Pakistan og lande i Mellemøsten og Afrika til illegale markeder i Europa og Nordamerika (INCB, 2008a, Europol, 2008,

UNODC, 2007, WCO, 2007). Heroin fra Sydvestasien smugles også til Europa via Sydøstasien (Bangladesh) (INCB, 2008a). I EU spiller Nederlandene og i mindre grad Belgien en vigtig rolle som sekundære distributionscentre (Europol, 2008).

Beslaglæggelser

På verdensplan voksede de indberettede beslaglæggelser af opioider i 2006 til 384 tons for opium og 104 tons for heroin og morfin. Mens Iran tegnede sig for størstedelen af det opium (81 %), der blev beslaglagt på verdensplan, blev heroin og morfin primært konfiskeret i Pakistan (34 %), efterfulgt af Iran (20 %), Tyrkiet (10 %) og Kina (6 %) (UNODC, 2008).

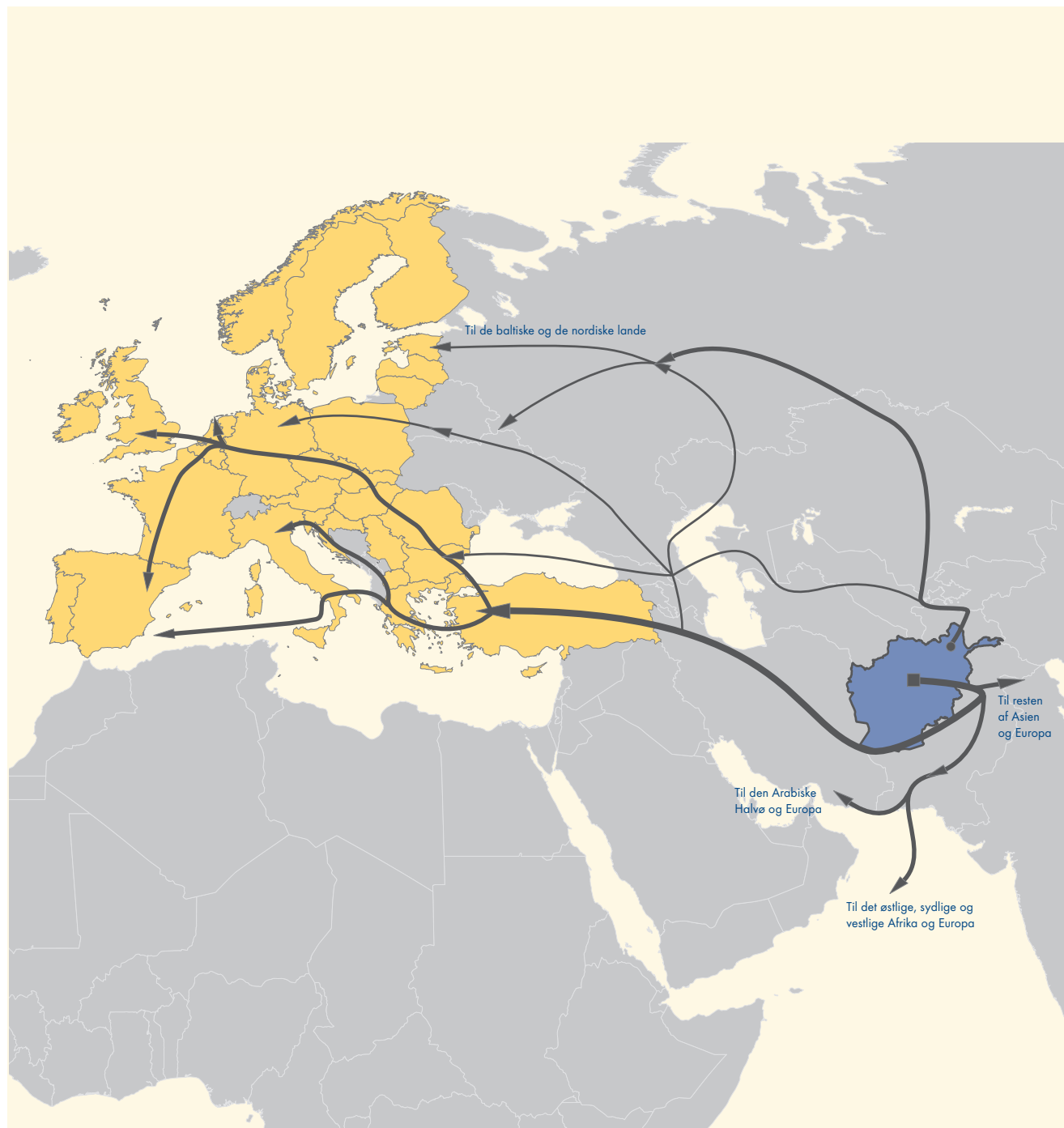
I Europa førte anslået 48 200 beslaglæggelser til konfiskation af 19,4 tons heroin i 2006. Det Forenede Kongerige indberettede fortsat det højeste antal beslaglæggelser, mens Tyrkiet igen indberettede den største beslaglagte mængde med 10,3 tons i 2006⁽¹⁰⁵⁾. Den mængde heroin, der blev konfiskeret i en gennemsnitlig beslaglæggelse, varierede stærkt mellem disse to lande, idet størrelsen på en gennemsnitlig beslaglæggelse i Tyrkiet var 100 gange større end den, der blev indberettet for Det Forenede Kongerige, hvilket afspejler de forskellige positioner i forsyningskæden (figur 6). I løbet af de sidste ti år har antallet af heroinbeslaglæggelser været for nedadgående i Europa med et relativt højdepunkt i 2001 og et rekordlavt antal i 2003. Mængden af heroin, der er konfiskeret i EU, har været faldende over hele linjen mellem 2001 og 2006. I modsætning hertil er den mængde, der er beslaglagt i Tyrkiet, næsten tredoblet i løbet af denne periode.

De globale beslaglæggelser af eddikesyreanhydrid (der bruges til illegal fremstilling af heroin) steg til 26 400 liter i 2006, hvoraf det meste blev konfiskeret i Den Russiske Føderation (9 900 liter) og Colombia (8 800 liter) efterfulgt af Tyrkiet (3 800 liter) (INCB, 2008b). Smuglerruterne mellem Afghanistan og Europa bruges også til at smugle prækursorer

⁽¹⁰⁴⁾ For oplysninger om datakilder for udbud og tilgængelighed af stoffer, se s. 37.

⁽¹⁰⁵⁾ Se tabel SZR-7 og SZR-8 i Statistical bulletin 2008. NB: Til udarbejdelse af skøn blev manglende data om europæiske beslaglæggelser i 2006 erstattet af data fra 2005. Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2006.

Figur 6: Vigtigste heroinsmuglerruter fra Afghanistan til Europa



NB: Smuglerruterne på kortet er en sammenfatning af analyser foretaget af en række internationale og nationale organisationer (nationale Reitox-knudepunkter, Europol, INCB, UNODC, WCO). Sådanne analyser er baseret på oplysninger om narkotikabeslaglæggelser langs smuglerruterne og på efterretningsoplysninger fra retshåndhævende myndigheder i transit- og modtagerlande og nogle gange på rapporter fra supplerende kilder. De vigtigste smuglerruter på kortet bør betragtes som vejledende for de vigtigste ruter, da der kan være afledninger til andre lande langs ruterne, og der er talrige sekundære subregionale ruter, der ikke er angivet her, og som kan ændre sig hurtigt.

(hovedsageligt eddikesyreanhydrid via »silkeruten«) og syntetiske stoffer (især ecstasy) østpå (Europol, 2008).

Beslaglæggelser af 3-methylfentanyl indberettet i 2006 i Letland og Litauen og rapporter om øget intravenøs brug af ulovligt produceret fentanyl i Estland viser behovet for nøjere at overvåge tilgængeligheden af syntetiske opioider som fentanyl (der er betydeligt stærkere end heroin).

Renhed og pris

I 2006 svingede den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin mellem 15 og 25 % i de fleste indberettende lande, men der blev også meldt om værdier under 10 % i Frankrig, Grækenland og Østrig og højere værdier på Malta (31 %), i Tyrkiet (36 %) og i Det Forenede Kongerige (43 %). Den gennemsnitlige renhed for hvid heroin lå generelt højere (45-70 %) i nogle få europæiske lande, der indberettede data ⁽¹⁰⁶⁾.

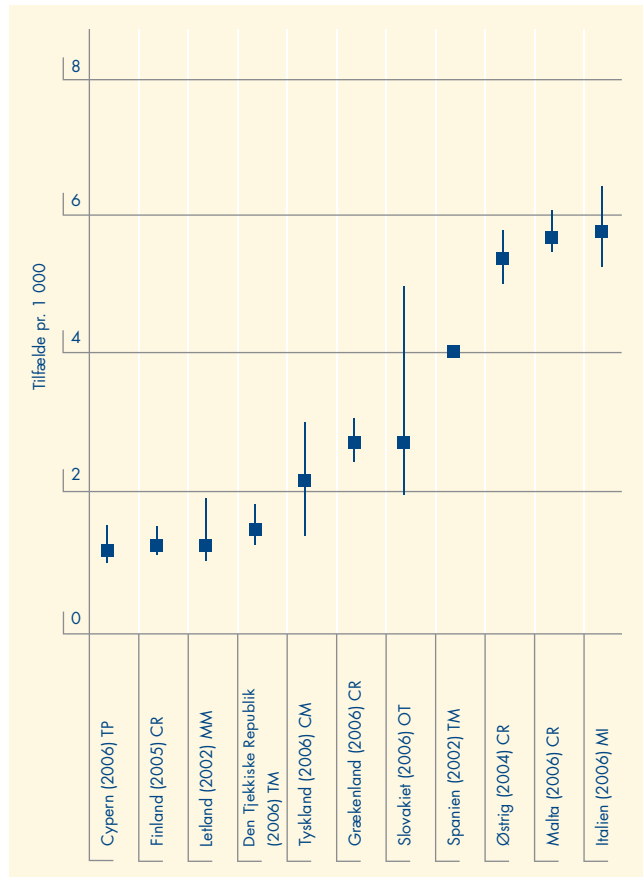
Detailprisen for brun heroin varierede i 2006 fra 14,5 EUR pr. gram i Tyrkiet til 110 EUR pr. gram i Sverige, og de fleste europæiske lande indberettede gennemsnitspriser på 30-45 EUR pr. gram. Prisen for hvid heroin indberettes kun af nogle få europæiske lande og lå mellem 27 og 110 EUR pr. gram. I perioden 2001-2006 faldt detailprisen for brun heroin i de fleste af de 13 europæiske lande, der indberettede tidstendenser, selv om der er konstateret tegn på stigninger i Polen.

Skøn over udbredelsen af problematisk opioidbrug

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra EONN's indikator for problematisk stofbrug, som hovedsageligt omfatter intravenøs stofbrug og brug af opioider, selv om brugere af amfetaminer eller kokain også udgør et vigtigt element i nogle få lande. Skønnet over antallet af problematiske opioidbrugere er generelt usikkert på grund af den relativt lave udbredelse og denne stofbrugstypes skjulte natur, og der kræves statistiske ekstrapoleringer for at nå frem til prævalensskøn på grundlag af de foreliggende datakilder. Da de fleste undersøgelser er baseret på et bestemt geografisk område, f.eks. en by eller et distrikt, er det endvidere ofte vanskeligt at foretage en ekstrapolering til nationalt niveau.

Der synes at være ved at ske en diversificering af de problematiske stofbrugsmønstre i Europa. F.eks. melder nye rapporter i visse lande, hvor problematisk opioidbrug traditionelt har domineret, at andre stoffer, bl.a. kokain, er ved at få større betydning. Behovet for effektiv

Figur 7: Skøn over den årlige prævalens af problematisk opioidbrug (tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)



NB: Symbolet angiver et punktestimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval, som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse. Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Ikke-standardiserede aldersgrupper blev anvendt i undersøgelser fra Finland (15-54 år) og Malta (12-64 år). For Tysklands vedkommende repræsenterer intervallet det laveste af alle eksisterende skøn og det højeste og punktestimatet et simpelt gennemsnit af middelpunkter. Estimeringsmetoder: CR = capture-recapture, TM = treatment multiplier, MI = multivariate indicator, TP = truncated Poisson, MM = mortality multiplier, CM = combined methods, OT = other methods. Se figur PDU-1 part (ii) i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

overvågning af en række problematiske stofbrugsmønstre har fået EONN til at rapportere om problematiske stofbrugende subpopulationer defineret efter stof; der kan således være tale om overlapninger ⁽¹⁰⁷⁾.

Udbredelsen af problematisk stofbrug på nationalt plan i perioden 2002-2006 anslås til ca. 1-6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år; den samlede udbredelse af problematisk stofbrug anslås at ligge på ca. 1-10 tilfælde pr. 1 000. De laveste, veldokumenterede skøn over problematisk opioidbrug er fra Cypern, Den Tjekkiske Republik, Finland og Letland (selv om både Den Tjekkiske Republik og Finland har mange problematiske

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2008 for oplysninger om renhed og pris.

⁽¹⁰⁷⁾ Se en oversigt over foreliggende skøn over elementerne i problematisk stofbrug i Statistical bulletin 2008.

amfetaminbrugere), mens de højeste skøn kommer fra Italien, Malta og Østrig (figur 7).

På grundlag af de relativt begrænsede data kan der udledes en gennemsnitlig udbredelse af problematisk opioidbrug på 4-5 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Hvis man antager, at dette afspejler EU som helhed, svarer det til ca. 1,5 millioner (1,3-1,7 millioner) problematiske opioidbrugere i EU og Norge i 2006.

Problematiske opioidbrug: tendenser og incidens

Det er vanskeligt at anslå tidstendenser i udbredelsen af problematisk opioidbrug, da der kun er et begrænset antal gentagne skøn, og de individuelle skøn er usikre. Data fra ni lande med gentagne skøn i perioden 2001-2006 tyder på forskellige udviklinger. Udbredelsen ser ud til at være relativt stabil i Den Tjekkiske Republik, Finland, Grækenland, Italien, Malta, Slovakiet og Tyskland, mens der blev observeret en stigning i Østrig (seneste data fra 2004) og tegn på et muligt fald på Cypern ⁽¹⁰⁸⁾.

Incidensen for problematisk opioidbrug (antallet af nye tilfælde, der opstår et givet år) er et mere følsomt mål for ændringer over tid og kan give et tidligt billede af den fremtidige udvikling i prævalens og behandlingsefterspørgsel. Med de anvendte estimeringsmodeller kan der dog fremsættes flere antagelser. Endvidere kan disse modeller kun give et delvist skøn over incidensen, da de kun bygger på de tilfælde, der kommer i kontakt med behandlingssystemet. Kun to lande indberetter nye data, som viser forskellige tendenser. I Italien anslås incidensen at være gået ned fra omkring 32 500 nye tilfælde i 1990 til omkring 22 000 nye tilfælde i 1997, hvorefter den er steget igen til omkring 30 000 nye tilfælde i 2006. I Spanien anslås incidensen for problematisk opioidbrug derimod at have været stadigt faldende, siden den toppede omkring 1980, selv om den i de seneste år (2002-2004) synes at have stabiliseret sig på et relativt lavt niveau (ca. 3 000 nye tilfælde om året).

EONN har i samarbejde med en gruppe nationale eksperter for nylig udarbejdet nye retningslinjer for incidensestimering med henblik på at tilskynde til yderligere arbejde på dette område (Scalia Tomba et al., 2008).

Opioidbrugere i behandling

Opioider, især heroin, er fortsat det vigtigste stof, klienter søger behandling for i de fleste indberettende lande. Af de 387 000 behandlingsanmodninger, der blev indberettet i 2006 (data fra 24 lande), blev heroin

Opioidindikatorerne falder ikke længere

I modsætning til de tendenser, der er beskrevet i de tidligere årsberetninger, tyder nyere data på visse stigninger i antallet af narkotikaforårsagede dødsfald, heroinbeslaglæggelser og nye heroinbehandlingsanmodninger i EU.

I 2003 ophørte den faldende tendens i antallet af narkotikaforårsagede dødsfald i Europa navnlig i tilknytning til brugen af opioider, og mellem 2003 og 2005 har de fleste medlemsstater berettet om en stigende tendens. Antallet af beslaglæggelser af heroin steg med over 10 % i 16 ud af 24 indberettende lande mellem 2003 og 2006. Efter at være faldet i adskillige år, er antallet af nye behandlingsanmodninger i forbindelse med heroin som det primære stof steget i omkring halvdelen af de lande, der indberettede data mellem 2005 og 2006. Dette kan være et udtryk for en ændring i forekomsten af heroinbrug, der begyndte nogle år tidligere på grund af det naturlige tidsinterval mellem påbegyndelsen af brugen og den første behandling.

Disse nye tendenser optræder parallelt med en øget opiumsproduktion i Afghanistan, hvilket giver anledning til bekymring for, at disse to ting hænger sammen som følge af en øget tilgængelighed af heroin på det europæiske marked. Dette er et vigtigt spørgsmål, der bør indgå i fremtidige undersøgelser, da de tilgængelige data ikke gør det muligt at tegne et klart billede. Derudover findes der vigtige medvirkende faktorer. For eksempel indberettes der om en fortsat høj eller stigende anvendelse af medicinske opioider til ikke-medicinske formål i flere lande (Den Tjekkiske Republik, Estland, Frankrig, Østrig og Finland), hvilket kan være en vigtig faktor, når man skal forklare tendenserne i narkotikaforårsagede dødsfald.

registreret som det primære stof i 47 % af de tilfælde, hvor det primære stof er kendt. I de fleste lande vedrørte mellem 50 og 80 % af alle behandlingsanmodninger opioidbrug, mens andelen i de resterende lande varierer mellem 15 og 40 % ⁽¹⁰⁹⁾. Opioider er ikke blot det hyppigst indberettede primære stof blandt personer, der kommer i behandling, men er det i endnu højere grad blandt dem, der allerede er i behandling. Et nyt projekt med ni lande, som fokuserer på alle klienter i behandling, viste, at primære opioidbrugere alt i alt udgør 59 % af klienterne, men kun 40 % af de klienter, der kommer i behandling for første gang i deres liv ⁽¹¹⁰⁾.

De fleste narkotikaklienter, der kommer i ambulant behandling for primært opioidbrug, tager også andre stoffer, bl.a. kokain (25 %), andre opioider (23 %) og cannabis (18 %). Af klienter, der er i behandling for primært brug af andre stoffer, anfører 13 % i ambulant behandling og 11 % i døgnbehandling opioider som et sekundært stof ⁽¹¹¹⁾.

⁽¹⁰⁸⁾ Se tabel PDU-6 part (ii) i Statistical bulletin 2008 og tabel PDU-102 for fuldstændig information, herunder konfidensintervaller.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabel TDI-39 i Statistical bulletin 2008.

Nogle lande melder om en betydelig andel behandlingsanmodninger vedrørende andre opioider end heroin. Buprenorphinmisbrug anføres som hovedårsagen til at gå i behandling af 40 % af alle klienter i Finland og 8 % i Frankrig. I Letland og Sverige anfører mellem 5 og 8 % af narkotikaklienterne primært brug af andre opioider end heroin eller metadon, navnlig buprenorphin, smertestillende midler eller andre opioider ⁽¹¹²⁾. Flere lande melder om en stigning i andelen af blandingsbrugere blandt heroinklienter og en stigning i antallet af klienter, der bruger andre opioider end heroin.

Det absolutte antal heroinbehandlingsanmodninger indberettet gennem indikatoren for behandlingsefterspørgsel steg med over 30 000 tilfælde fra 108 100 til 138 500 mellem 2002 og 2006. Blandt klienter, der kom i behandling for første gang i deres liv, var der tilsvarende en stigning i antallet af brugere af primært heroin fra ca. 33 000 i 2002 til over 41 000 i 2006. Faktorer, der kunne forklare denne tendens, omfatter en stigning i antallet af problematiske heroinbrugere, en udvidelse af behandlingstilbuddene eller bedre indberetningsdækning.

Intravenøs stofbrug

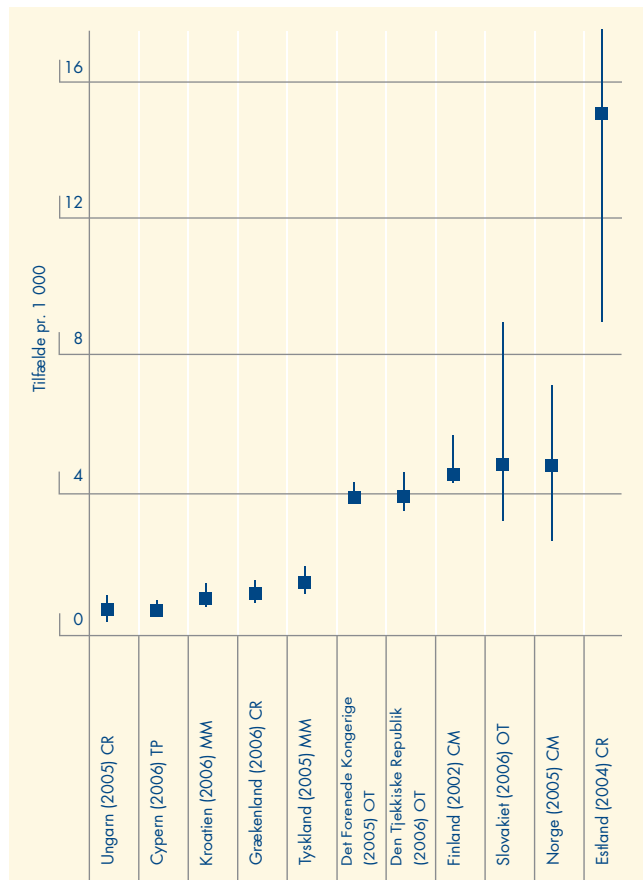
Udbredelse af intravenøs stofbrug

Intravenøse stofbrugere er blandt dem, der har den højeste risiko for at få sundhedsproblemer på grund af deres stofbrug såsom blodbårne infektioner (f.eks. hiv/aids, hepatitis) eller narkotikaforårsagede dødsfald. Kun 11 lande kunne fremlægge nylige skøn over udbredelsen af intravenøs stofbrug til trods for deres betydning for folkesundheden (figur 8). Det er derfor en stor udfordring for udviklingen af sundhedsovervågningssystemerne i Europa at forbedre niveauet af de tilgængelige informationer om denne specielle gruppe.

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

De manglende data gør det vanskeligt at drage konklusioner om tidstendenser i udbredelsen af intravenøs brug, selv om de foreliggende data tyder på et fald i Norge (2001-2005) og en stabil situation i Cypern, Den Tjekkiske Republik, Det Forenede Kongerige og Grækenland ⁽¹¹³⁾.

Figur 8: Skøn over prævalensen af intravenøs stofbrug (tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)



NB: Symbolet angiver et punkttestimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval, som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse. For Estlands vedkommende ligger den øvre grænse for usikkerhedsintervallet uden for skalaen (37,9 pr. 1 000). Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Estimeringsmetoder: CR = capture-recapture, TM = treatment multiplier, MI = multivariate indicator, TP = truncated Poisson, MM = mortality multiplier, CM = combined methods, OT = other methods. Se figur PDU-2 i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger..

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

Intravenøs brug blandt opioidbrugere, der kommer i behandling

I alt anførte 43 % af alle opioidbrugere, der kom i ambulant narkotikabehandling i 2006, at de injicerede stoffet. Ændringer i andelen af intravenøse brugere blandt heroinbrugere i behandling kan vise tendenser i den bredere gruppe af problematiske opioidbrugere. Ni lande (Danmark, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Sverige, Tyrkiet, Tyskland) har observeret fald i denne andel mellem 2002 og 2006, mens to lande melder om en stigning (Rumænien, Slovakiet). Landene er meget forskellige med hensyn til, hvor mange intravenøse brugere der er blandt de heroinbrugere, der kommer i behandling, idet den laveste

⁽¹¹¹⁾ Se tabel TDI-22 og TDI-23 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹¹²⁾ Se tabel TDI-113 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹¹³⁾ Se tabel PDU-6 part (iii) i Statistical bulletin 2008.

andel intravenøse brugere findes i Frankrig, Nederlandene og Spanien (under 25 %) og den højeste (over 80 %) i Bulgarien, Den Tjekkiske Republik, Finland, Rumænien og Slovakiet (¹¹⁴).

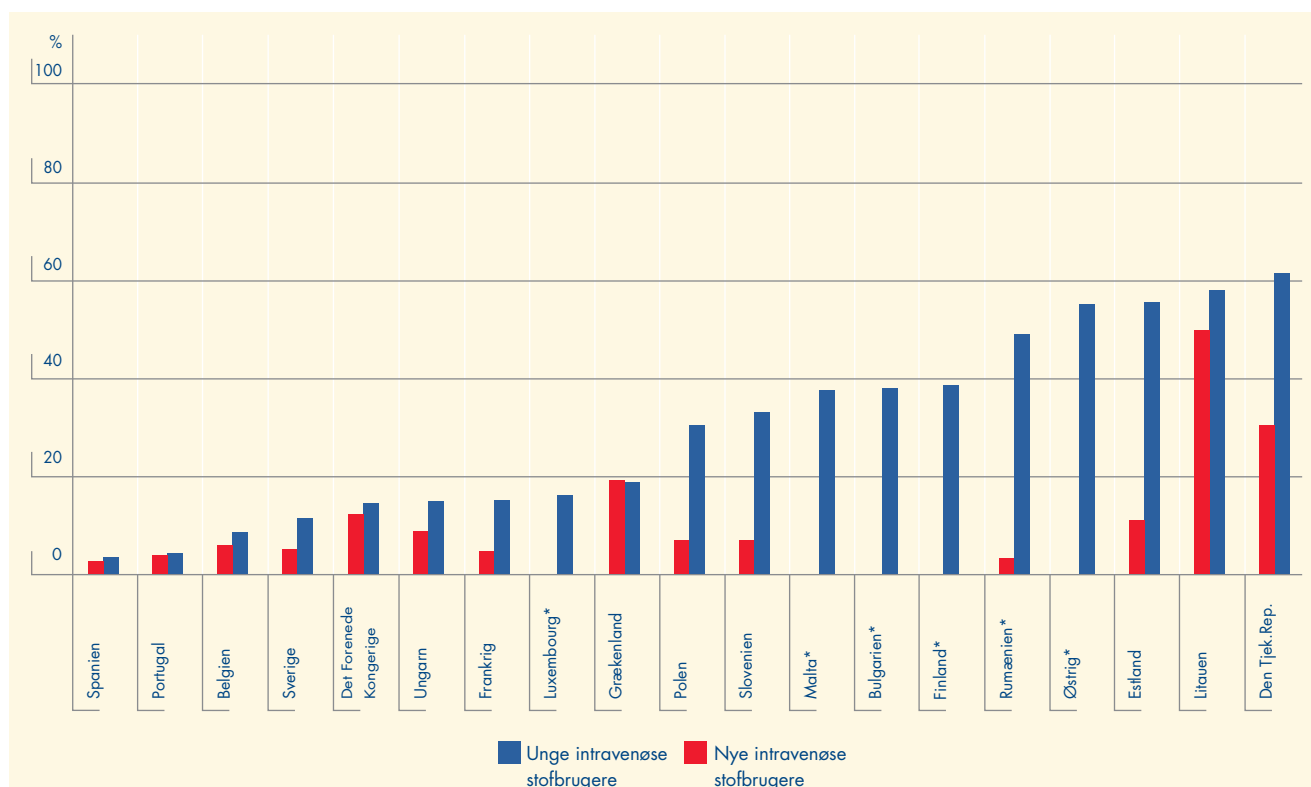
Blandt opioidbrugere, der kom i ambulant behandling for første gang i 2006, anførte en lidt lavere andel, at de injicerer stoffet (ca. 40 %). Ser man på tidstendenser, faldt andelen af intravenøse brugere blandt nye opioidklienter fra 43 % i 2003 til 35 % i 2006 i de 13 lande, hvor der foreligger tilstrækkelige data (¹¹⁵).

En analyse af data om behandlingsefterspørgslen for ni lande, der deltog i en pilotundersøgelse, afslørede, at ca. 63 % af alle opioidklienter (de, der allerede var i behandling, og de, der kom i behandling inden for det seneste år) injicerede stoffet ved behandlingens begyndelse (¹¹⁶). Dette tyder på, at der blandt klienter, som allerede var i behandling, var en relativt høj andel af intravenøse brugere ved behandlingens start.

Undersøgelser blandt intravenøse stofbrugere kan give et andet billede af nationale forskelle og ændringer over tid i intravenøs stofbrug i Europa. Mange lande gennemfører regelmæssigt — sædvanligvis i forbindelse med testning for smitsomme sygdomme — gentagne undersøgelser af grupper af intravenøse brugere, der ofte rekrutteres fra forskellige miljøer for at øge generaliserbarheden. Sammenligninger mellem landene skal foretages med forsigtighed på grund af de potentielle skævheder i den selektive rekruttering til disse undersøgelser (¹¹⁷).

Nogle lande har store andele (over 20 %) af nye intravenøse stofbrugere (der har injiceret i under to år) i disse undersøgelser, mens andelen i flere lande ligger under 10 % (figur 9). Unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) udgør over 40 % af de intravenøse stofbrugere, der var udvalgt til stikprøven i Den Tjekkiske Republik, Estland, Litauen, Rumænien og Østrig, mens mindre end 20 % af de intravenøse brugere i stikprøven er under 25 år i ni andre lande.

Figur 9: Andelen af unge og nye intravenøse stofbrugere i stikprøver af intravenøse stofbrugere



NB: Stikprøverne er af intravenøse stofbrugere, der testes for infektionssygdomme (hiv og hepatitis C-virus). Den seneste tilgængelige stikprøve for hvert land i perioden 2002-2006 er blevet anvendt, forudsat at der er mindst 100 intravenøse stofbrugere. En asterisk angiver, at der ikke foreligger nogen data for nye intravenøse stofbrugere. Se figur PDU-3 i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabel PDU-104, TDI-4, TDI-5 og TDI-17 part (v) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Se figur TDI-7 og tabel TDI-17 part (i) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹¹⁶⁾ Se tabel TDI-17 part (v) og TDI-40 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Det kunne forventes, at andelen af unge eller nye intravenøse stofbrugere er lavere i stikprøver rekrutteret fra narkotikabehandlingsmiljøer end i mere »åbne« miljøer som lavtærskeltjenester, da klienter, der kommer i behandling, først gør det efter gennemsnitligt nogle års stofbrug. Imidlertid viser den statistiske analyse af sammenhængen mellem rekrutteringsmiljø og andele af unge eller nye intravenøse stofbrugere ingen statistisk signifikans, hvilket tyder på, at rekrutteringsmiljø (kodet som »kun narkotikabehandling«, »ingen narkotikabehandling« og »blandede miljøer«) måske ikke har nogen stærk effekt på disse andele.

Generelt er en stor andel af nye intravenøse brugere alarmerende, især hvis den øges af en stor andel unge intravenøse brugere. Selv om en højere andel af nye intravenøse brugere kan være udtryk for en ny stærk vækst i intravenøs stofbrug, kan det også hænge sammen med andre faktorer (f.eks. kortere injektionskarrierer, bedre adgang til behandling, højere dødelighed i den ældre population).

Lande med langvarige problematiske opioid-brugergrupper har generelt lave andele af både unge og nye intravenøse brugere. I de resterende, ofte nyere, medlemsstater viser dataene højere andele af unge intravenøse brugere. De varierende antal nye intravenøse brugere i de lande, hvor der foreligger information, kan afspejle forskelle i gennemsnitsalderen for første brug samt stigende intravenøs incidens blandt yngre eller ældre grupper.

Behandling af problematisk opioidbrug

Profil for opioidklienter, der kommer i behandling

Klienter, der kommer i behandling for primært opioidbrug, er generelt ældre (gennemsnitsalder 32 år) end dem, der kommer i behandling for kokain, andre stimulanser og cannabis (gennemsnitsalder henholdsvis 31, 27 og 24 år), og kvinder er generelt et eller to år yngre end mænd. Opioidklienter er generelt yngre i de lande, der har tilsluttet sig EU siden 2004 samt i Finland, Grækenland, Irland og Østrig ⁽¹¹⁸⁾.

Gennemsnitligt overgår mandlige opioidklienter kvinder med tre til en, og man finder højere andele af mænd især i sydeuropæiske lande (Bulgarien, Cypern, Frankrig, Grækenland, Italien, Malta, Portugal, Spanien) ⁽¹¹⁹⁾.

Opioidbrugere anfører højere ledighedsprocent og lavere uddannelsesniveau end andre klienter (se kapitel 2), og i nogle lande kan der konstateres en højere frekvens af comorbide psykiatriske forstyrrelser.

Omkring halvdelen af de opioidbrugere, der søger behandling, har brugt opioider første gang, inden de blev 20 år, og omkring en tredjedel mellem 20 og 24 år; førstegangsbrug af opioider efter 25-års alderen er sjældent ⁽¹²⁰⁾. Der angives et gennemsnitligt tidsinterval på mellem syv og ni år mellem første brug af opioider og første kontakt med narkotikabehandlingssystemet, idet mandlige klienter anfører et længere tidsinterval end kvindelige ⁽¹²¹⁾.

Behandlingsudbud og -dækning

Behandlingen af opioidbrugere foregår oftest i ambulatorier, der kan omfatte specialiserede centre, praktiserende læger og lavtærskeltjenester. I nogle få lande spiller døgnbehandlingscentre også en stor rolle, navnlig i Bulgarien, Finland, Grækenland og Sverige ⁽¹²²⁾.

Der er mulighed for stoffri behandling og substitutionsbehandling i alle EU-medlemsstater samt Kroatien og Norge. I Tyrkiet undersøger man i øjeblikket den fremtidige brug af substitutionsbehandling. I de fleste lande er substitutionsbehandling den mest udbredte mulighed, men i 2005 meldte Polen, Sverige og Ungarn, at stoffri metoder dominerede.

Substitutionsbehandling, normalt integreret med psykosocial støtte, gives generelt i specialiserede ambulatorier og i delte omsorgsordninger med kontorbaserede praktiserende læger. De foreliggende data om antallet af klienter i substitutionsbehandling viser

Udvidelse af de farmaceutiske behandlingsmuligheder

Der er blevet udviklet og åbnet nye farmaceutiske muligheder for behandling af opioidafhængighed i Europa. Disse nye muligheder omfatter øget effektivitet af behandlingen, der opfylder de forskellige opioidbrugergruppers behov og nedbringer mulighederne for misbrug af substitutionsstoffer.

En kombination af buprenorfin/naloxon blev lanceret på markedet i EU i 2006 som et alternativ til buprenorfin alene og med det formål at nedbringe muligheden for og ønsket om at injicere det. En række medlemsstater vurderer i øjeblikket værdien af dette stof som en behandlingsmulighed for opioidafhængighed ⁽¹⁾.

Ordinering af heroin til medicinsk brug (diamorfin) som en behandlingsmulighed for kroniske, behandlingsresistente opioidbrugere er tilgængelig i begrænset omfang i Nederlandene (815 klienter i 2006), Det Forenede Kongerige (400 klienter) og Tyskland, hvor deltagerne i heroinforsøget fortsat modtager diamorfin i henhold til en særlig forordning. Derudover er der i øjeblikket et randomiseret forsøg med opioider til injektion (RIOTT) på vej i Det Forenede Kongerige, som vil vurdere effektiviteten af diamorfin til intravenøs brug, metadon til intravenøs brug og peroralt metadon. I februar 2008 blev det ligeledes besluttet at indføre en ordineringsordning for diamorfin i Danmark.

⁽¹⁾ Tekniske oplysninger om stoffet findes på EMEA's websted: <http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

⁽¹¹⁸⁾ Se tabel TDI-10, TDI-32 og TDI-103 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Se tabel TDI-5 og TDI-21 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹²⁰⁾ Se tabel TDI-11, TDI-107 og TDI-109 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹²¹⁾ Se tabel TDI-33 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹²²⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2008.

en samlet stigning i det seneste år undtagen for Frankrig, Luxembourg, Malta og Nederlandene, hvor situationen var stabil. Den største forholdsmæssige stigning blev indberettet af Den Tjekkiske Republik (42 %), men der blev også indberettet stigninger over 10 % af Polen (26 %), Finland (25 %), Estland (20 %), Sverige (19 %), Norge (15 %), Ungarn og Østrig (11 %).

En simpel sammenligning af det skønnede antal problematiske opioidbrugere og det indberettede antal behandlinger tyder på, at mere end én ud af tre kunne være i substitutionsbehandling. Det skal imidlertid erindres, at der stadig mangler præcision i begge datasæt, hvilket indebærer, at beregningen skal betragtes med forsigtighed. Endvidere betyder de brede konfidensintervaller i skønnene over problematisk opioidbrug, at det er vanskeligt at foretage sammenligninger mellem landene. Ikke desto mindre viser de foreliggende data, at der er betydelige forskelle landene imellem i andelen af problematiske opioidbrugere, der modtager substitutionsbehandling, idet de anslåede andele ligger på ca. 5 % i Slovakiet, 20-30 % i Finland, Grækenland og Norge, 35-45 % i Den Tjekkiske Republik, Malta og Italien, og over 50 % i Det Forenede Kongerige (England), Tyskland og Kroatien ⁽¹²³⁾.

Oral metadon er fortsat det vigtigste stof til substitutionsbehandling i Europa, men det bliver stadig mere almindeligt at bruge buprenorphin. En grund til det er, at det muligvis har lavere dødelighed ved misbrug (Connock et al., 2007). I Danmark har Sundhedsstyrelsen efter en revision af retningslinjerne for substitution nu opfordret de praktiserende læger til at ordinere buprenorphin i stedet for metadon.

Behandlingseffektivitet, -kvalitet og -standarder

Konklusionen af en gennemgang af randomiserede kontrollerede forsøg og observationsundersøgelser er, at både metadonvedligeholdelsesbehandling og vedligeholdelsesbehandling med buprenorphin kan være effektive til at styre opioidafhængighed. Et Cochrane-review konkluderede imidlertid for nylig, at buprenorphin er mindre effektiv end metadon i passende doser (Mattick et al., 2008). Det er i en række undersøgelser også konstateret, at diamorfinvedligeholdelse kan være effektiv for personer, der ikke responderer på metadonvedligeholdelsesbehandling (Schulte et al., i trykken). Alt i alt har substitutionsbehandling haft en række positive resultater, herunder: fastholdelse i behandling, nedsat illegal opioidbrug og intravenøs brug, nedsat dødelighed og kriminel adfærd samt

stabilisering og forbedring af kroniske heroinbrugeres sundhedsmæssige og sociale vilkår.

Psykosociale og psykoterapeutiske foranstaltninger kombineret med farmakoterapi har også vist sig at være effektive i undersøgelser af behandlingsresultater, for eksempel NTORS i Det Forenede Kongerige (Gossop et al., 2002) og DATOS i USA (Hubbard et al., 2003). Disse metoder kan muligvis ikke blot øge behandlingsmotivationen, forebygge tilbagefald og mindske skader, men også sikre rådgivning og praktisk støtte til klienter, der skal klare deres bolig-, beskæftigelses- og familierelaterede problemer sideløbende med behandlingen for deres opioidafhængighed. Den foreliggende dokumentation støtter imidlertid ikke brugen af psykosociale behandlinger alene (Mayet et al., 2004).

En række lande har for nylig meddelt, at de har forbedret deres behandlingsretningslinjer. I Danmark, Kroatien og Skotland har man gennemgået substitutionsprogrammer og revideret retningslinjerne for at øge behandlingskvaliteten og forebygge omledning til det sorte marked. Det Forenede Kongeriges retningslinjer for klinisk håndtering af narkotikaafhængighed er også blevet ajourført, og National Institute for Clinical Excellence har udstedt en specifik vejledning om ordinerende af metadon og buprenorphin, behandling med naltrexon, afgiftning samt psykosocial behandling. Portugal har også udarbejdet ny vejledning for at sikre rettidig adgang til behandling.

Behandling i fængsler

Der er bred anerkendelse blandt EU's beslutningstagere af behovet for at harmonisere praksis og kvalitet af tjenesterne mellem lokalsamfund og fængsler. En beretning fra Europa-Kommissionen (2007a) fremhævede imidlertid, at der mangler tilbud til stofbrugere i fængsler og gjorde opmærksom på betydningen af foranstaltninger i dette miljø. Eksempler på begrænsningerne i udbuddet af narkotikatjenester i fængslet omfatter: manglende kapacitet og ekspertise (Letland, Malta, Polen), opsplittet bistand (Letland), manglende tiltag for specifikke grupper såsom unge indsatte stofbrugere (Østrig) og fravær af en folkesundhedsbaseret forebyggelsesstrategi (Grækenland).

Mere positivt er det, at narkotikaprogrammer i fængsler er blevet mere udbredt, og mange lande melder om nye initiativer. F.eks. har man i Portugal indført juridiske rammer for et sprøjteprogram i fængsler, i Litauen er der vedtaget et dekret om, at fængslerne har pligt til at sørge

⁽¹²³⁾ Se figur HSR-1 i Statistical bulletin 2008.

for rådgivning før løsladelse, i Danmark har alle indsatte med straffe på over tre måneder siden januar 2007 været omfattet af en »behandlingsgaranti«, i Den Tjekkiske Republik er substitutionsbehandlingen blevet udvidet til ti fængsler, og i Irland er man i øjeblikket ved at vurdere behandlingstilbuddene i fængslet med det formål at sikre ækvivalens med tilbuddene ude i lokalsamfundet.

Udbuddet af narkotikabehandling i fængslerne er fortsat lavt sammenlignet med samfundet, selv om udbredelsen af narkotikabrug generelt er højere. I mange lande er afgiftning den foretrukne og undertiden den eneste tilgængelige behandlingsmulighed. Substitutionsbehandling tilbydes teoretisk set i de fleste lande, men dataene viser, at kun få narkotikabrugere i praksis får den. Undtagelserne er Spanien, hvor 14 % af alle dømte indsatte (19 600) modtog substitutionsbehandling i 2006, og Det Forenede Kongerige (England og Wales), hvor det forventes, at antallet af personer, der får metadon,

vil stige fra 6 000 til 12 000 efter indførelsen af den nye vejledning i april 2007.

Der er for nylig udgivet en praktisk vejledning for substitutionsbehandling under frihedsberøvelse, som støttes af WHO og UNODC (Kastelic et al., 2008), og en del forskning fremhæver, at opioidsubstitutionsterapi i fængslet har haft positive virkninger på risikobetonet adfærd og dødelighed (Dolan et al., 2003). En nylig gennemgang af forskningsundersøgelser af fængselsbaserede substitutionsprogrammer konkluderede, at de positive virkninger var afhængige af en tilstrækkelig dosering og af, at behandlingen varede i hele fængselsperioden (Stallwitz og Stöver, 2007). Endvidere er en omhyggelig planlægning af løsladelsen og oprettelse af forbindelse til den primære sundhedstjeneste andre centrale elementer i de tilbud på området, som er nødvendige for at sikre, at de gevinster i helbredsstatus, der er opnået i fængslet, ikke mistes efterfølgende (¹²⁴).

(¹²⁴) Se »Høj risiko for narkotikaforårsagede dødsfald efter afslutning af fængselsstraffe eller behandling«, s. 89.

Kapitel 7

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Smitsomme sygdomme som hiv og hepatitis B og C er blandt de alvorligste sundhedsmæssige følger af narkotikabrug. Selv i lande, hvor udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere er lav, kan andre smitsomme sygdomme, bl.a. hepatitis A, B og C, seksuelt overførte sygdomme, tuberkulose, stivkrampe, botulisme og humant T-celle lymfotroft virus i uforholdsmæssig grad ramme narkotikabrugere. EONN overvåger systematisk hiv og hepatitis B og C blandt intravenøse stofbrugere (prævalens af antistoffer eller andre specifikke markører i tilfælde af hepatitis B). Dataene skal fortolkes med forsigtighed, da der er flere metodiske begrænsninger i de forskellige datasystemer ⁽¹²⁵⁾.

Hiv og Aids

Ved udgangen af 2006 ser incidensen for diagnosticeret hiv-infektion blandt intravenøse stofbrugere ud til at have været lav i de fleste EU-lande, og den samlede situation i EU ser relativt positiv ud i en global sammenhæng. Det kan i det mindste delvist skyldes den øgede adgang til forebyggelse, behandling og skadesbegrænsende foranstaltninger, herunder substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer. Andre faktorer kan også have spillet en vigtig rolle, f.eks. det fald i intravenøs stofbrug, der er rapporteret om i nogle lande. Alligevel tyder oplysninger i visse dele af Europa på, at hiv-overførsel i forbindelse med intravenøs stofbrug stadig fortsatte med relativt høje frekvenser i 2006, hvilket understreger behovet for at sikre den lokale forebyggelsespraksis' dækning og effektivitet.

Tendenser i Hiv-infektion

Data om nydiagnosticerede tilfælde i forbindelse med intravenøs stofbrug for 2006 tyder på, at antallet af infektioner er stadigt faldende overalt i EU efter at have toppet i 2001-2002 som følge af udbrud i Estland,

Letland og Litauen ⁽¹²⁶⁾. I 2006 var det samlede antal nydiagnosticerede infektioner blandt intravenøse stofbrugere i de 25 EU-medlemsstater, som der foreligger nationale data for, 5,0 tilfælde pr. 1 million indbyggere, hvilket er et fald fra 5,6 i 2005 ⁽¹²⁷⁾. Af de tre lande, der indberettede de højeste antal nydiagnosticerede infektioner (Estland, Letland, Portugal), meldte Portugal fortsat om en nedadgående tendens i 2005-2006, mens tendenserne i Estland og Letland stabiliseredes på henholdsvis 142,0 og 47,1 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere. Mellem 2001 og 2006 er der ikke i noget land observeret nogen kraftige stigninger i hiv-infektionsfrekvens i forhold til befolkningstal. Hvor der kan observeres en let stigning (f.eks. Bulgarien, Irland), ligger denne under ét tilfælde mere pr. 1 million indbyggere om året.

Ser man på absolutte tal, kan det ses, hvilke lande der bidrager stærkere til det samlede EU-tal. De største antal nydiagnosticerede infektioner blandt intravenøse stofbrugere blev indberettet i 2006 af lande med de højeste infektionsrater (Portugal 703 nye diagnoser, Estland 191, Letland 108 ⁽¹²⁸⁾) og dem med store befolkninger (Det Forenede Kongerige 187, Tyskland 168, Frankrig 167, Polen 112) (figur 10). På baggrund af de generelt nedadgående tendenser konstateres de største stigninger i absolutte tal siden 2001 i Det Forenede Kongerige med ca. 13 yderligere tilfælde pr. år og i Tyskland med ca. 10 yderligere tilfælde, skønt disse ikke er jævnt fordelt over årene. I Bulgarien er den lave stigningstakt accelereret på det seneste med henholdsvis 0, 2, 0, 7, 13 og 34 nye tilfælde om året mellem 2001 og 2006, hvilket tyder på et muligt udbrud.

Tendensdata fra overvågning af hiv-prævalens i stikprøver af intravenøse stofbrugere er et vigtigt supplement til data fra caserapporter vedrørende hiv, da de også giver information om ikke-diagnosticeret infektion. Der foreligger prævalensdata fra 25 lande i perioden 2002-2006 ⁽¹²⁹⁾. I 15 lande forblev

⁽¹²⁵⁾ Nærmere oplysninger om metoder og definitioner kan ses i Statistical bulletin 2008.

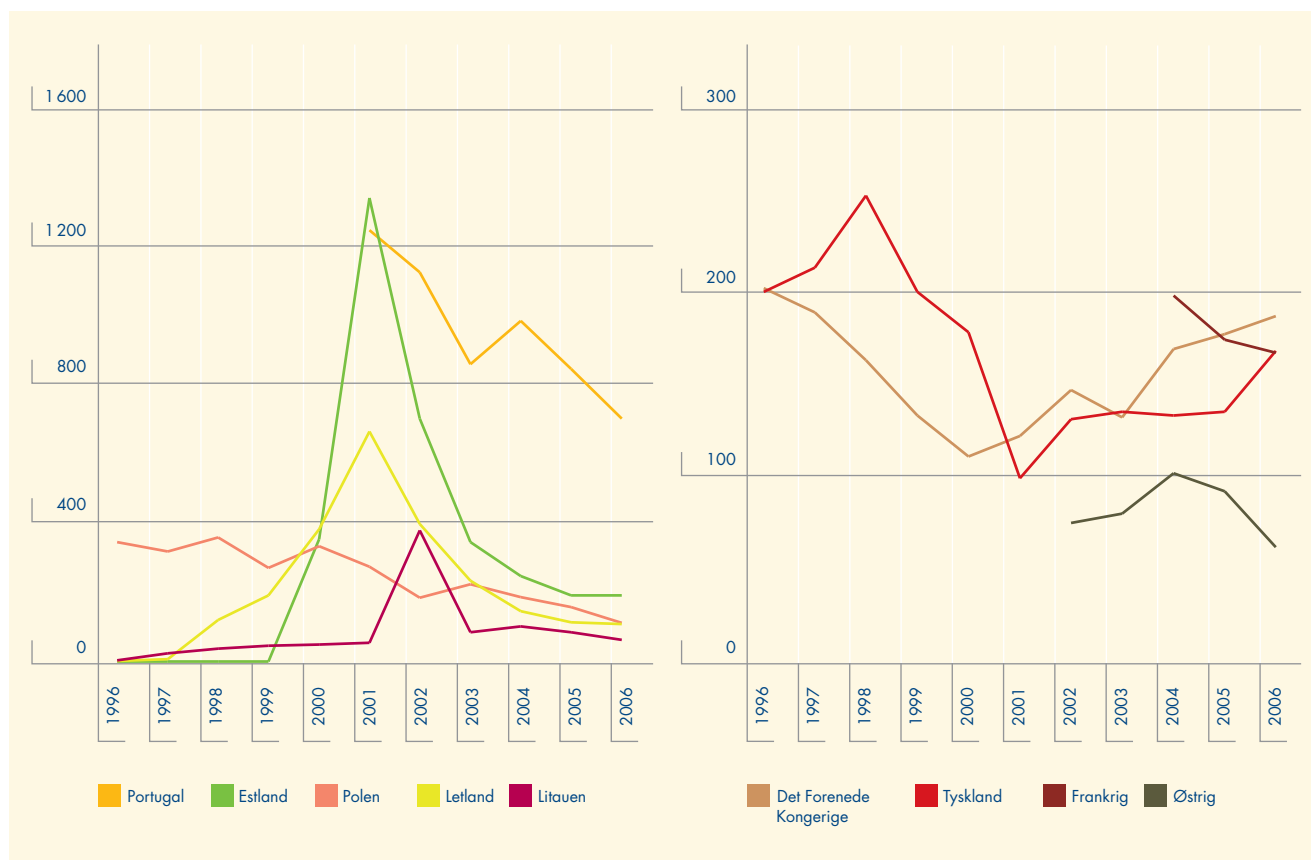
⁽¹²⁶⁾ Se tabel INF-104 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹²⁷⁾ Der foreligger ikke nationale data fra Italien og Spanien. Med en justering for disse to lande bliver antallet 5,9 tilfælde pr. 1 million indbyggere, hvilket er et fald fra 6,4 i 2005.

⁽¹²⁸⁾ I Portugal blev 703 tilfælde indberettet af EuroHIV for 2006, mens 432 blev indberettet af det portugisiske epidemiologiske overvågningscenter for smitsomme sygdomme (CVEDT); uoverensstemmelsen skyldes klassificeringen efter indberetningsår (EuroHIV) versus diagnoseår (CVEDT).

⁽¹²⁹⁾ Se tabel INF-108 i Statistical bulletin 2008.

Figur 10: Absolut antal nye diagnosticerede hiv-infektioner blandt intravenøse stofbrugere i det år, beretningen vedrører: lande med et spidsniveau over 300 (venstre) og mellem 100 og 300 (højre)



NB: Da der ingen nationale data er tilgængelige for Spanien og Italien, vises data for regioner, hvor de er tilgængelige. På grundlag af ufuldstændigt talmateriale havde begge lande over 100 nye tilfælde i 2005, altså en nedadgående tendens. Se tabel INF-104 i Statistical bulletin 2008 for yderligere oplysninger.

Kilde: EuroHIV.

hiv-prævalensen uforandret i perioden. I fem lande (Bulgarien, Italien, Letland, Spanien, Tyskland) viste prævalensen statistisk signifikante fald, der alle byggede på nationale stikprøver. Der blev dog i to af disse også indberettet regionale stigninger: i Bulgarien, én by, Sofia, og i Italien otte ud af 21 regioner og én by. Endelig er der i fem lande enten ikke indberettet nationale tendenser, eller de virker stabile, mens der var mindst én subnational stikprøve, der viste en stigende tendens, selv om prævalensniveauerne for det meste fortsat er lave (Belgien, Den Tjekkiske Republik, Det Forenede Kongerige, Litauen og muligvis Slovenien).

Sammenligningen af tendenser i nydiagnosticerede infektioner i forbindelse med intravenøs stofbrug med tendenser i hiv-prævalensen blandt intravenøse stofbrugere tyder på, at incidensen for hiv-infektion i forbindelse med intravenøs stofbrug er faldende i de fleste lande på nationalt plan. Fortolkningen er mere vanskelig, når der er delvis modstrid mellem

disse datakilder, som det f.eks. er tilfældet i Bulgarien, Det Forenede Kongerige og Tyskland, om end både incidensen af nye diagnoser og stigningstakten herfor i disse lande (undtagen Bulgarien i 2004-2006) er lav.

Det høje årlige antal nye Hiv-diagnoser i forbindelse med intravenøs stofbrug i Estland, Letland og Portugal tyder på, at overførselsniveauet i disse lande stadig er højt. For Estland underbygges dette af prævalensdata fra 2005, der viser, at omkring en tredjedel af de nye intravenøse stofbrugere (de, der har injiceret stoffer i under to år) var Hiv-positive. Yderligere tegn på løbende hiv-overførsel ses i rapporter om høje prævalensniveauer (over 5 %) blandt unge intravenøse stofbrugere (stikprøver på mindst 50 intravenøse stofbrugere under 25 år) i flere lande: Spanien (nationale data, 2005), Portugal (nationale data, 2006), Estland (to regioner, 2005), Letland (nationalt og i to byer, 2002-2003), Litauen (en by, 2006) og Polen (en by, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

⁽¹³⁰⁾ Se tabel INF-109 og INF-110 i Statistical bulletin 2008.

»Hot spots« for Hiv/Aids

De seneste data tyder på, at forekomsten af hiv blandt intravenøse stofbrugere generelt er lav i EU. Der må dog udvises stor opmærksomhed, da nogle medlemsstater fortsat har et højt antal nye hiv-infektioner i tilknytning til intravenøs stofbrug, og situationen er endog endnu mere foruroligende i visse nabolande.

Efter en nyere hiv-epidemi i Estland og Letland faldt andelen af nye diagnosticerede tilfælde blandt intravenøse stofbrugere fra 2001, men den har nu stabiliseret sig på et niveau, der fortsat er højt (henholdsvis 142,0 og 47,1 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2006), hvilket tyder på, at smitteoverførslen fortsat er høj. Portugal har stadig det højeste antal nye diagnosticerede tilfælde i EU (se s. 79), og selv om denne tendens er faldende, er den årlige andel af nye indberettede tilfælde fortsat høj og lå på 66,5 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2006.

I nabolandene øst for EU er situationen særligt foruroligende. I de to største lande, Rusland og Ukraine, er antallet af nye diagnosticerede tilfælde højt, og det stiger stadig. I 2006 blev antallet af nye diagnosticerede tilfælde i tilknytning til intravenøs stofbrug anslået til at ligge på over 11 000 i Rusland og 7 000 i Ukraine (henholdsvis 78,6 og 152,9 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere).

Høje tal for løbende smitteoverførsel blandt intravenøse stofbrugere tyder på, at der er behov for at se på både tilgængelighed, niveau og omfang af de eksisterende tilbud, herunder særlige foranstaltninger, der sigter mod at nedbringe spredningen af infektionssygdomme, såsom sprøjteombytning og substitutionsbehandling. Derudover er der behov for målrettede undersøgelser blandt intravenøse stofbrugere for at undersøge, hvorfor nogle befolkningsgrupper ser ud til at være særligt sårbare, faktorerne i tilknytning risikoadfærd og hindringerne for selvbeskyttelse og for at finde frem til lovende metoder til at forhindre nye udbrud.

Aids-incidens og adgang til HAART

Information om incidensen af aids er vigtig for at vise nye udbrud af symptomatisk sygdom, selv om det ikke er en god indikator for overførsel af hiv. Data om aids-incidensen kan også give information om den højaktive antiretrovirale behandling HAART's dækning og effektivitet. En høj incidens af aids i nogle europæiske lande kan vise, at mange intravenøse stofbrugere, der er inficeret med hiv, ikke modtager HAART på et tilstrækkeligt tidligt tidspunkt af deres infektion til at kunne drage maksimal nytte af behandlingen.

Portugal er fortsat det land, der har den højeste forekomst af aids i forbindelse med intravenøs stofbrug med anslået 22,4 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2006, selv om tendensen nu er klart faldende fra 29,9 tilfælde

pr. 1 million i 2005. Der meldes også om en relativt høj aids-incidens for Estland, Letland og Spanien på henholdsvis 17,1, 15,1 og 13,5 nye tilfælde pr. 1 million. Blandt disse tre lande er tendensen for nedadgående i Spanien og Letland, men ikke i Estland, hvor de seneste data viser en stigning fra 11,9 nye tilfælde pr. 1 million i 2005 til 17,1 pr. 1 million i 2006. Der er også registreret en stigning i Litauen fra 2,0 nye tilfælde pr. 1 million i 2005 til 5,0 tilfælde i 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatitis B og C

Mens man kun finder en høj udbredelse af hiv-infektion i nogle EU-medlemsstater, er viral hepatitis og især infektion forårsaget af hepatitis C-virus (HCV) meget stærkere udbredt blandt intravenøse stofbrugere i hele Europa. Blandt de nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere i 2005-2006 svinger udbredelsen af HCV-antistoffer fra ca. 15 til 90 %, idet de fleste lande typisk melder om niveauer over 40 %. Kun nogle få lande (Bulgarien, Den Tjekkiske Republik, Finland) melder om en udbredelse på under 25 % i de nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere, selv om forekomsten af infektion på det niveau stadig er et betydeligt problem for folkesundheden ⁽¹³²⁾.

Inden for landene kan udbredelsen af HCV variere betydeligt, hvilket afspejler både regionale forskelle og de karakteristiske træk ved stikprøvepopulationen. F.eks. viser lokale undersøgelser i Det Forenede Kongerige niveauer mellem 29 og 59 %, mens forskellige regionale skøn i Italien går fra ca. 40 til 96 %. Selv om skøn udledt af ikke-tilfældige prøver altid skal betragtes med forsigtighed, vil de konstaterede variationer i udbredelsen sandsynligvis have store følger for målretning og gennemførelse af forebyggelses- og behandlingsprogrammer. Endvidere vil det formentlig påvirke udviklingen af bedre indsatsstrategier, hvis man forstår, hvilke faktorer der skaber forskellige infektionsniveauer.

Undersøgelser blandt unge (under 25 år) og nye (der har injiceret stoffer i under to år) intravenøse stofbrugere tyder på, at tidsvinduet til at forebygge HCV-infektion er ganske kort, da mange får virussen tidligt i deres forløb som intravenøse stofbrugere. Nye undersøgelser (2005-2006) melder typisk om prævalensniveauer mellem 20 og 50 %, dog med betydelig variation mellem prøverne.

Udbredelsen af antistoffer mod hepatitis B-virus (HBV) varierer endog i endnu højere grad end for HCV-antistoffer, muligvis til dels som følge af forskelle i vaccinationsniveau, selv om andre faktorer kan spille

⁽¹³¹⁾ Se figur INF-1 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹³²⁾ Se tabel INF-111 til INF-113 i Statistical bulletin 2008.

Adgang til testning for og behandling af Hiv

Blandt de mennesker i Europa, der er inficeret med hiv, er muligvis helt op til hver tredje ikke klar over, at de er inficeret (ECDC, 2007), og rapporter fra nogle medlemsstater tyder på, at endnu færre intravenøse stofbrugere er klar over, at de er smittede.

Som følge heraf vil mange af dem, der inficeres med dette virus, ikke kunne drage fordel af tidlig behandling og pleje. De kan også bidrage til spredning af hiv ved uafvendende at udsætte andre for smitterisiko. Derudover forringes kvaliteten af data indsamlet af hiv-overvågningssystemerne.

Foreløbige data tyder på, at intravenøse stofbrugeres adgang til antiretroviral behandling og pleje er uforholdsmæssig lav (Donoghoe et al., 2007). Effektive antivirale behandlingsmetoder skal tage hensyn til de intravenøse stofbrugeres særlige situation og behov. De kan omfatte samtidige sundhedsmæssige og sociale problemer (f.eks. hjemløshed og manglende forsikring), men også stigmatisering og forskelsbehandling i sundhedsmiljøet eller gentagne anholdelser og fængslinger.

For at forbedre adgangen til hiv-testning og -behandling har EONN udviklet særlige retningslinjer for tilbud om en frivillig årlig lægeundersøgelse til intravenøse stofbrugere, herunder testning for hiv og viral hepatitis (!).

(!) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

en rolle. De mest fuldstændige datasæt, der foreligger, er for antistoffet mod hepatitis B core antigen (anti-HBc), som er tegn på en tidligere infektion. I 2005-2006 meldte 6 lande ud af de 11, der fremlagde data om intravenøse stofbrugere, om en anti-HBc-prævalens på over 40 %⁽¹³³⁾.

Tidstendenserne i anmeldte tilfælde af hepatitis B og C viser forskellige billeder. Andelen af intravenøse stofbrugere blandt alle anmeldte tilfælde af hepatitis B kan være faldet lidt i nogle lande, hvilket muligvis afspejler den stigende virkning af vaccinationsprogrammer målrettet intravenøse stofbrugere. I tilfælde af hepatitis C er andelen af intravenøse stofbrugere blandt de anmeldte tilfælde faldet i fem lande, men er steget i fem andre lande (Den Tjekkiske Republik, Det Forenede Kongerige, Luxembourg, Malta, Sverige)⁽¹³⁴⁾. For både hepatitis B og hepatitis C var der i 2006 fortsat markant forskel mellem landene i andelen af intravenøse stofbrugere blandt de anmeldte tilfælde, hvilket tyder på geografiske forskelle i disse infektioners epidemiologi, selv om skævheder på grund af forskellige testnings- og rapporteringspraksis ikke kan udelukkes.

Forebyggelse af smitsomme sygdomme

EU-medlemsstaterne anvender en kombination af nogle af de følgende foranstaltninger for at begrænse spredningen og følgerne af smitsomme sygdomme blandt narkotikabrugere: narkotikabehandling, herunder substitutionsbehandling (se kapitel 6), sundhedsinformation og -rådgivning, distribution af sterile injektionsmaterialer samt uddannelse til sikrere sex og sikrere brug. Adgangen til disse foranstaltninger og dækningen heraf varierer betydeligt mellem landene.

Nåle- og sprøjteprogrammer og opioidsubstitutionsbehandling er tilgængelige i alle EU-medlemsstater, i Kroatien og i Norge, selv om der er store forskelle i både gennemførelsesmiljøer og målgruppe. Niveaue for både substitutionsbehandling og for udbuddet af skadesbegrænsende tilbud i Europa er steget betydeligt i det seneste tiår. I nogle lande er disse tiltag imidlertid fortsat begrænsede, og behovene overstiger generelt stadig udbuddet på disse områder.

En nyere kohorteundersøgelse i Amsterdam viste fordelene ved kombineret adgang til metadonvedligeholdelse og sprøjtebytning, idet forekomsten af HCV- og hiv-infektioner var lavere blandt intravenøse stofbrugere, der benyttede begge tilbud sammenlignet med dem, der kun benyttede det ene (Van den Berg et al., 2007).

Det er vanskeligt at vurdere nåle- og sprøjteprogrammernes dækning, og kun nogle lande fremlægger relevante tal. F.eks. melder Den Tjekkiske Republik om et netværk af 90 lavtærskeltjenester, der når ud til omkring 25 000 stofbrugere om året (heraf 70 % intravenøse brugere), og som udleverer gennemsnitligt 210 sprøjter pr. intravenøs stofbruger.

Nogle lande melder om stigninger i antallet af sprøjter, der udleveres gennem nåle- og sprøjteprogrammer: i Estland er det anslåede antal sprøjter, der uddeles pr. intravenøs stofbruger, fordoblet mellem 2005 og 2006 til 112. I samme periode øgede Ungarns sprøjtebytteprogrammer deres omsætning af sprøjter med 56 % og antallet af klienter med 84 %, og Finland melder fortsat om en stigning i antallet af sete klienter og uddelte sprøjter i sundhedsrådgivningscentrene. Ikke alle lande meldte dog om stigninger: I Malta og Slovakiet forblev sprøjteudleveringen stabil i 2006, Polen meldte om et fald i antallet af opererende tjenester og et fald på 15 % i antallet af byttede sprøjter. Rumænien meldte om et fald på 70 % i antallet af byttede sprøjter i Bukarest, idet den vigtigste grund hertil ifølge det anførte var økonomiske problemer.

⁽¹³³⁾ Se tabel INF-115 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹³⁴⁾ Se tabel INF-105 og INF-106 i Statistical bulletin 2008.

Hepatitis B-vaccination blandt stofbrugere

Smitteoverførsel af hepatitis B-virus (HBV) fortsætter blandt intravenøse stofbrugere i Europa, og andelen af aktiv HBV-infektion (prævalensen af HBsAG) blandt dem er fortsat høj i de fleste lande sammenlignet med den brede befolkning (¹). Vaccination anses for at være den mest effektive metode til at forebygge smitte med hepatitis B-virus (HBV) og følgerne heraf. I overensstemmelse med WHO's henstilling fra 1991 har de fleste, men ikke alle EU-medlemsstater, indført en universel vaccination mod denne virus. Børnevaccinationspolitikker vil dog hovedsageligt berøre fremtidige generationer af stofbrugere. For at nedbringe spredningen af smitten tidligere har over halvdelen af EU's medlemsstater vedtaget vaccinationsprogrammer, der hovedsageligt henvender sig til intravenøse stofbrugere og/eller indsatte i fængsler. Alligevel er der forskelle i disse programmets dækning medlemsstaterne imellem, og en tredjedel af EU's medlemsstater oplyser stadig, at de ikke har nogen vaccinationsprogrammer, der henvender sig specifikt til stofbrugere.

Vaccinationsprogrammer, der henvender sig til stofbrugere, støder ofte på problemer med ringe efterlevelse, hvilket resulterer i, at vaccinationsforløb ikke færdiggøres. Da der findes en sikker og effektiv vaccine, kan strategierne for at opnå en mere omfattende vaccination blandt risikogrupperne indebære en fleksibel fremgangsmåde, der fokuserer på stofbrugere tidligt i deres karriere og når ud til de samfundsgrupper, hvor prævalensen af stofbrug er højest. Gentagne tilbud om vaccination og ekstradoser til dem, der har en forringet immunreaktion, kan også bidrage til at opnå bedre vaccinationsresultater. Dette kan kræve, at EU's medlemsstater undersøger og eventuelt finjusterer deres politikker for at mindske forekomsten af kronisk HBV-infektion og følgerne heraf.

(¹) Se tabel INF-106 og INF-114 i Statistical bulletin 2008.

I en række lande kan stabilisering eller fald i sprøjtebytningen skyldes ændringer i de overordnede mønstre for intravenøs stofbrug og tilgængeligheden af behandling. I Luxembourg stabiliseredes antallet af sprøjter uddelt af lavtærskeltjenester i 2005 således efter at være steget i flere år, og det faldt i 2006. Der er også meldt om en nylig nedgang i sprøjteudleveringen i Belgien (den flamsktalende del) og Portugal og lokalt i Nederlandene og Tyskland.

Nålebytning og lavtærskeltjenester kan også være en kanal til pleje for dem, der har dårlig adgang til ikke-specifikke tjenester. Der kan være tale om ydelse af primær sundhedspleje samt foranstaltninger til at fremme seksuel sundhed såsom uddeling af kondomer og glidecreme og oplysning om mere sikker sex. De fleste lande sørger også for forebyggelse af

smitsomme sygdomme gennem opsøgende teams eller på lettilgængelige steder, men tjenester på dette felt er stadig under udvikling. F.eks. er man i Estland, Letland og Litauen i øjeblikket ved at oprette et tværnationalt lettilgængeligt forebyggelsesnetværk, der skal bruge almindelige servicestandarder og epidemiologiske overvågningsprotokoller.

Der ydes lægebehandling på lavtærskelklinikker og af mobile enheder eller via henvisningsordninger. F.eks. arbejder det tjekkiske lavtærskelnetværk tæt sammen med regionale offentlige sundhedstjenester om at lette adgangen til rådgivning, testning og behandling for somatisk comorbiditet, især viral hepatitis. I Bulgarien ydede en mobil klinik i Bourgas ved Sortehavet 750 konsultationer i 2006. Nogle danske kommuner fik statslige midler til sundhedsprogrammer målrettet de svageste stofbrugere. Endvidere oprettes der i 2008 som en treårig pilotordning »sundhedsrum« i København, som arbejder efter lavtærskelprincippet og kombinerer sundhedspleje og sociale rådgivningsforanstaltninger.

Forebyggelse af viral hepatitis

I 2006 indberettede flere lande initiativer til at forebygge spredning af viral hepatitis. F.eks. i Luxembourg, hvor man som følge af resultaterne af et aktionsforskningsprojekt styrkede udbuddet af rådgivning til unge og nye stofbrugere om sikrere brug og forbedrede den gratis adgang til injektionsudstyr til intravenøse stofbrugere. I Danmark har der siden 2006 været adgang til gratis hepatitis A- og B-vaccinationer til stofbrugere og deres partnere, og kommunerne skal nu sørge for en omfattende vifte af ydelser for smitsomme sygdomme til personer, der injicerer stoffer. Endelig fik en arbejdsgruppe i Irland vedrørende HCV i 2007 til opgave at udvikle en national strategi for overvågning, uddannelse og behandling.

Fængsler er vigtige miljøer for tiltag målrettet smitsomme sygdomme i forbindelse med stofbrug og tilbud om sundhedstjenester til en gruppe, som det er vanskeligt at nå på anden vis (se kapitel 2). Den seneste forskning viser, at det er vigtigt at sørge for virustest til alle, der på et eller andet tidspunkt har taget ulovlige stoffer, og at påvisning af kronisk hepatitis C-infektion ved indsættelsen i fængsel var en omkostningseffektiv foranstaltning (Sutton et al., 2006). Ud over at de, der har infektioner, får den nødvendige behandling og omsorg, kunne stofbrugere i fængsel drage nytte af en række tiltag såsom sundhedsuddannelse og hepatitis B-immunisering (¹³⁵).

(¹³⁵) Se DUP tabellerne i Statistical bulletin 2008.

Narkotikarelateret dødelighed: et komplekst spørgsmål

Både den videnskabelige og den politiske debat om narkotikarelateret dødelighed hæmmes af de mange forskellige begreber og definitioner, der er blevet anvendt på dette område. Hvis der anvendes meget brede og omfattende begreber, kan dataene være af ringe værdi, når det drejer sig om at forstå de faktorer, der er knyttet til narkotikarelateret dødelighed. Hvis alle dødsfald med en positiv toksikologisk undersøgelse f.eks. samles i én gruppe, vil den omfatte tilfælde, hvor stoffer har spillet en direkte rolle, en indirekte rolle og slet ingen rolle.

Et andet vigtigt spørgsmål er de stoffer, der tages i betragtning, og som kan være begrænset til ulovlige stoffer eller udvidet til at omfatte andre psykoaktive stoffer og lægemidler. I sidstnævnte tilfælde kan det være vanskeligt at skelne mellem dødsfald, der primært kan tilskrives faktorer i tilknytning til mental sundhed (f.eks. selvmord i forbindelse med depression), fra dem, der kan tilskrives stofbrug. Desuden er mange narkotikaforårsagede dødsfald reelt fremkaldt af mange stoffer, og det kan være vanskeligt at forstå de forskellige stoffers respektive rolle.

Som begreb omfatter narkotikarelateret dødelighed to brede komponenter. Den første og bedst dokumenterede er de dødsfald, der er direkte forårsaget af et eller flere stoffers virkning. Disse dødsfald kaldes typisk »overdoser«, »forgiftninger« eller »narkotikaforårsagede dødsfald«. Den anden komponent er bredere og omfatter dødsfald, der ikke direkte kan tilskrives stoffernes farmakologiske virkning, men ikke desto mindre hænger sammen med brugen af dem: langtidsfølger af infektionssygdomme, samspil med spørgsmål i tilknytning til mental sundhed (f.eks. selvmord) eller med andre forhold (f.eks. trafikulykker). Der er også dødsfald, som har tilknytning til stoffer, men som kan tilskrives indirekte årsager (f.eks. vold i tilknytning til narkotikahandel).

EONN's nuværende metode til indberetning af den samlede narkotikarelaterede dødelighed er baseret på skøn over dødeligheden i kohorter af problematiske stofbrugere. Der undersøges dog andre metoder, hvor data fra forskellige kilder kan kombineres, så den samlede dødelighed, der kan tilskrives stoffer i et samfund, kan anslå (se »Samlet narkotikarelateret dødelighed«, s. 87).

Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed

Stofbrug er en af de vigtigste årsager til sundhedsproblemer og død blandt unge i Europa. Den betydelige dødelighed, der især skyldes opioidbrug, illustreres af en international undersøgelse støttet af EONN, hvoraf det fremgår, at 10-23 % af dødeligheden blandt de 15-49-årige i syv europæiske byområder kunne tilskrives opioidbrug (Bargagli et al., 2005).

EONN's nøgleindikator »Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere« overvåger primært dødsfald, der direkte forårsages af stofbrug (narkotikaforårsagede dødsfald) og i mere begrænset omfang, den samlede dødelighed blandt stofbrugere, der også omfatter dødsfald i forbindelse med forskellige andre sundhedsmæssige og sociale problemer.

Narkotikaforårsagede dødsfald

Ifølge EONN's definition forstås begrebet narkotikaforårsagede dødsfald ⁽¹³⁶⁾ som dødsfald, der er direkte forårsaget (forgiftninger eller overdoser) af brugen af et eller flere stoffer, hvor i det mindste ét af de tilstedeværende stoffer er et ulovligt stof. Antallet af stofbrugere, deres brugsmønstre (injektion, blandingsbrug) og adgangen til behandling og nødhjælpstjenester er alle faktorer, der kan påvirke det samlede antal af sådanne dødsfald i et samfund. Generelt opstår narkotikaforårsagede dødsfald kort efter indtagelsen af stoffet/stofferne.

Forbedringerne af de europæiske datas kvalitet og pålidelighed i de seneste år har gjort det muligt at få bedre beskrivelser af samlede og nationale tendenser, og de fleste lande har nu indført en definition i overensstemmelse med EONN's ⁽¹³⁷⁾. Alligevel betyder forskelle i indberetningskvaliteten landene imellem, at alle direkte sammenligninger bør foretages med forsigtighed.

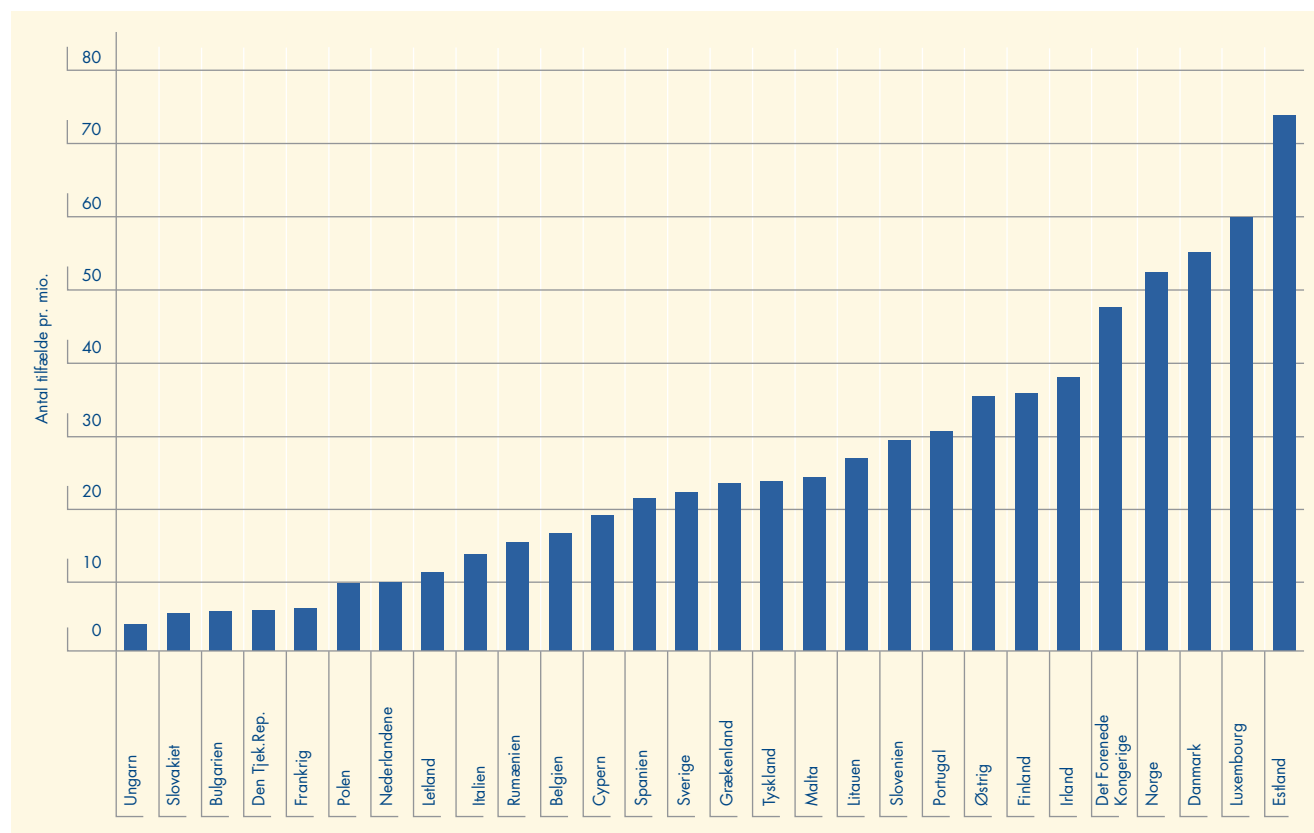
I løbet af perioden 1990-2005 indberettede EU-medlemsstaterne hvert år mellem 6 500 og 8 500 narkotikaforårsagede dødsfald, dvs. i alt ca. 130 000 dødsfald. Disse tal skal betragtes som et minimumsskøn ⁽¹³⁸⁾.

Befolkningsdødeligheden som følge af narkotikaforårsagede dødsfald varierer meget mellem landene fra 3-5 til over 70 dødsfald pr. 1 million indbyggere i alderen 15-64 år (gennemsnitligt 21 dødsfald pr. 1 million). Tal på over 20 dødsfald pr. 1 million findes i 16 europæiske lande og over 40 pr. 1 million

⁽¹³⁶⁾ Udtrykket »narkotikaforårsagede dødsfald« er nu indført, da det mere nøjagtigt afspejler den anvendte definition.

⁽¹³⁷⁾ Se detaljerede metodiske oplysninger om narkotikarelaterede dødsfald i Statistical bulletin 2008.

⁽¹³⁸⁾ Se tabel DRD-2 part (i) i Statistical bulletin 2008.

Figur 11: Dødelighed blandt alle voksne (15-64 år) som følge af narkotikarelaterede dødsfald

NB: Med hensyn til Den Tjekkiske Republik blev EONN's Udvalg D-definition anvendt i stedet for den nationale definition. Med hensyn til Det Forenede Kongerige blev narkotikastrategideinitionen anvendt. For Rumæniens vedkommende henviser dataene kun til Bukarest og administrative områder, der henhører under kompetenceområdet for det toksikologiske laboratorium i Bukarest. Beregningerne af dødeligheden i befolkningen er baseret på nationale befolkninger for 2005 som indberettet af Eurostat. Sammenligninger af befolkningssatser bør foretages med forsigtighed, da der er nogle forskelle i definitionerne af tilfælde og kvaliteten af indberetningerne. Se figur DRD-7 part (i) i Statistical bulletin 2008 for konfidensintervaller og yderligere oplysninger om dataene.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2007, der stammer fra nationale registre over dødelighed eller særlige registre (retsmedicinske eller politi) og Eurostat.

i fem lande. Blandt mænd i alderen 15-39 år er den gennemsnitlige dødelighed i de fleste lande dobbelt så høj (i gennemsnit 44 dødsfald pr. 1 million i Europa). I 2005-2006 tegnede narkotikaforårsagede dødsfald sig for 3,5 % af alle dødsfald blandt europæere i alderen 15-39 år og for over 7 % i otte lande ⁽¹³⁹⁾ (figur 11).

Der er stadig kun begrænset forskning i sygelighed og andre følger af ikke-dødelige overdoser og begrænset investering i forebyggelsesforanstaltninger til trods for, at det er dokumenteret, at antallene kan være betydelige. Det anslås i undersøgelser, at der kan være mellem 20 og 25 ikke-dødelige tilfælde af overdosis for hvert dødeligt. Selv om det er vanskeligt at vide, om disse skøn kan anvendes på EU som helhed, ville det give et skøn på ca. 120 000 til 175 000 ikke-dødelige tilfælde af overdosis om året.

Dødsfald i forbindelse med opioider

Heroin

Opioidoverdosis er en af de væsentligste dødsårsager blandt unge i Europa, navnlig blandt mænd i byområder ⁽¹⁴⁰⁾. Opioider, hovedsageligt heroin eller metabolitter heraf, er til stede i de fleste tilfælde af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes i EU, og tegner sig for 55 til næsten 100 % af alle tilfældene, idet halvdelen af landene indberetter andele på over 80 % ⁽¹⁴¹⁾. I de toksikologiske rapporter om dødsfald, der tilskrives heroin, findes der ofte andre stoffer, som kan have spillet en rolle. De hyppigst indberettede stoffer er alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og, i nogle lande, kokain. EONN konstaterede for nylig i forbindelse med et arbejde, som ni lande deltog i, at der blev nævnt mere end ét stof i de toksikologiske resultater af 60-90 % af de opioidforårsagede dødsfald.

⁽¹³⁹⁾ Se tabel DRD-5 og figur DRD-7 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Da de fleste tilfælde, der indberettes til EONN, er opioidoverdoser, bruges de generelle træk ved narkotikaforårsagede dødsfald til at beskrive opioidtilfældene.

⁽¹⁴¹⁾ Se figur DRD-1 i Statistical bulletin 2008.

Dødsfald i tilknytning til substitutionsbehandling

Forskning har vist, at risikoen for en overdosis falder betydeligt, når heroinbrugere er i metadonsubstitutionsbehandling. F.eks. fremgik det af en nyere kohorteundersøgelse, der omfattede over 5 000 heroinbrugere, at risikoen for dødsfald som følge af en overdosis faldt med en faktor 9, mens brugerne var i substitutionsbehandling i forhold til, når de ikke var i substitutionsbehandling, herunder enhver anden form for behandling eller ingen behandling (Brugal et al., 2005).

Metadon nævnes dog i de toksikologiske rapporter i forbindelse med nogle dødsfald. Det tyder dog ikke på, at der i alle tilfælde er en direkte årsagsforbindelse, da andre stoffer eller faktorer kan have indflydelse. Dødsfald som følge af en overdosis kan dog forekomme, og blandt de faktorer, der kan være involveret, kan nævnes: ændringer i tolerance, for stor dosis, klientens utilsigtede brug, og at stoffet anvendes til ikke-behandlingsmæssige formål.

Foranstaltninger til at forhindre, at metadon ender på det illegale marked, er blevet knyttet sammen med fald i antallet af indberettede metadondødsfald i Det Forenede Kongerige (Zador et al., 2006), og generelt kan god praksis i substitutionsbehandlingen være et vigtigt element i nedbringelsen af metadonrelaterede dødsfald. Både patientsundheden og sundheden i samfundet generelt vil derfor sandsynligvis blive beskyttet ved at forbedre: kvalitetsstandarder for behandling, herunder ordineringspraksis, klientovervågning i de første faser af behandlingen, overvågning for mulig kardial toksicitet, information om risiciene ved at tage andre lægemidler eller psykoaktive stoffer og udleveringspraksis med henblik på at nedbringe risikoen for ulovlig anvendelse.

Den kraftige stigning i metadonbehandlingen i Europa er ikke blevet ledsaget af en tilsvarende stigning i antallet af metadonrelaterede dødsfald. En undersøgelse gennemført i Det Forenede Kongerige viste, at den samlede mængde peroral metadon, der blev ordineret, steg med en faktor 3,6 mellem 1993 og 2004, mens antallet af dødsfald, der involverede metadon, faldt fra 226 til 194 (Morgan et al., 2006). Dette udgør et fald i antallet af metadonrelaterede dødsfald fra 13 pr. 1 000 patientår i 1993 til 3,1 pr. 1 000 patientår i 2004. Tilsvarende undersøgelser i andre lande ville være meget nyttige, men den foreliggende dokumentation tyder på, at der er større sandsynlighed for, at metadonrelaterede dødsfald hænger sammen med mangler ved ordineringspraksis end med det samlede omfang af substitutionsbehandling.

Dette tyder på, at en betydelig andel af alle narkotikaforårsagede dødsfald måske kan knyttes til blandsbrugsbrug.

De fleste, der dør som følge af en opioidoverdosis (60-95 %), er mænd, for det meste mellem 20 og 40 år, med en gennemsnitsalder i de fleste lande i midten af trediverne (¹⁴²). I mange lande er gennemsnitsalderen for dem, der dør af en overdosis, stigende, hvilket tyder på en mulig stabilisering eller et fald i antallet af unge heroinbrugere. Andre steder (Bulgarien, Estland, Østrig, Rumænien) sker en relativt høj andel af overdosisdødsfaldene imidlertid blandt unge under 25 år, hvilket kan være tegn på, at en yngre gruppe bruger heroin eller injicerer stoffer i disse lande (¹⁴³).

Metadon og buprenorphin

Forskning viser, at substitutionsbehandling mindsker risikoen for en dødelig overdosis. Hvert år indberettes der imidlertid om en række dødsfald i forbindelse med opioidsstitutionsmedicin, for det meste på grund af forkert brug eller, i et lille antal tilfælde, problemer, der opstår under behandlingen (¹⁴⁴).

Flere lande melder om tilstedeværelse af metadon i en anseelig andel af de narkotikaforårsagede dødsfald, selv om stoffets rolle ofte er uklar på grund af manglende fælles indberetningsstandarder. Lande, der indberetter et ikke-ubetydeligt antal dødsfald med tilstedeværelse af metadon omfatter Danmark, Det Forenede Kongerige, Norge og Tyskland; andre lande indberetter ingen eller kun et begrænset antal tilfælde (¹⁴⁵). I USA er der meldt om en markant stigning i antallet af dødsfald i forbindelse med metadon siden 1999. De fleste af disse dødsfald kan tilskrives forkert brug af ulovligt anvendt metadon fra hospitaler, apoteker, praktiserende læger og smertebehandlende læger, mens kun et begrænset antal tilskrives metadon fra substitutionsprogrammer (¹⁴⁶).

Der ser ikke ud til at ske hyppige dødsfald som følge af buprenorphinforgiftning, selv om dette stof bruges i stigende grad i substitutionsbehandlingen i mange europæiske lande. I Frankrig er der indberettet meget få dødsfald, selv om antallet af stofbrugere, der får buprenorphinbehandling er betydeligt (76 000-90 000). I Finland er buprenorphin derimod til stede i de fleste narkotikaforårsagede dødsfald, normalt kombineret med beroligende midler eller alkohol eller injiceret (¹⁴⁷).

⁽¹⁴²⁾ Se tabel DRD-1 part (i) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁴³⁾ Se figur DRD-2, DRD-3 og DRD-4 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Se Dødsfald i tilknytning til substitutionsbehandling.

⁽¹⁴⁵⁾ Se tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Document 2007-Q0317-001.

⁽¹⁴⁷⁾ Se tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2008 og årsberetningen for 2007 for yderligere oplysninger.

Fentanyl

Der er for nylig indberettet en bekymrende epidemi af dødelige 3-methylfentanyl-forgiftninger i Estland i henhold til resultaterne af obduktioner og toksikologiske undersøgelser i forbindelse med 46 dødelige forgiftninger i 2005 og 71 i 2006 (Ojanperä et al., i trykken). Endvidere viser de foreløbige resultater fra Estland, at 85 dødsfald i 2004 var knyttet til samme stof. Der har også været sporadiske meldinger om fentanyl-dødsfald fra andre europæiske lande, og for nylig er der rapporteret om generelt kortvarige epidemier af dødsfald i USA; f.eks. blev 350 dødsfald i Chicago tilskrevet fentanyl mellem 2005 og 2007 (Denton et al., 2008). Dette stofs høje styrke kan øge risikoen for overdosis, samtidig med at det måske overses i en toksikologisk screening. En øget ulovlig produktion og brug af fentanyl kan derfor sandsynligvis udfordre både eksisterende overvågningssystemer og sundhedsmyndighedernes foranstaltninger.

Dødsfald i forbindelse med andre stoffer ⁽¹⁴⁸⁾

Kokainforårsagede dødsfald er mere vanskelige at definere og afdække end dødsfald i forbindelse med opioider (se det udvalgte tema om kokain 2007). Dødsfald, der er direkte forårsaget af en farmakologisk overdosis, ser ud til at være sjældne, og de hænger sædvanligvis sammen med meget store doser kokain. Ellers ser de fleste kokain-dødsfald ud til at være resultatet af kronisk forgiftning med stoffet, der fører til hjerte-kar-problemer og neurologiske komplikationer. Det er måske ikke altid muligt at afdække, hvilken rolle kokain spiller i disse dødsfald, og de indberettes måske ikke som kokainrelaterede. Fortolkningen af oplysningerne om dødsfald, der kan tilskrives kokain, kompliceres yderligere af, at der i mange tilfælde er andre stoffer til stede, hvilket gør det vanskeligt at finde årsagssammenhængen.

I 2006 blev der indberettet over 450 dødsfald i 14 medlemsstater, men der sker sandsynligvis en underrapportering af antallet af kokainforårsagede dødsfald i EU.

Der indberettes fortsat sjældent dødsfald, hvor ecstasy er involveret. De fleste dødsfald, der »involverer ecstasy«, indberettes i Det Forenede Kongerige, men i mange tilfælde er stoffet ikke blevet identificeret som den direkte dødsårsag.

Selv om det også er sjældent, at der indberettes amfetamin-dødsfald i Europa, blev et betydeligt antal

narkotikaforårsagede dødsfald i Den Tjekkiske Republik tilskrevet pervitin (metamfetamin). I Finland blev der indberettet 64 dødsfald, hvor amfetaminer blev toksikologisk identificeret, selv om det ikke nødvendigvis betyder, at stoffet var den direkte dødsårsag.

Tendenser i narkotikaforårsagede dødsfald

Antallet af narkotikaforårsagede dødsfald steg stejlt i Europa i løbet af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, muligvis sideløbende med stigningen i heroinbrug og intravenøs stofbrug, og forblev herefter på et højt niveau ⁽¹⁴⁹⁾. Data fra lande med lange tidsrækker viser imidlertid differentierede tendenser: I nogle (f.eks. Frankrig, Italien, Spanien, Tyskland) toppede antallet af dødsfald i begyndelsen til midten af 1990'erne med et senere fald; i andre lande (f.eks. Finland, Grækenland, Irland, Norge, Portugal, Sverige) toppede antallet af dødsfald omkring år 2000, før det faldt; og i atter andre (f.eks. Danmark, Det Forenede Kongerige, Nederlandene, Østrig) blev der observeret en stigende tendens, men uden noget klart højdepunkt ⁽¹⁵⁰⁾.

Tendenserne i narkotikaforårsagede dødsfald i perioden 2001 til 2005-2006 er mere vanskelige at beskrive. I de første år af tiåret (2000-2003) meldte mange EU-lande om fald, og samlet faldt antallet af narkotikaforårsagede dødsfald med 3 % i 2001, 14 % i 2002 og 7 % i 2003 ⁽¹⁵¹⁾. I 2004 og 2005 meldte de fleste europæiske lande imidlertid om mindre stigninger. Dette kan skyldes en række faktorer, bl.a.: stigninger i blandingsbrug, en mulig vækst i tilgængeligheden af heroin eller en aldrende gruppe af kroniske stofbrugere ⁽¹⁵²⁾.

Da der mangler data fra nogle af de større lande, er det samlede skøn over antallet af narkotikaforårsagede dødsfald for 2006 foreløbige. De foreliggende data fra 18 lande tyder imidlertid på et lille fald sammenlignet med 2005.

Der er sket et moderat samlet fald i Europa i antallet af narkotikaforårsagede dødsfald hos personer under 25 år, mens der i de medlemsstater, der tilsluttede sig EU efter 2004, indtil for nylig har været en stigning i antallet af dødsfald i denne aldersgruppe ⁽¹⁵³⁾. Der er dog i de seneste år observeret en stigning i andelen af yngre tilfælde i Grækenland, Luxembourg og Østrig og, i mindre grad, i Bulgarien, Letland og Nederlandene ⁽¹⁵⁴⁾.

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur DRD-8 i Statistical bulletin 2008. Af historiske årsager vedrører denne tendens EU-15 og Norge.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur DRD-11 i Statistical bulletin 2008.

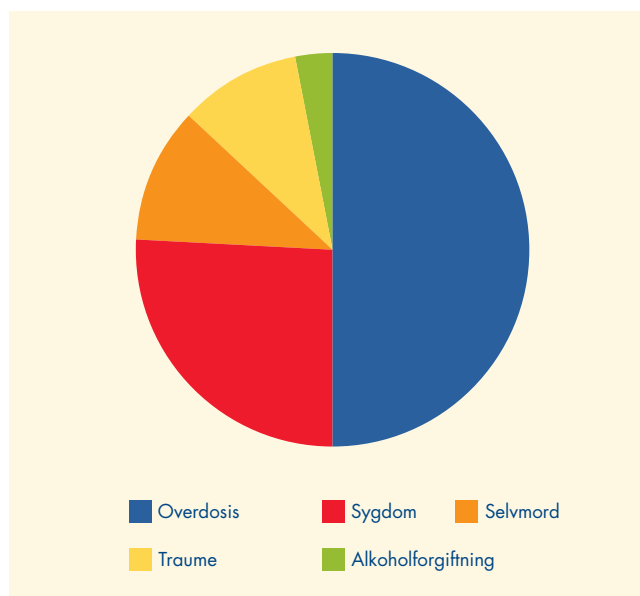
⁽¹⁵¹⁾ De her anførte tal adskiller sig fra dem, der har været indberettet de foregående år på grund af ændringer i definition eller dækning i Danmark, Det Forenede Kongerige, Frankrig og Spanien samt opdateringer i flere lande.

⁽¹⁵²⁾ Se Opioidindikatorerne falder ikke længere s. 72, og tabel DRD-2 part (i) og figur DRD-12 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁵³⁾ Se figur DRD-13 part (i) i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Se figur DRD-9 i Statistical bulletin 2008.

Figur 12: Kendte årsager til dødsfald blandt en kohorte af stofbrugere i Norge



NB: Dataene stammer fra en undersøgelse baseret på en stikprøve bestående af 501 stofbrugere, der blev indlagt til behandling for stofmisbrug i perioden 1981-1991. I alt 189 dødsfald blev registreret frem til 2003, hvoraf dødsårsagen ikke kunne påvises i 14 tilfælde.

Kilde: Ødegard, E., Amundsen, E.J. og Kielland, K.B. (2007), »Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach«, *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176-82.

Denne observation kræver yderligere undersøgelser, da det kunne tyde på, at antallet af unge opioidbrugere i disse lande stiger.

Samlet narkotikarelateret dødelighed

I en nyere undersøgelse blandt opioidbrugere i behandling udvalgt fra otte forskellige steder (syv byer og et land) i Europa blev det konstateret, at de havde en meget høj dødelighed sammenholdt med andre i samme alder (se EONN, 2006). Andre kohorteundersøgelser har fundet en mellem 6 og 54 gange højere dødelighed blandt narkotikabrugere end i den almindelige befolkning. Disse forskelle skyldes navnlig overdosis, selv om også andre faktorer er vigtige, og i nogle lande spiller aids-dødsfald en betydelig rolle. Darke et al. (2007) formulerer fire brede kategorier af dødsfald hos stofbrugere: overdoser (herunder alkoholforgiftning), sygdom, selvmord og traume. Blandt sygdomme kan forhold i forbindelse med blodbårne virusser (hiv, HCV og HBV, se ovenfor), neoplasmer, leversygdomme og kredsløbs- og åndedrætssygdomme tilskrives narkotikabrug. Traumer indebærer for det meste ulykker, drab og anden vold.

En nyere norsk undersøgelse af en kohorte af narkotikabrugere, der kom i behandling, viste, at overdoser tegnede sig for halvdelen af alle 189 registrerede dødsfald, hvor årsagerne var kendt. Sygdomme, hovedsageligt aids og leversygdomme, tegnede sig for næsten en fjerdedel, mens selvmord og traume hver især tegnede sig for omkring en tiendedel og alkoholforgiftning for ca. 2 % (figur 12). Det skal bemærkes, at andelen af aids-dødsfald kan være betydeligt højere i nogle lande med en høj hiv-prævalens blandt stofbrugere.

Kohorteundersøgelser er et værdifuldt værktøj til at anslå og forstå den samlede dødelighed i forbindelse med narkotikabrug, men andre metoder kan bidrage til at forstå problemet og give en oversigt på nationalt plan. EONN er i øjeblikket i tæt samarbejde med medlemsstaterne i gang med at udforske flere nye metoder på dette område med det formål at gennemføre dem på EU-plan. I en af disse metoder ekstrapoleres dødeligheden fra kohorteundersøgelser til lokale (Bargagli et al., 2005) eller nationale skøn over problematiske stofbrugere (Cruts et al., 2008).

I en anden metode anvendes brøkdeler, der kan tilskrives narkotika, afledt af forskellige undersøgelser på de dødsårsager, der hyppigst kan sættes i forbindelse med narkotikabrug (f.eks. aids, ulykker, selvmord og forgiftning), og som registreres i de generelle registre og befolkningsdødelighed.

Dødsfald, der er indirekte relateret til stofbrug

Aids-dødsfald, der kan tilskrives intravenøs stofbrug, er en anden vigtig dødsårsag. På grundlag af data fra Eurostat og EuroHIV (rapport for 2005, 2006) kan det anslås, at over 2 600 mennesker i 2003 døde af aids, som kan tilskrives stofbrug⁽¹⁵⁵⁾. De fleste af disse dødsfald blev indberettet i nogle få lande, idet over 90 % af dem fandt sted i Frankrig, Italien, Portugal og Spanien. Aids-dødeligheden toppede i midten af 1990'erne og er faldet betydeligt efter indførelsen og den øgede dækning af HAART.

Med undtagelse af Italien, Spanien og, især, Portugal er befolkningsdødeligheden på grund af aids som følge af intravenøs stofbrug lav. Og i mange lande er overdosisdødeligheden betydeligt højere end aids-relateret dødelighed blandt stofbrugere⁽¹⁵⁶⁾. Det er i øjeblikket mere vanskeligt at vurdere antallet af dødsfald af andre årsager (f.eks. følger af andre infektionssygdomme, vold, ulykker), og der er behov for at forbedre dataindsamling og skøn på dette område (se foregående afsnit).

⁽¹⁵⁵⁾ År 2003 blev taget som det seneste år, hvor der gennem Eurostat foreligger information om dødsårsager fra næsten alle medlemsstater. For nærmere oplysninger om kilder, antal og beregningsmetoder se tabel DRD-5 i Statistical bulletin 2008.

⁽¹⁵⁶⁾ Se figur DRD-7 part (ii) i Statistical bulletin 2008.

Selv mord ser ud til at være en hyppig dødsårsag blandt stofbrugere. En litteraturgennemgang (Darke og Ross, 2002) viste, at selvmordsraten blandt heroinbrugere var 14 gange højere end i den almindelige befolkning.

Nedbringelse af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

Det er et mål for de fleste nationale narkotikastrategier at nedbringe antallet af narkotikarelaterede dødsfald, men kun få lande har vedtaget handlingsplaner eller sørget for systematisk vejledning om de foranstaltninger, der skal træffes. Dog udstedte sundhedsministeriet i Det Forenede Kongerige i 2007 nye retningslinjer for klinisk håndtering af narkotikamisbrug og -afhængighed og fastsatte specifikke aktioner for forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald.

Det blev vist i en langsigtet prospektiv undersøgelse i Italien (Davoli et al., 2007), i hvor høj grad behandling, herunder substitution, sammen med psykosocial støtte og psykoterapi, kan bidrage til at nedbringe dødeligheden blandt narkotikabrugere. Undersøgelsen blev foretaget i en kohorte på 10 454 heroinbrugere, der kom i offentlige behandlingstjenester fra 1998-2001, og vurderede fastholdelse i behandling og dødelighed som følge af overdosis. Dødsrisikoen i kohorten blev gennemsnitligt øget med en faktor på 10 sammenholdt med den almindelige befolkning. Blandt stofbrugere, der var i behandling, var dødsrisikoen fire gange højere end for den almindelige befolkning, mens de, der havde stoppet behandlingen, havde en 20 gange højere sandsynlighed for at dø.

Måltrettet formidling af information om risici for overdosis og håndteringen heraf via foldere, brochurer og plakater er almindelig i de fleste lande. Endvidere rapporterer halvdelen af alle medlemsstater nu også om uddannelsesworkshopper for at øge viden og færdigheder vedrørende overdosishåndtering. Denne uddannelse kan rettes mod stofbrugere, familiemedlemmer og personale og omfatter typisk information om specifikke risici, herunder nedsat tolerance efter afholdenhedsperioder, virkningerne af blandingsbrug, især samtidig alkoholbrug, og brug af stoffer, når ingen andre er til stede samt færdigheder i førstehjælp. I Italien kombinerer man uddannelse i overdosishåndtering med udlevering af naloxon til hjemmebrug, og den kombination bruges i halvdelen af de afdelinger, der behandler afhængighed under de offentlige sundhedsmyndigheders koordination.

Proaktiv overvågning af stofbrugeres psykosociale trivsel, også stofbrugere i substitutionsbehandling, kan være værdifuld, da narkotikaoverdoser i mange tilfælde udløses af tidligere sundhedsmæssige eller sociale begivenheder, og antallet af tilfælde af bevidst overdosis kan være høj (Oliver et al., 2007).

Endnu en udfordring i mange lande er, at social- og sundhedsmyndighederne har at gøre med en aldrende gruppe af langvarige stofbrugere, der kan være mere sårbare, både over for en narkotikaoverdosis og en række negative sundhedsmæssige følger. Navnlig kan intravenøse stofbrugere i høj grad lide af somatiske sygdomme, især kroniske leverinfektioner, der yderligere kan øge deres sårbarhed.

Høj risiko for narkotikaforårsagede dødsfald efter afslutning af fængselsstraffe eller behandling

Risikoen for narkotikaforårsagede dødsfald i perioden umiddelbart efter løsladelse fra fængslet eller ved tilbagefald efter behandling er betydeligt højere, hvilket fremgår af undersøgelser gennemført i Europa og andre steder.

I en nyere undersøgelse udført i Det Forenede Kongerige (England og Wales) sammenlignede man journalerne for næsten 49 000 løsladte fanger i perioden 1998-2000 med alle dødsfald registreret frem til november 2003 (Farrell og Marsden, 2008). Af de 442 dødsfald, der optrådte i forsøgsgruppen i denne periode var størstedelen (59 %) narkotikarelaterede. I året efter løsladelsen var den narkotikaforårsagede dødelighed 5,2 pr. 1 000 mænd og 5,9 pr. 1 000 kvinder. I perioden umiddelbart efter løsladelsen var de forventede tal over 10 gange højere for kvinders vedkommende og over otte gange højere for mænds vedkommende. Alle dødsfaldene blandt kvinder og 95 % af dødsfaldene blandt mænd, der indtrådte i de første fjorten dage uden for fængslet, var narkotikarelaterede og kunne tilskrives

en overdosis eller mere generelt stofbrugslidelser. Det fremgik af de retsmedicinske journaler, at opioider var indblandet i 95 % af de narkotikaforårsagede dødsfald, benzodiazepiner i 20 %, kokain i 14 % og tricykliske antidepressiver i 10 % af tilfældene.

VEdeTTE-undersøgelsen i Italien (Davoli et al., 2007) konstaterede en dødelighed som følge af en overdosis på 1 ud af 1 000 heroinbrugere i behandling og 23 pr. 1 000 i den første måned efter behandling svarende til en risiko for dødsfald som følge af en overdosis, der er 27 gange højere i den første måned efter behandling efter justering for mulige uafklarede sammenhænge (confounders).

Til trods for den påviste forbindelse mellem narkotikaforårsagede dødsfald og løsladelse fra fængslet eller afslutning af behandling investerer kun få lande systematisk i at oplyse fængselsindsatte eller personer i behandling om risikoen for en overdosis. Videreførelse af behandlingen og rehabiliteringen af stofbrugere, som løslades fra fængslet, er også underudviklet i mange lande. Forbedringer på disse to områder kunne være en værdifuld mulighed for at forebygge narkotikarelaterede dødsfald.

Kapitel 8

Nye stoffer og nye tendenser

Indledning

Brugen af nye psykoaktive stoffer kan have betydelige folkesundhedsmæssige og politiske konsekvenser, men det er en stor udfordring at overvåge nye tendenser. Det er vanskeligt at opspore nye stofbrugsmønstre, fordi de typisk først dukker op på lave niveauer og på bestemte steder eller blandt begrænsede undergrupper af befolkningen. Få lande har overvågningssystemer, der er følsomme nok til at opfange den slags adfærd, og de metodiske vanskeligheder ved overvågning af den type stofbrug er betydelige. Alligevel er der udbredt anerkendelse af betydningen af at afdække potentielle nye trusler, og som direkte reaktion herpå har EU gennem Rådets afgørelse om nye psykoaktive stoffer udviklet et system for tidlig varsling med en mekanisme for hurtig reaktion på fremkomsten af nye psykoaktive stoffer på den europæiske narkotikascene. Aktiviteter til støtte for systemet for tidlig varsling er en vigtig del af EONN's arbejde og stemmer overens med et videre perspektiv om at bruge en bred vifte af datakilder til at forbedre det europæiske narkotikaovervågningssystems aktualitet og følsomhed.

EU's indsats mod nye psykoaktive stoffer

I henhold til Rådets afgørelse om nye psykoaktive stoffer⁽¹⁵⁷⁾ etableres der en mekanisme for hurtig udveksling af oplysninger om nye psykoaktive stoffer, der kan udgøre sundhedsmæssige og sociale trusler. Afgørelsen indeholder endvidere bestemmelser om en vurdering af risiciene ved disse nye psykoaktive stoffer, der gør det muligt at anvende de kontrolforanstaltninger, der også i medlemsstaterne anvendes på nye psykoaktive stoffer, i forbindelse med narkotiske og psykotrope stoffer. I maj 2007 foretog EONN's videnskabelige udvalg en risikovurdering af et nyt psykoaktivt stof BZP (1-benzylpiperazin) og forelagde en rapport for Rådet og Europa-Kommissionen⁽¹⁵⁸⁾. Konklusionen på risikovurderingen var, at der var behov for at kontrollere BZP på grund af stoffets stimulerende

egenskaber, sundhedsrisici og manglende helbredende virkning, men kontrolforanstaltningerne skulle stå i forhold til den forholdsvis lave risiko ved stoffet.

I marts 2008 vedtog Rådet en afgørelse om definition af BZP som et nyt psykoaktivt stof, der skal underlægges kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger. Medlemsstaterne har et år til at træffe de nødvendige foranstaltninger til i overensstemmelse med deres nationale lovgivning at underlægge BZP kontrolforanstaltninger, der står i forhold til risikoen ved stoffet, og sådanne strafferetlige foranstaltninger som kræves i denne lovgivning, hvorved de opfylder deres forpligtelser i henhold til FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer.

II marts 2007 rapporterede EONN og Europol til Kommissionen om aktiv overvågning af 1-(3-chlorophenyl)piperazin (mCPP)⁽¹⁵⁹⁾. Denne rapport blev kun udarbejdet til orientering, og konklusionen var, at »mCPP sandsynligvis ikke ville blive etableret som et selvstændigt stof til rekreativ brug« på grund af dets uklare psykoaktive egenskaber og visse negative virkninger. Eftersom det ser ud til, at mCPP ikke har nogen særlig tiltrækningskraft på brugerne, er det sandsynligt, at markedet herfor i EU drives af udbuds- snarere end af efterspørgselspres.

I løbet af 2007 blev i alt 15 nye psykoaktive stoffer anmeldt for første gang gennem systemet for tidlig varsling til EONN og Europol. Gruppen af nyanmeldte stoffer er mangfoldig og omfatter ud over nye syntetiske stoffer lægemidler og naturligt forekommende stoffer. Ni af de nyanmeldte forbindelser var syntetiske stoffer i lighed med dem, der er anført på liste I og II i FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer. De omfattede stoffer fra kendte kemiske grupper såsom phenethylaminer, tryptaminer og piperaziner samt stoffer med en mindre almindelig kemisk sammensætning. Gruppen er ligeledes inddelt i stoffer, der har udtalte hallucinogene virkninger og dem, der fortrinsvis har stimulerende egenskaber.

I 2007 blev tre naturligt forekommende stoffer for første gang anmeldt gennem informationsudvekslingsmekanismen, bl.a. *Salvia divinorum*, der er en plante med stærke psykoaktive egenskaber⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Rådets afgørelse 2005/387/RIA af 10.5.2005 om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer (EUT L 127 af 20.5.2005, s.32).

⁽¹⁵⁸⁾ https://ednd-cma.emcdda.europa.eu/assets/upload/risk_assessment_report_bzp.pdf

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

⁽¹⁶⁰⁾ Se »Nye stoffer under kontrol« på denne side.

Nye stoffer under kontrol

Siden januar 2006 har 12 lande indberettet tillæg eller ændringer til deres lister over kontrollerede stoffer. mCPP (1-(3-chlorphenyl)piperazin) er blevet tilføjet listen over kontrollerede stoffer i seks lande (Belgien, Tyskland, Litauen, Ungarn, Malta, Slovakiet), og BZP (1-benzylpiperazin) er blevet tilføjet i fire lande (Estland, Italien, Litauen, Malta). Af disse stoffer har EONN og Europol aktivt overvåget mCPP, og BZP har været underlagt en risikovurdering i 2007. Andre stoffer, der er blevet bragt under kontrol i perioden, omfatter hallucinogenerne DOC (4-chlor-2,5-dimethoxyamphetamin), DOI (4-iodo-2,5-dimethoxyamphetamin) og Bromo-Dragonfly (bromo-benzodifuranyl-isopropylamin) i Danmark og Sverige og ketamin i Estland.

Forskellige planter med psykoaktive egenskaber kontrolleres ligeledes. Med henblik herpå har Belgien ændret sin lovgivning om psykotrofe stoffer, så den omfatter denne nye kategori, der oplister planter eller dele af planter under kontrol, og ikke som tidligere blot deres psykoaktive ingredienser. Blandt de planter, der er opført på listen er kat (*Catha edulis*) og *Salvia divinorum*. Kat er nu kontrolleret i 11 lande i Europa (en risikovurdering gennemført i Det Forenede Kongerige i 2005 anbefalede, at det ikke blev kontrolleret). I 2006 tilføjede Sverige salvinorin-A, det vigtigste aktive stof i *Salvia divinorum*, til sin liste. Planten blev ligeledes underlagt kontrol i Tyskland i 2008. I samme periode er *Tabernanthe iboga* blevet tilføjet listen over kontrollerede stoffer i Frankrig, efter at den aktive ingrediens, ibogain, var blevet underlagt juridisk kontrol i Belgien, Danmark og Sverige. Endelig har både Irland og Nederlandene som en reaktion på dødsfald i tilknytning til hallucinogene svampe taget skridt til at lukke tidligere huller, der tillod salg og besiddelse af friske svampe indeholdende psilocin. I Irland trådte loven i kraft i januar 2006, mens den i Nederlandene i skrivende stund befinder sig i den parlamentariske proces.

For yderligere oplysninger findes en liste over kontrollerede stoffer i EU og Norge i «Substances and classifications table» i European Legal Database on Drugs (<http://eldd.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internettet — en markedsplads for psykoaktive stoffer

Internettet giver et vindue til stofbrugernes verden gennem onlinefora og chat rooms samt websteder med onlinebutikker, der sælger psykoaktive alternativer til kontrollerede stoffer. De foreliggende informationer kan give indsigt i de forskellige aspekter af en online-markedsplads for narkotika, f.eks. om onlinebutikkers arbejdsmetoder, om den måde, hvorpå de opfylder brugernes ønsker og om nye tendenser blandt unge. For at afdække den aktuelle udvikling i online-narkotikamarkedet gennemførte EONN en snapshot-undersøgelse

af 25 onlinebutikker i begyndelsen af 2008. Resultaterne af denne undersøgelse præsenteres her.

Onlinebutikker

Der meldes om et stigende antal onlinebutikker, der sælger psykoaktive alternativer til kontrollerede stoffer som lsd, ecstasy, cannabis og opioider. Selv om de stoffer, der udbydes til salg af onlinebutikker, ofte omtales som »legal highs« eller »herbal highs« er disse stoffer i nogle europæiske lande dækket af de samme love som kontrollerede stoffer og kan give de samme straffe.

I EU er de fleste onlinebutikker, der blev afdækket i snapshot-undersøgelsen, beliggende i Det Forenede Kongerige og Nederlandene og, i mindre grad, i Tyskland og Østrig. Onlinebutikker specialiserer sig ofte i bestemte typer narkotikarelaterede produkter, f.eks. sælger nogle hovedsageligt narkotikarelateret udstyr, nogle specialiserer sig i hallucinogene svampe eller »partypiller«, mens andre markedsfører en bred vifte af plantestoffer samt halv- og helsyntetiske stoffer.

Onlinebutikker med base i Europa reklamerer for over 200 psykoaktive produkter. De »legal highs«, man oftest støder på, er *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), indisk elefantsnerle (*Argyreia nervosa*), hallucinogene svampe (EONN, 2006) og en række forskellige »partypiller«.

De stoffer, der udbydes til salg, hævdes at have de samme virkninger som kontrollerede stoffer. Både *Salvia divinorum* og indisk elefantsnerle samt den mindre hyppigt tilbudte blå tragsnerle (*Ipomoea violacea*) beskrives som

Metodologi for internetundersøgelser

For at opnå et øjebliksbillede blev der i januar 2008 gennemført internetsøgninger ved hjælp af nøgleord på flere sprog i søgemaskinen Google (<http://www.google.com>). Man fandt frem til, at i alt 68 EU-baserede online forretninger solgte forskellige former for »lovligt euforiserende stoffer«. De blev inddelt efter oprindelsesland. EU's landekoder (f.eks. ES, FR, DE) eller andre tegn på, at de var baseret i EU (f.eks. kontaktadresser), blev anvendt til identifikation af oprindelsesland. Over halvdelen af forretningerne (52 %) havde adresse i Det Forenede Kongerige, 37 % i Nederlandene, 6 % i Tyskland, 4 % i Østrig og 1 % i andre lande (f.eks. Irland, Polen). En tilfældig stikprøve bestående af 25 onlinebutikker blev udvalgt til en detaljeret analyse. Procentdelen for hver gruppe (oprindelsesland) var proportional med procentdelen af det samlede antal onlinebutikker, der indgik i stikprøven. Onlinebutikker, der udelukkende solgte til andre forretninger og ikke til private, blev udelukket, og det samme gjorde dem, der kun solgte hallucinogene svampe.

planter, der giver de samme hallucinogene virkninger som lsd. Kratom markedsføres ofte som en erstatning for opioider, der udbydes forskellige tilvirkninger som alternativer til cannabis, og »partypiller« sælges som alternativer til MDMA. De »partypiller«, der udbydes, kan indeholde plantemateriale eller halv- eller helsyntetiske stoffer. Hovedingrediensen i syntetiske »partypiller« er ofte benzylpiperazin (BZP), men onlinebutikkerne ser ud til at have erstatningsstoffer klar, når BZP bliver omfattet af kontrolforanstaltninger i EU-medlemsstaterne. De annoncerede priser på de udbudte stoffer varierer fra 1 til 11 EUR for det, der svarer til en dosis.

GHB og prækursoren GBL: opfølgning

I Europa har gamma-hydroxybutyridsyre (GHB) været under overvågning siden 2000, da en risikovurdering af stoffet blev foretaget i henhold til den fælles aktion vedrørende nye former for syntetisk narkotika (EONN, 2002). GHB blev i marts 2001 tilføjet til liste IV i FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer, hvilket tvang alle EU-medlemsstater til at kontrollere stoffet i henhold til deres lovgivning om psykotrope stoffer, og nye kontroller begrænsede hurtigt det tidligere åbne salg af GHB.

GHB forekommer naturligt i det menneskelige legeme, men bruges også som lægemiddel og som narkotika til rekreativ brug. Ikke-medicinsk indtagelse af GHB opstod som fritidsbrug i nattelivet i visse dele af Europa, USA og Australien i løbet af 1990'erne, nærmere bestemt i natklubber, hvor mange andre stoffer var almindeligt brugt. Der opstod hurtigt bekymringer om sundhedsrisici i forbindelse med brugen heraf. Især opstod der bekymring for mulighederne for i det skjulte at tilsætte GHB i drinks (normalt omtalt som »drink spiking«) for at lette seksuelle overgreb. Imidlertid mangler der retsmedicinsk dokumentation herfor, og det er vanskeligt at fastslå på grund af det snævre tidsvindue til påvisning af GHB i kropsvæsker. Dog kan associeringen af GHB med seksuelle overgreb under anvendelse af narkotika have bidraget til stoffets relativt »negative image« (EONN, 2008c).

GBL

Der er nu ved at opstå bekymring over meldinger om forbrug af gamma-butyrolacton (GBL), som er prækursor til GHB, og som ikke er et stof på listen i nogen af FN's konventioner om narkotikakontrol. GBL omdannes hurtigt til GHB i kroppen, og der er i øjeblikket ingen lettilgængelig toksikologisk test til at fastslå, hvilket af de to stoffer der er indtaget.

GHB kan let fremstilles af GBL og 1,4-butanediol (1,4BD), der bruges almindeligt og lovligt inden for mange brancher i industrien (f.eks. kemikalier, plast, lægemidler), og kan således fås hos kommercielle leverandører. Den lette tilgængelighed af GBL i handlen kan gøre dette stof tilgængeligt for narkotikahandlere og forbrugere til en pris og med en risiko, der er meget lavere, end man normalt møder på de ulovlige narkotikamarkeder i EU. F.eks. varierer gennemsnitsprisen for en 1-grams dosis GBL købt i løs vægt på internettet fra 0,09 til 2 EUR.

Sundhedsrisici

Både GHB og GBL har en stejl dosis-respons-kurve, hvor symptomerne hurtigt sætter ind, hvilket i høj grad øger risiciene i forbindelse med ulovlig brug. Kvalme, opkastning og forskellige grader af bevidsthedssvækkelse er de vigtigste negative virkninger i de fleste indberettede tilfælde af GHB-forgiftning. Imidlertid kan den hyppige tilstedeværelse af andre stoffer gøre de kliniske symptomer mere komplekse. En nederlandsk undersøgelse af 72 GHB-brugere meldte om, at flertallet var besvimmelst mindst én gang, mens de var på GHB, og nogle var besvimmelst ofte (Korf et al., 2002). I en undersøgelse af GHB- og GBL-brugere i Det Forenede Kongerige blev det anført, at negative reaktioner var mere almindelige i klubmiljøer end i private hjem (Sumnall et al., 2008). I London og Barcelona er patientprofilen for GHB-forgiftninger beskrevet som hovedsagelig ung og mand, og de fleste forgiftninger forekommer i weekenden, normalt med samtidigt forbrug af alkohol og ulovlige stoffer (Miro et al., 2002, Wood et al., 2008).

Der er rapporteret om forgiftninger og nødsituationer i forbindelse med GHB i den videnskabelige litteratur og til EONN siden slutningen af 1990'erne, om end ikke systematisk, i Belgien, Danmark, Spanien, Luxembourg, Nederlandene, Finland, Sverige, Det Forenede Kongerige og Norge. Skønt GHB kun er knyttet til en meget lille andel af alle narkotikaforgiftningstilfælde, der kræver bistand fra hospital eller skadestue, ser antallet ud til at være steget siden 2000. I Amsterdam var andelen af anmodninger om akut bistand, der krævede transport til hospital, i 2005 højere for tilfælde i forbindelse med GHB/GBL end i forbindelse med andre stoffer.

I Det Forenede Kongerige registrerede en skadestue ved et sygehus i London — med et dækningsområde, der omfatter lokale klubsteder, som typisk, men ikke udelukkende, modtager homoseksuelle gæster — i alt 158 tilfælde med GHB- og GBL-symptomer i 2006. Selv om de fleste af disse patienter anførte, at de havde indtaget GHB, blev det ved kemisk analyse af prøver indhentet fra natklubber i samme dækningsområde i samme tidsrum konstateret,

at over halvdelen af prøverne indeholdt GBL og ikke GHB. Dette tyder på, at GBL-brug måske er mere almindeligt end hidtil antaget (Wood et al., 2008).

Det er vanskeligt at fastslå GHB/GBL som årsag til forgiftning eller død, da det hurtigt forsvinder fra kroppen. Endvidere mangler der et nøjagtigt og sammenligneligt system til registrering af antallet af dødsfald og ikke-dødelige nødsituationer i forbindelse med brug af GHB og dets prækursorer.

Tiltag

Nogle medlemsstater (Italien, Letland, Sverige) har valgt at kontrollere GBL (eller GBL og den anden prækursor 1,4-BD) i henhold til narkotikakontrollovgivningen eller tilsvarende, og der er drøftelser i gang i Det

Forenede Kongerige om andre mulige kontroller. I overensstemmelse med fællesskabslovgivningen om kontrol med prækursorer er GBL og 1,4-BD omfattet af den liste over ikke-kontrollerede stoffer, som der er frivillige overvågningsforanstaltninger for i alle medlemsstater med henblik på at forebygge, at de spredes fra lovlige industrielle formål til ulovlig brug.

Både nationale narkotikaprojekter og EU-projekter gennemfører ofte foranstaltninger målrettet miljøer i nattelivet til fremme af forebyggelse og skadesreduktion som reaktion på brugen af GHB/GBL. Disse foranstaltninger omfatter normalt uddannelse af klubmedarbejdere og formidling af information om risici ved at bruge GHB og andre stoffer. Disse foranstaltninger finder ofte sted sammen med andre tiltag i forbindelse med »klubstoffer« og brug af kombinationer af alkohol og stoffer (EONN, 2008e).



Referencer

- 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.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), »Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain«, *Addiction* 100, s. 981-9.
- Cameron, L. og Williams, J. (2001), »Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?«, *Economic Record* 77, s. 19-34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs (FN's Narkotikakommission), United Nations: Economic and Social Council (FN's Økonomiske og Sociale Råd), Wien.
- Coggans, N. (2006), »Drug education and prevention: has progress been made?«, *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, s. 417-22.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), »Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation«, *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. og Sorensen, J.L. (2001), »Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment«, *Drug and Alcohol Dependence* 62, s. 91-5.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. og Van Laar, M. (2008), »Estimating the total mortality among problem drug users«, *Substance Use and Misuse* 43, s. 733-47.
- Currie, C., et al. (red.) (2008), »Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey«, WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents Issue 5, WHO Regional Office for Europe, København.
- Daly, M. (2007), »Plant warfare«, *Druglink* 22 (2), marts-april.
- Darke, S. og Ross, J. (2002), »Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods«, *Addiction* 97, s. 1383-94.
- Darke, S., Degenhardt, L. og Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- 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.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), »Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro«, *Revista Española de Salud Pública* 80, s. 505-20.
- DeFuentes-Merillas, L. og De Jong, C.A.J. (2008), »Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie«, NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. og Kalelkar, M.B. (2008), »An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007«, *Journal of Forensic Science* 53, s. 452-4.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. og Matic, S. (2007), »Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002-2004«, *International Journal of Drug Policy* 18, s. 271-8.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), »A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system«, *Drug and Alcohol Dependence* 72, s. 59-65.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm.
- EONN (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2006), *Årsberetning 2006: narkotikasituationen i Europa*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2007a), *Årsberetning 2007: narkotikasituationen i Europa*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2007b), *Narkotika og kriminalitet: en kompleks sammenhæng*, Fokus på narkotika nr. 16, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, Monograph No 8, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

- EONN (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, Insights No 8, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2008c), »*Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*«, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfs>).
- EONN (2008d), *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*: EONN udvalgt tema 2008, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>)
- EONN (2008e), *GHB and its precursor GBL: an emerging trend case study*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EONN (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- Europa-Kommissionen (2007a), »Beretning fra Kommissionen til Europa-Parlamentet og Rådet om gennemførelse af Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug«, KOM[2007] 199 endelig.
- Europa-Kommissionen (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugerbeskyttelse.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haag.
- Europol (2007b), *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 drug users newly released from prison or treatment«, *Addiction* 103, s. 251-5.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. og Wendling, B.W. (2001), »The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse«, *Journal of Health Economics* 20, s. 51-68.
- Gorman, D.M., Conde, E. og Huber, J.C. (2007), »The creation of evidence in »evidence-based« drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation«, *Drug and Alcohol Review* 26, s. 585-93.
- Gossop, M., Manning, V. og Ridge, G. (2006), »Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder«, *Addiction* 101, s. 1292-8.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., og Treacy, S. (2002), »Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)«, *Addictive Behaviors* 27, s. 155-66.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. og Klempova, D. (2008), »Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe«, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 236-42.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. og Anderson, J. (2003), »Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, s. 125-34.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board (FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler), New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, United Nations: International Narcotics Control Board (FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler), New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, fremlagt på den anden europæiske conference om narkotikahandel og retshåndhævelse, Paris, 26.-27. september, 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. og Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (kan ses på: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. og Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toumbourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. og Patton, G.C. (2006), »Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies«, *Addiction* 101, s. 948-58.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. og Davoli, M. (2008), »Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.

- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. og Davoli, M. (2004), »Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. og Sanchez, M. (2002), »Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate«, *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, s. 129-35.
- Morgan, O., Griffiths, C. og Hickman, M. (2006), »Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993-2004«, *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1579-85.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. og LaRowe, S. (2004), »Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues«, *Annals of Clinical Psychiatry* 16, s. 101-9.
- Nationale Reitox-rapporter (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for 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.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikola, A. og Vuori, E. (i trykken), »An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia«, *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), »A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose«, *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- 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.
- Petrie, J., Bunn, F. og Byrne, G. (2007), »Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review«, *Health Education Research* 22, s. 177-91.
- 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.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), »Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention«, *Journal of Psychoactive Drugs* 32, s. 233-8. Nationale Reitox-rapporter (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- Samhsa (2005), *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., Klempova, D. og Wiessing, L. (2008), »Guidelines for estimating the incidence of problem drug use«, Final report CT.06.EPI.150.1.0, EONN, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (i trykken), »Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe«, endelig rapport WP 1 af projekt SANCO/2006/C4/02 om »Narkotikapolitik og skadesreduktion« for Europa-Kommissionen.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. og Carballo, J.L. (2008), »Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, s. 202-7.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, s. 286-90.
- Stallwitz, A. and Stöver, H. (2007), »The impact of substitution treatment in prisons: a literature review«, *International Journal of Drug Policy* 18, s. 464-74.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. og Gill, O.N. (2006), »Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison«, *BMC Public Health* 6, s. 170.
- 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.
- Szendrei, K. (1997/1998), »Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality«, *Bulletin on Narcotics* XLIX og L, nr. 1 og 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), »Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use«, *Lancet* 369, s. 1391-401.
- UNODC (2007a), 2007 World drug report, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2007b), Cocaine trafficking in West Africa: *the threat to stability and development*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien (fås på: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), 2008 World drug report, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC og den marokkanske regering (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, United Nations Office on Drugs and Crime (FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet), Wien.

USDS (2008), International narcotics control strategy report, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.

Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. og Prins, M. (2007), »Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users«, *Addiction* 102, s. 1454-62.

WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Verdenstoldorganisationen, Bruxelles.

Werch, C.E. og Owen, D.M. (2002), »Iatrogenic effects of alcohol and drug prevention programs«, *Journal of Studies on Alcohol* 63, s. 581-90.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), »Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB)

and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4 butanediol (1,4BD)«, *Quarterly Journal of Medicine* 101, s. 23-9.

Zador, D., Mayet, S. og Strang, J. (2006), »Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to increased supervision of methadone in UK«, *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1586-7.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. og Lochman, J.E. (2007), »Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behaviour«, *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, s. 33-9.

Ødegard, E., Amundsen, E.J. og Kielland, K.B. (2007), »Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach«, *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176-82.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning for 2008: narkotikasituationen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

2008 — 99 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-321-5

Hvordan får man fat i EU-publikationer?

Publikationskontorets publikationer, som udbydes til salg, kan erhverves fra EU-boghandelen <http://bookshop.europa.eu>, hvor man kan afgive en ordre til et salgskontor efter eget valg.

En liste over Publikationskontorets verdensomspændende net af salgssteder kan desuden rekvireres pr. fax på (352) 29 29 42758

Om EONN

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er et af Den Europæiske Unions decentrale organer. Det blev etableret i Lissabon i 1993 og er den centrale kilde til tværgående information om narkotika og narkotikaafhængighed i Europa.

EONN indsamler, analyserer og formidler faktiske, objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger om narkotika og narkotikaafhængighed. Herved forsyner Narkotikaovervågningscentret sit publikum i Europa med et billede af narkotikafænomenet baseret på bevismateriale.

Centrets publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning.

Årsberetningen præsenterer EONN's årlige oversigt over narkotikafænomenet i EU, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa.



Publikationskontoret
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-321-5

