



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096

ÅRSBERETNING 2012

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ÅRSBERETNING 2012

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

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 institutioner eller agenturer.

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

Europe Direct er en tjeneste, 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, norsk, polsk, portugisisk, rumænsk, slovakisk, slovensk, spansk, svensk, tjekkisk, tysk og ungarsk. Alle oversættelser er foretaget af Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer.

Katalogoplysninger findes bagest i denne publikation.

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor, 2012

ISBN 978-92-9168-535-6

doi:10.2810/64149

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2012

Gengivelse er tilladt med kildeangivelse.

Printed in Luxembourg

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, Portugal

Tlf. +351 211210200 • Fax +351 218131711

info@emcdda.europa.eu • www.emcdda.europa.eu

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Tak	7
Indledning	9
Kommentar: At bygge på resultater, opretholde momentum og reagere på forandring — det er udfordringen for narkotikapolitikken i Europa i dag	13
Kapitel 1: Politikker og lovgivninger	
Politisk udvikling internationalt og i EU • Nationale strategier • Offentlige udgifter • National lovgivning • Forskning	20
Kapitel 2: Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt	
Forebyggelse • Behandling • Social reintegration • Skadesbegrænsning • Kvalitetsstandarder • Håndhævelse af narkotikalovgivningen og narkotikalovovertrædelser	29
Kapitel 3: Cannabis	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Sundhedsskadelige virkninger • Behandling	40
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy og hallucinogene stoffer, GHB og ketamin	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Sundhedsmæssige følger • Forebyggelse i fritidsmiljøer • Behandling	50
Kapitel 5: Kokain og crackkokain	
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Sundhedsmæssige følger • Problematiske brug • Behandling og skadesbegrænsning	61
Kapitel 6: Opioidbrug og intravenøs stofbrug	
Udbud og tilgængelighed • Problematiske opioidbrug • Intravenøs stofbrug • Behandling	71
Kapitel 7: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald	
Smitsomme sygdomme • Forebyggelse af smitsomme sygdomme • Dødsfald og dødelighed • Nedbringelse af antallet af dødsfald	80
Kapitel 8: Nye stoffer og nye tendenser	
Indsats mod nye stoffer • Produktion og udbud • Udbredelse • Tiltag	90
Referencer	97



Forord

Dette er EONN's 17. årsberetning om narkotikasituationen i Europa, og når man ser tilbage over årene, er det opmuntrende at se, hvor store fremskridt der er gjort med at udvikle en solid forståelse af det europæiske narkotikafænomen. Dette er ikke EONN's fortjeneste alene. Der skal også lyde ros til EU-medlemsstaterne, som for længe siden erkendte værdien af at skabe et detaljeret billede af narkotikaproblemet i Europa. Og selv om vi er meget stolte af EONN's medarbejderes arbejde med at udarbejde denne publikation, må vi også indrømme, at det i høj grad er en kollektiv indsats. Denne beretning er kun blevet mulig takket være vores partners støtte og store arbejde, især i Reitoxnetværket, der leverer de nationale data, som analysen er baseret på. Vi står også i gæld til de mange andre europæiske og internationale agenter og organer, som støtter vores arbejde.

Dette års beretning kommer på et vigtigt og vanskeligt tidspunkt for Europa. Mange lande har finansielle og økonomiske problemer, og det må danne baggrunden for vores beretning. De kriseforanstaltninger, der bliver vedtaget, skaber mange udfordringer og stiller beslutningstagerne over for vanskelige valg, da de offentlige kasser er presset af konkurrerende prioriteringer. I sådanne tider er det vigtigere end nogensinde, at investeringerne foretages klogt på grundlag af en forståelse af problemets art og af, hvilke foranstaltninger der sandsynligvis vil give de største gevinster. EONN's opgave er at arbejde sammen med eksperter fra hele Europa om at levere den analyse. Her og i de ledsagende webbaserede elementer finder man en opdateret, videnskabeligt underbygget og omfattende oversigt over nutidens narkotikaproblem i Europa sammen med eksempler på innovativ god praksis.

Når man ser på narkotikaspørgsmål, kan der være tendens til at være reducerende og kun fokusere på de enkelte elementer i dette problemkompleks, som om de eksisterer isoleret. Det er ikke den tilgang, vi anlægger her. Efter vores mening er styrken i EONN's

analyse, at den samler spredt information om emner lige fra narkotikamarkeder og forbudsbestræbelser til stofbrug, foranstaltninger og politik vedrørende efterspørgselsbegrænsning samt udviklingen på lovområdet. Det giver os mulighed for at levere en helhedsorienteret analyse, der er større end summen af dens dele. Man kan ikke fuldt ud forstå udbudsspørgsmål, hvis man ikke forstår, hvad der driver narkotikaefterspørgslen og omvendt. Hvis vi f.eks. skal forstå de ændringer, vi oplever i tilgængeligheden af heroin i Europa i dag, er vi nødt til at inddrage virkningerne af de forbudsbestræbelser, som har været rettet effektivt mod store kriminelle organisationer. Men kritisk set er vi også nødt til at tage hensyn til, at dette har fundet sted på et tidspunkt, hvor øgede behandlingsinvesteringer har fjernet en væsentlig del af efterspørgslen fra markedet. Som det fremgår af vores beretning i år, er det lige så vigtige brikker, der skal samles for at få et godt overblik over de udviklingstendenser, vi ser i heroinsituationen i Europa.

Vi har brug for denne bredde i billedet, hvis vi skal tackle den komplekse og dynamiske karakter, narkotikaproblemet har i Europa i dag. Vi står over for en række udfordringer — både nye og gamle. De kan knyttes til informations- og kommunikationsteknologiske fremskridt, udbredelse af nye psykoaktive stoffer og øget tilgængelighed og brug af syntetiske stoffer. Eller de kan stamme fra langvarige problemer, som fortsat trodser vores bestræbelser og forårsager skader på både mennesker og samfund. EONN ønsker at skabe evidensgrundlaget, der kan sikre, at narkotikadebatten i Europa fortsat kan være informeret gennem en omfattende, lidenskabsløs og — vigtigst af alt — nyttig forståelse af dette komplekse spørgsmål.

João Goulão

Formand, EONN's bestyrelse

Wolfgang Götz

Direktør, EONN



Tak

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

- lederne af de nationale Reitoxknudepunkter og deres personale
- tjenestegrene og eksperter i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EONN
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — især Den Horisontale Narkotikagruppe — og Europa-Kommissionen
- Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og Europol
- Europarådets Pompidougruppe, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, ESPAD-projektet og det svenske Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Controlled Substances and Tobacco Directorate of Health (sundhedsdirektoratet for kontrollerede stoffer og tobak) Canada, Substance Abuse and Mental Health Services Administration (den amerikanske forvaltning for stofmisbrug og mental sundhed)
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Den Europæiske Unions Publikationskontor.

Nationale Reitoxknudepunkter

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

Kontaktoplysninger til de nationale knudepunkter findes på EONN's websted.



Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene Kroatien og Tyrkiet samt Norge i form af en national rapport. De her anvendte statistiske data vedrører 2010 (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, eller for at fremhæve visse tendenser.

Tendensanalyser er kun baseret på de lande, der indsender tilstrækkelige data til at beskrive ændringer over den pågældende tidsperiode. Tal for 2009 kan stå i stedet for manglende værdier for 2010 i tendensanalysen af data om narkotikamarkedet. Ved analyse af øvrige tendenser kan manglende data være interpoleret.

Baggrundsinformation og en række forbehold, der skal tages hensyn til ved læsning af årsberetningen, er anført nedenfor.

Data om udbud og tilgængelighed af stoffer

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, som f.eks. hænger sammen med udsving i udbytte eller med problemet med at overvåge afgrøder, der kan dyrkes inden døre eller 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 myndigheders 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. Detailpriser på stoffer, der er indberettet til EONN, afspejler prisen til brugeren. Pristendenser er justeret for national inflation. Rapporter om renhed eller styrke er fra de fleste lande baseret på en stikprøve af alle beslaglagte stoffer, og det er normalt ikke muligt at relatere de indberettede data til et bestemt niveau på narkotikamarkedet. For så vidt angår renhed eller styrke og detailpriser, er analyserne

Få adgang til årsberetningen og datakilderne hertil på internettet

Årsberetningen findes på 22 sprog og kan downloades fra EONN's websted. Den elektroniske version indeholder links til alle onlinekilder, som er citeret i årsberetningen.

Følgende kilder er kun tilgængelige på internettet.

Statistical bulletin 2012 indeholder de fuldstændige kildetabeller, som den statistiske analyse i årsberetningen er baseret på. Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om de anvendte metoder og omkring 100 statistiske figurer.

De nationale rapporter fra Reitoxknudepunkterne giver en udførlig beskrivelse og analyse af narkotikaproblemet i hvert enkelt land.

Landeoversigterne indeholder en overordnet grafisk oversigt over centrale aspekter ved narkotikasituationen i hvert land.

baseret på de indberettede typiske (modale) værdier, eller i mangel heraf gennemsnitsværdier (eller medianværdier). Tilgængeligheden af oplysninger om pris og renhed kan være begrænset i nogle lande, og der kan være tvivl om pålidelighed og sammenlignelighed.

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

Udbredelse af stofbrug baseret på generelle befolkningsundersøgelser

Stofbrug i den almindelige befolkning eller blandt skoleelever vurderes gennem repræsentative

undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en andel af personerne der angiver at have brugt bestemte stoffer i nærmere definerede tidsrum. Undersøgelser giver også nyttig baggrundsviden om brugsmønstre, brugernes sociodemografiske karakteristika og opfattelser af risici og tilgængelighed.

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

Da det er dyrt at foretage undersøgelser, er det kun få lande, der indsamler oplysninger hvert år, selv om mange indsamler oplysninger med intervaller på to til fire år. I denne beretning fremlægges data på grundlag af den seneste tilgængelige undersøgelse i hvert land, som i de fleste tilfælde vil være mellem 2006 og 2010. Prævalensdata for Det Forenede Kongerige vedrører England og Wales, medmindre andet er anført, selv om der også foreligger særskilte data for Skotland og Nordirland.

Der anvendes almindeligvis tre mål for stofbrug over tid til indberetning af undersøgelsesdata. Langtidsprævalens er det bredeste. Dette mål afspejler ikke den aktuelle stofbrugssituation blandt voksne, men giver indsigt i brugsmønstre og forekomst. For voksne er EONN's standardaldersgrupper 15-64 år (alle voksne) og 15-34 år (unge voksne). Følgende lande bruger forskellige øvre eller nedre aldersgrænser: Danmark (16), Tyskland (18), Ungarn (18), Malta (18), Sverige (16) og Det Forenede Kongerige (16-59). Der fokuseres på brug inden for det seneste år og den seneste måned (brug inden for de seneste 12 måneder eller inden for de seneste

30 dage før undersøgelsen) (se EONN's websted for flere oplysninger). For skoleelever er langtidsprævalensen og prævalensen inden for det seneste år ofte den samme, da ulovlig stofbrug inden 15-årsalderen er sjælden.

Det europæiske skoleprojekt om alkohol og andre stoffer, ESPAD, bruger standardiserede metoder og instrumenter til at måle stof- og alkoholbrug blandt repræsentative stikprøver af skoleelever, der bliver 16 i løbet af kalenderåret. I 2011 blev der indsamlet data i 36 lande, herunder 24 EU-medlemsstater, Kroatien og Norge, og resultaterne blev offentliggjort i 2012. Endvidere foretager Spanien og Det Forenede Kongerige nationale undersøgelser af skoleelever, som leverer data om stofbrug, der er sammenlignelige med resultaterne i ESPAD-undersøgelserne.

Behandlingsefterspørgsel

Data om personer, der er kommet i behandling i Europa for problemer i forbindelse med deres stofbrug, indberettes anonymt til EONN's behandlingsefterspørgselsindikator. Hver klient, der kommer i behandling, bliver udspurgt om sit stofbrug, sin behandlingskontakt og sine sociale karakteristika. Tidsrammen for behandlingsstart i et år er 1. januar til 31. december. Klienter i løbende behandling ved det pågældende års begyndelse er ikke omfattet af dataene. Hvis andelen af anmodninger om behandling for et primært stof er givet, er nævneren det antal tilfælde, hvor det primære stof er kendt.

Foranstaltninger

Oplysninger om tilgængelighed og dækning af forskellige foranstaltninger i Europa er normalt baseret på nationale eksperters velinformerede vurdering indsamlet via strukturerede spørgeskemaer. For nogle indikatorer foreligger der dog også kvantitative overvågningsdata.





Kommentar

At bygge på resultater, opretholde momentum og reagere på forandring — det er udfordringen for narkotikapolitikken i Europa i dag

Styrket koordinering og samarbejde

Et stærkt budskab fra EONN's seneste analyse af narkotikasituationen i Europa er, at der er behov for at »gå efter bolden« for så vidt angår problemerne med kendte stoffer, mens man samtidig udvikler svar på nye trusler og udfordringer. Heroin og kokain tegner sig fortsat for en stor del af skader, sygelighed og dødelighed i forbindelse med narkotikabrug i Europa. Her vil det være nødvendigt at opretholde momentum i udvikling og gennemførelse af evidensbaserede svar. På mange måder er der gjort betydelige, om end ujævne, fremskridt, men de kan let bringes i fare af ændrede omstændigheder, eller hvis man ikke fortsætter med at optrappe tiltagene. Analysen fremhæver også behovet for at styrke Europas evne til at afdække og reagere på udfordringerne ved et stadigt mere komplekst og dynamisk narkotikamarked.

Disse behov skal ses i forbindelse med den vanskelige finansielle situation i mange europæiske lande, som betyder, at ressourcerne til at løse social- og sundhedsproblemer af alle slags er knappe. Under disse omstændigheder er det væsentligt at sørge for, at de tilgængelige midler investeres i målrettede aktiviteter, som har bevist deres effektivitet. En måde, hvorpå det kan opnås, er gennem samarbejde mellem EU-medlemsstaterne, hvor de søger at maksimere udbyttet af aktiviteterne ved at dele erfaringer, arbejde sammen eller koordinere deres aktioner bedre. De politiske rammer herfor opstilles i EU's narkotikastrategi og de ledsagende handlingsplaner hertil. Evalueringen af den aktuelle EU-strategi (2005-2012) har været positiv med særlig fremhævelse af dens rolle med fremme af informationsudvekslingen.

En ny politisk ramme til opfølgning af narkotikastrategien 2005-2012 er nu under overvejelse. Den nye ramme vil sandsynligvis fastholde vægten på behovet for en evidensbaseret og afbalanceret tilgang, der omfatter en lang række efterspørgsels- og udbudsbegrænsningsforanstaltninger. Overvågning, forskning og evaluering samt respekt for grundlæggende menneskerettigheder vil sandsynligvis også fortsat være centrale elementer i EU-tilgangen. Den nye politiske

ramme skal også sikre synergi mellem aktiviteterne på narkotikaområdet og bredere spørgsmål vedrørende sikkerhed og sundhed, hvor narkotika kun er én komponent — såsom hivforebyggelse eller bekæmpelse af organiseret kriminalitet. Den nye ramme skal også bidrage til at sikre, at Europa taler med én stærk og samlet stemme i den internationale narkotikadebat.

Et kompliceret billede: cannabismarkedet i Europa

I år foretog EONN en stor ny analyse af cannabismarkedet, som afslørede et stadigt mere komplekst og forskelligartet billede af Europas mest brugte ulovlige stof. En række forskellige cannabis-»produkter« er nu tilgængelige på det europæiske marked, idet den vigtigste forskel er mellem cannabisblade og cannabisbark. Stigningen i cannabisproduktion i EU har resulteret i, at importeret bark i stigende grad fortrænges af hjemmeproducerede planteprodukter. Den interne cannabisproduktion varierer betydeligt. Den kan tage form af store beplantninger, hvor planten dyrkes intensivt ved hjælp af avancerede teknikker for at maksimere udbytte og styrke. I den anden ende af spektret kan et mindre antal cannabisplanter dyrkes af brugere til eget forbrug.

Skønt de fleste cannabisovertrædelser stadig vedrører brug eller besiddelse af stoffet, anfører mange lande, at deres politik er at prioritere foranstaltninger rettet mod handel og udbud. I den forbindelse meldes der nu om, at man lægger større vægt på at gå efter intensive produktionssteder. Til trods for stigninger i antallet af beslaglagte planter og udvikling af flere innovative nye opsporingsmetoder beslaglægger Europa stadig langt mere bark end cannabisblade. Det tyder på, at den interne planteproduktion kan udgøre en større udfordring for forbudsindsatsen, især når der er tale om intensiv indendørsproduktion. Bekymringen over udviklingen på dette område er stigende — både på grund af de indirekte skader, som tilstedeværelsen af narkotikaproduktionssteder kan forårsage for lokalsamfundene, og fordi der er beviser for, at organiserede kriminelle bander er involveret.

Cannabismarkedets omfang og kompleksitet er ikke overraskende, da det afspejler stoffets position som Europas mest populære ulovlige stof. Tilsvarende er det også det stof, som deler den politiske og offentlige mening mest. Interessant nok ser det samlede cannabisforbrugsniveau ud til at være relativt stabilt, og der er måske endda tale om et fald i brugen i nogle lande. Selv om det er vanskeligt at måle, er forståelsen af cannabisrelaterede problemer nu også bedre, og man ved, at de hænger sammen med intensiv og langvarig brug af stoffet. Her er der visse bekymringer. Skiftet til cannabisblade kan f.eks. udsætte brugerne for mere potente former af stoffet. Endvidere anføres det i undersøgelser, at alderen for første brug nu er ganske lav for mange brugere. Ca. 1 % af den voksne befolkning i Europa bruger stoffet dagligt, og blandt især unge mænd kan intensiv stofbrug være relativt udbredt i nogle lande. Som helhed skal en eventuel optimisme på grund af stabiliseringen i prævalensniveauer dæmpes af erkendelsen af, at dette stof fortsat er et stort folkesundhedsproblem, hvilket afspejles i antallet af anmodninger om narkotikabehandling på grund af brugen af det.

Nutidens europæiske skoleelever: en mere forsigtig kohorte

De seneste resultater fra det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre stoffer (ESPAD) åbner et vigtigt vindue til tidens tendenser for stofbrug blandt skolebørn. Det lovende er, at resultaterne for 2011 for alle de vigtigste stoffer tyder på et fald eller en stabil situation. Gennem alle de fem runder af undersøgelsen er brugen af cigaretter faldet støt mellem 1999 og 2007 for herefter at stabilisere sig. Elevernes seneste brug af alkohol er gradvist faldet overalt i Europa siden 2003, mens de seneste data viser, at den stigende tendens for massivt lejlighedsdrikkeri, som blev observeret fra 1995 til 2007, nu kan have passeret toppunktet. Overordnet steg elevernes erfaringer med ulovlige stoffer — hovedsageligt cannabis — indtil 2003, faldt lidt i 2007, og er siden forblevet stabilt. Disse resultater kan give os et fingerpeg om fremtidige tendenser, da de mønstre, der er fundet her, senere kan slå igennem i ældre alderskohorter.

En interessant observation er, at lande, som rapporterer om høje prævalensskøn for ét stof, også har tendens til at rapportere relativt høje skøn for andre stoffer, både lovlige og ulovlige, og således hænger høje niveauer for alkohol og massivt lejlighedsdrikkeri sammen med brug af ulovlige stoffer og stoffer, der inhaleres. Dette resultat støtter forebyggelsestiltag, der anerkender behovet for at gå efter både stoffer og alkohol i arbejdet med unge mennesker.

Narkotika og familie: et overset emne og en underudnyttet ressource

Det er enkeltpersoner, der tager stoffer, men ofte må deres familier dele de problemer, som deres forbrug kan forårsage. Familier og det beslægtede emne om narkotikabrugere med forældreansvar analyseres i en ny EONN-undersøgelse. Selv om personer med narkotikaproblemer ikke nødvendigvis er dårlige forældre, vil de ifølge rapporten sandsynligvis kræve supplerende støtte. Især skal behandlingscentre være opmærksomme på de behov, personer med forældreansvar kan have, da bekymringer om pasning eller beskyttelse af børn kan fungere som en barriere for at søge hjælp. Det er også en udfordring for centrene at arbejde med forældre, der tager stoffer, da det kræver en afvejning af forælders og barnets rettigheder. Men rapportens konklusion er, at god praksis og målrettede tiltag kan gøre en reel forskel. Dette resultat genfinder man i analysen af tiltag rettet mod gravide stofbrugere, hvor der er klar dokumentation for, at hensigtsmæssig rådgivning og støtte kan forbedre resultatet for både mor og barn.

I mange undersøgelser har man analyseret den stress og sociale deroute, som kan følge af at have et familiemedlem med et narkotikaproblem. Alligevel er familiestøttetjenester generelt dårligt udviklet i de fleste europæiske lande. Det kan betyde, at man overser en vigtig ressource til støtte for genopretningen. Fokus på familiemiljøet bliver også stadigt vigtigere for narkotikaforebyggelsesarbejdet, hvor et voksende evidensgrundlag peger på effektiviteten af brede forebyggelsesstrategier, der er rettet mod både miljøet og det enkelte individ. Familien er særdeles vigtig i den forbindelse, og miljøbaserede forebyggelsesstrategier, der skal etablere stærkere familier, kan nedbringe risikoen for en række problematiske adfærdsmønstre, bl.a. narkotikabrug. På trods af de positive resultater for tiltag på dette område fremhæver den kendsgerning, at de i vid udstrækning fortsat er dårligt udviklet, det mere generelle problem, at resultater fra forebyggelsesforskning ofte ikke omsættes til politikker og praksis.

Indsatte stofbrugere: en sårbar population

Trods en stigende interesse for at etablere »alternativer til fængsel« går mange mennesker med narkotikaproblemer fortsat gennem Europas fængsler hvert år. Det ses i undersøgelsesdata, som viser, at narkotikaproblemer er langt mere udbredt i fængsler end i den almindelige befolkning. Selv om nogle faktisk holder op med at bruge stoffer, mens de er i fængsel, betyder tilgængeligheden af

Skøn over stofbrug i Europa — i korte træk

Disse skøn vedrører den voksne befolkning (15-64 år) og er baseret på de seneste tilgængelige data (undersøgelser foretaget mellem 2004 og 2010/11, især 2008-2010). Fuldstændige data og metodebeskrivelser findes i den ledsagende statistiske oversigt.

Cannabis

Livstidsprævalens: ca. 80,5 millioner (23,7 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 23 millioner voksne europæere (6,8 %) eller hver tredje langtidsbruger

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 12 millioner (3,6 %)

Landevariation i det sidste års forbrug:
0,3 % til 14,3 %

Kokain

Livstidsprævalens: ca. 15,5 millioner (4,6 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 4 millioner voksne europæere (1,2 %) eller hver fjerde langtidsbruger

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 1,5 millioner (0,5 %)

Landevariation i det sidste års forbrug:
0,1 % til 2,7 %

Ecstasy

Livstidsprævalens: ca. 11,5 millioner (3,4 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2 millioner (0,6 %) eller hver sjette langtidsbruger

Landevariation i det sidste års forbrug:
0,1 % til 1,6 %

Amfetaminer

Livstidsprævalens: ca. 13 millioner (3,8 % af de voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2 millioner (0,6 %) eller hver sjette langtidsbruger

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

Opioider

Problematiske opioidbrugere anslås til omkring 1,4 millioner europæere.

Forgiftningsdødsfald tegnede sig for 4 % af alle dødsfald blandt europæere i alderen 15-39 år, hvoraf opioider blev fundet hos omkring tre fjerdele.

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

Ca. 710 000 opioidbrugere modtog substitutionsbehandling i 2010.

stoffer i visse fængsler også, at andre måske påbegynder stofbrug eller indleder en mere skadelig adfærd. Intravenøse stofbrugere deler måske udstyr oftere og øger dermed risikoen for overførsel af blodbårne patogener såsom hiv og hepatitis C-virus.

For mange indsatte, dårlig hygiejne og manglende sundhedspleje er en realitet i mange fængsler og bidrager til den overordnet set dårlige sundhedsstatus i fængselspopulationer. Indsatte med narkotikaproblemer kan have en dobbelt ulempe i den forstand og er måske særligt sårbare over for både fysiske og psykiske sundhedsproblemer, mens de er indsat — idet der er særlige bekymringer om deres høje risiko for selvmord. Der foreligger derfor et stærkt argument for, at enhver vellykket tilgang til forbedring af sundheden i fængsler skal erkende betydningen af at inkludere narkotikabehandling sammen med og integreret med mere generiske fysiske og psykiske sundhedsforanstaltninger.

Hvor man har etableret hensigtsmæssige tjenester, kan fængslingsperioder være en lejlighed for nogle til at nedsætte deres narkotikabrug og få kontakt til tjenesterne. Mulighederne på dette område er vokset, da mange lande har optrappet udbuddet af tiltag i fængsler, især substitutionsbehandling for personer, der er afhængige af opioider. Typisk afspejler udviklingen i behandlingsudbuddet i fængsler udviklingen i samfundet, men med en betydelig tidsforskydning. Udbuddet af sundhedstjenester i fængsler varierer også meget landene imellem, og der er fortsat et samlet behov for at videreudvikle og forbedre kvaliteten af tjenesterne. Sjældent tilbyder fængsler en standardpleje, der svarer til og kan sammenlignes med den, der ydes samfundet i almindelighed.

Løsladelsen fra fængslet kan også være et kritisk tidspunkt for indgreb, da risikoen for overdosis stiger stærkt i perioden efter løsladelsen, når tidligere indsatte måske genoptager brugen af heroin, mens deres opioidtolerance er lavere. Rådgivning før løsladelsen og kontinuitet i behandlingen efter løsladelsen er derfor væsentligt, for hvis man hjælper sårbare individer til at fastholde kontakten med tjenesterne, kan det støtte genopretningen og i sidste instans være en ekstremt omkostningseffektiv måde at redde liv på.

Hvide pulvere og piller: et mindre diskriminerende stimulansmarked

Kokain, amfetaminer, ecstasy og, nu undertiden, syntetiske cathinoner, kan ses som konkurrerende og i en vis udstrækning substituerbare produkter i forbrugernes øjne. I den forbindelse er det sandsynligt, at stoffernes tilgængelighed og også pris og kvalitet vil påvirke brugernes valg og være årsag til den volatilitet, der kan konstateres på det aktuelle stimulansmarked. Enkelte undersøgelser for nylig tyder endda på, at det ikke

er ualmindeligt, at brugere anfører, at de har taget stimulerende stoffer i form af ukendte piller eller hvide pulvere.

I Europa er de samlede prævalensskøn for amfetaminer og ecstasy relativt stabile, skønt udbudsrelaterede faktorer ser ud til at have påvirket tilgængeligheden af begge stoffer. Ecstasymarkedet er nu ved at være genoprettet efter en mangel på MDMA, hvor mange tabletter indeholdt andre stoffer. På samme måde har metamfetamin for nylig til en vis grad erstattet amfetamin i dele af Europa. Det er bekymrende, da brugen af dette stof traditionelt i høj grad har været begrænset til Tjekkiet og Slovakiet. Det kan nu være ved at ændre sig, og selv om de tilgængelige data er begrænsede, giver de anledning til bekymring. Beslaglæggelsesdata tyder på, at stoffet er ved at blive mere bredt tilgængeligt, og produktionen er blevet trappet op i nogle lande. Der er meldt om overdosisdødsfald i Tyskland, og stoffet nævnes oftere i rapporter fra andre lande. Det vækker bekymring, at EONN har bemærket sporadiske anmeldelser af rygning af metamfetamin og tilgængelighed af krystalliseret metamfetamin, som er en særdeles ren form af stoffet. Rygning af metamfetamin har traditionelt været særdeles sjældent i Europa, men dokumentation fra andre steder viser en stærk sammenhæng med skadelige virkninger.

En EU-risikovurdering af 4-metylamfetamin er ved at blive gennemført i forbindelse med EU's tidlige varslingsystem om nye psykoaktive stoffer. Denne undersøgelse blev affødt af en række dødsfald, der blev sat i forbindelse med dette stof, som så ud til at være blevet solgt som eller blandet med amfetamin. Den form for amfetamin, som i øjeblikket er ukontrolleret i det meste af Europa, blev sandsynligvis fremstillet i hemmelige laboratorier af producenter, der søgte nye kemiske veje til amfetaminproduktion. Som sådan er det et eksempel på både den tiltagende innovation, der ses i den syntetiske narkotikaproduktion, og potentialet for utilsigtede sundhedsskadelige virkninger, som det kan bringe med sig.

Større forskelle i syntetisk stofbrug

Mens opmærksomheden i vid udstrækning har været fokuseret på enten bekymringer om kendte stimulanser eller på fremkomsten af nye ukontrollerede psykoaktive stoffer, er en række andre syntetiske stoffer kommet ind og har etableret sig på det europæiske narkotikamarked. Skønt antallet af europæere, der bruger stoffer som GHB, GBL, ketamin og senere mephedron, er lavt, finder man høje brugsniveauer i visse delpopulationer, og disse stoffer ser ud til at have potentiale til en videre udbredelse.

Der bliver nu meldt om sundhedsproblemer i forbindelse med alle disse stoffer, bl.a. afhængighed blandt kroniske brugere, og nogle uventede problemer som den blæresygdom, der ses hos ketaminbrugere. Den udvikling har i høj grad fundet sted under overvågningsradaren, og den peger på et behov for ikke blot at forbedre narkotikainformationssystemernes følsomhed over for nye tendenser og nye sundhedsproblemer, men også for bedre at forstå, hvad der er hensigtsmæssige efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger på dette område.

Kokain: tegn på faldende brug og status

Udbredt kokainbrug er måske begrænset til visse sydlige og vestlige lande, men stoffet er stadig med hensyn til det samlede antal den mest udbredte ulovlige stimulans i Europa. Efter en halv snes år med stigende popularitet tyder de seneste data dog nu på, at tendensen måske er for nedadgående. Opfattelserne af stoffet kan også være ved at ændre sig, idet nogle undersøgelser melder om, at kokain måske er ved at miste sit image som et højstatusstof.

En række faktorer kan være vigtige her. Kvalitet er anført som en mulig faktor med en antydning af, at lav kokainrenhed kan få nogle brugere til at skifte til andre stimulanser. Det er også muligt, at potentielle brugere nu er mere bevidste om de negative følger, som kan ledsage kokainbrug. En ny EONN-gennemgang af de sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug konkluderede, at problemerne formentlig var undervurderet i de tilgængelige datakilder. De data, som forelå om akutte henvendelser på skadestuer, viste, at der var sket en tredobling i kokainrelaterede hasteindlæggelser siden slutningen af 1990'erne, men at henvendelserne så ud til at nå toppen omkring 2008. På samme måde toppede de kokainrelaterede dødsfald ifølge de tilgængelige data også i 2008. Denne tendens ses også i data om indlæggelser til behandling, hvor antallet, der påbegynder behandling for kokainrelaterede problemer for første gang i deres liv, steg indtil 2008, men herefter faldt. Et lignende billede tegner sig i udbudsdata. Kokainbeslaglæggelserne ser nu ud til at være faldende i Europa, idet mængden af beslaglagt kokain nåede toppen i 2006 og antallet af beslaglæggelser i 2008.

Heroin: tegn på et fald

Siden 1970'erne har brugen af heroin, især gennem injektion, været en kilde til mange af Europas narkotikarelaterede problemer. På baggrund af de skader, som forbindes med heroin, bl.a. overdosisdødsfald,

spredning af hiv og hepatitis C-virus blandt intravenøse stofbrugere og kriminalitet i den forbindelse, er det ikke overraskende, at europæisk narkotikapolitik hovedsageligt har været koncentreret om løsning af heroinproblemer. Og selv om disse problemer fortsætter i dag, gør de det på et lavere niveau, i nogle tilfælde så meget, at vi observerer virkningerne af effektive politikker og det langvarige fald i brugen af dette stof, især gennem injektion. Det forekommer i stigende grad sandsynligt, at vi nu er ved at bevæge os ind i en ny æra, hvor heroin vil spille en mindre central rolle i Europas narkotikaproblem.

En sådan analyse skal dog foretages med forsigtighed, da fremtidige tendenser er vanskelige at forudsige. Endvidere betyder den langvarige og kroniske karakter af heroinproblemerne, at mange aktuelle brugere fortsat vil have brug for hjælp i årene fremover. Alligevel peger indikatorer på et fald i den samlede brug, og mere vigtigt: et fald i ny rekruttering. I hele Europa er antallet af nye behandlingsanmodninger faldet, og gennemsnitsalderen for dem, der påbegynder behandling for heroinproblemer, er steget.

Markedsindikatorer tyder på, at heroin er blevet mindre tilgængelig i Europa i de seneste år, og i nogle lande er stoffet blevet erstattet af andre stoffer, bl.a. syntetiske opioider som fentanyl og buprenorphin. Heroinmarkedet kollapsede for næsten ti år siden i nogle nordeuropæiske lande og er aldrig kommet sig fuldstændigt. Senere er der også meldt om kortvarige markedschok, formentlig som følge af vellykkede forbudsbestræbelser. De seneste europæiske tal for renhed, beslaglæggelser, narkotikarelaterede lovovertrædelser og detailpriser viser et fald på alle områder. Udviklingen på de ulovlige narkotikamarkeder vil skulle følges tæt for at fastslå, om den seneste heroinmangel vil føre til, at stoffet forsvinder varigt i nogle lande, og hvilke stoffer der vil erstatte det. I den henseende er metamfetamin, cathinoner og benzodiazepiner — ud over syntetiske opioider — blevet afdækket som mulige kandidater.

Overordnet ser faktorer på både efterspørgsels- og udbudssiden ud til at være vigtige for de ændringer i heroinbrugen, der er identificeret her. Vellykkede forbudsbestræbelser skal ses i sammenhæng med en dramatisk stigning i behandlingstilbuddene, især substitutionsbehandling, som har fjernet en betydelig del af efterspørgslen fra markedet. Et åbent spørgsmål er forholdet mellem opiumproduktionen i Afghanistan og heroinbrugsmønstrene i Europa, hvor der ikke kan observeres nogen enkel forbindelse i dataene. Selv om der er bekymring for, at øget produktion kan resultere i en bølge af ny heroinbrug i EU-medlemsstaterne, peger de historiske data ikke klart i den retning. Tværtimod

kan EU nu — i hvert fald i nogle henseender — udgøre et vanskeligere marked for dette produkt.

Injektion er også faldende, men er stadig en alvorlig risiko for folkesundheden

Indikatorer for injektionstendenser tyder også på, at denne særligt skadelige adfærd nu også er i tilbagegang. Her er de indberettede injektionsniveauer blandt nye klienter, der påbegynder behandling for narkotikaproblemer, den bedste tilgængelige datakilde. En nedadgående tendens er tydelig blandt nye heroinbrugere, der påbegynder behandling, og dette er mest synligt i Vesteuropa, men kan også ses i nogle østeuropæiske lande. Alt i alt anfører lige over en tredjedel (36 %) af dem, der kommer i behandling for heroinproblemer, nu injektion af stoffet som deres primære indtagelsesmåde. Andre stoffer kan også injiceres, og omkring en fjerdedel af dem, der påbegynder behandling for amfetaminproblemer, anfører, at de injicerer deres stof, og det samme gælder omkring 3 % af dem, der kommer i behandling for kokainproblemer. Bevægelsen væk fra injektion er klart opmuntrende. Alligevel er injektion af narkotika stadig en vigtig årsag til sundhedsproblemer og dødsfald blandt unge europæere, som kunne undgås. Injektion forbindes især med narkotikaoverdoser og alvorlige infektioner. De seneste udbrud af hiv i Grækenland og Rumænien minder os om, at denne virus — på trods af Europas succes med at bekæmpe overførslen af den blandt stofbrugere — stadig kan spredes hurtigt i nogle populationer. Det understreger også behovet for at sikre passende dækning af hivforebyggelses- og skadesbegrænsningstilbud til risikoudsatte populationer. Bakterielle infektioner er en anden potentielt alvorlig følge af injektion og kan være livstruende. I juni og juli 2012 blev der rapporteret tilfælde af miltbrand i fem EU-lande, muligvis i forbindelse med en fælles kilde af forurenede heroin. Dette udbrud har fået EONN og ECDC til at foretage en fælles hurtig risikovurdering.

Et nyt perspektiv på nye stoffer

Internettet har mindsket de begrænsninger, som skabes af tid og sted, og har givet mulighed for, at nye stofbrugsmønstre og -tendenser kan overskride geografiske grænser. Der var masser af dokumentation for denne konklusion på det andet internationale forum om nye psykoaktive stoffer, der i år blev afholdt af EONN og det amerikanske institut om narkotikamisbrug. Således bliver »legal highs«-produkter nu markedsført i USA, Japan, dele af Sydøstasien og i europæiske lande. EU har — efter internationale standarder — en avanceret tidlig varslings- og risikovurderingsmekanisme til at reagere på

fremkomsten af nye psykoaktive stoffer. Denne mekanisme er i øjeblikket under revision, og der forventes et nyt lovgrundlag. Tiltag på dette område er sandsynligvis mest effektive, hvis de koordineres på tværs af lande og med en klar merværdi ved en mekanisme på EU-niveau. I 2012 bliver der fortsat indberettet nye psykoaktive stoffer til systemet i et omfang på omkring ét om ugen. Syntetiske cannabinoidreceptoragonister og cathinoner er stadig fremherskende, men stoffer fra mere obskure kemiske grupper indberettes i stigende grad. Til dato har nye stoffer haft tendens til at efterligne virkningerne af cannabis eller stimulerende stoffer som ecstasy eller kokain, og deres emballage tyder på, at hovedmålet er markedet for narkotika til rekreativ brug. Nogle få lande har dog meldt om problematiske stofbrugere, der skifter til injektion af cathinoner såsom mephedron og MDPV.

»Badesalte« og »plantenæring«: udfordringen fra komplekse og ændrede produkter og blandinger

En vigtig opgave for EU's tidlige varslingsystem er at dele retsmedicinsk og toksikologisk information. Det kan være en udfordring at identificere de psykoaktive kemikalier i produkter, da de kan være obskure forbindelser eller blandinger af kemikalier. Antallet af produkter, der indeholder mange psykoaktive stoffer, ser ud til at være stigende, og nogle testindkøbsprøver har vist sig at indeholde både kontrollerede og ikkekontrollerede stoffer. Det almindeligt brugte udtryk »legal highs« er derfor ofte en forkert benævnelse, og brugere af disse produkter er sandsynligvis ikke klar over, hvad de tager, og uvidende om de sundhedsmæssige og juridiske følger. Forvirringen er tydelig på internationalt plan, hvor manglen på klar terminologi og retsmedicinsk information vanskeliggør debatten. I USA dækker det generiske udtryk »badesalte« f.eks. en række produkter, som indeholder nye psykoaktive stoffer, der ofte sælges som »plantenæring« i EU.

Nye psykoaktive stoffer giver også anledning til problemer i stofbrugsundersøgelser, da mange brugere

måske ikke ved, hvad de egentlig har taget. De få tilgængelige undersøgelser maler et billede af en betydelig heterogenitet mellem landene med relativt lave, men ikke ubetydelige, brugsniveauer. De viser også, at brugen af disse stoffer kan stige og falde hurtigt inden for bestemte populationer. Tilgængelighed ser ud til at være en vigtig faktor her. I Polen blev åbningen af et stort antal salgssteder ledsaget af stigninger i anmeldt brug og besøg på skadestuer, hvilket blev tilskrevet nye psykoaktive stoffer, idet begge dele faldt, efter at der var truffet foranstaltninger for at begrænse tilgængeligheden. I Tyskland tyder nogle data på, at brugen af »Spice« — som ofte viser sig at indeholde syntetiske cannabinoidreceptoragonister — faldt, men ikke forsvandt, efter at der var indført akutte forbudsforanstaltninger. På trods af indførelsen af EU-kontrolforanstaltninger ser mephedron på samme måde ud til stadig at være tilgængelig på det ulovlige marked i nogle lande.

Indtil nu har den politiske debat om nye stoffer i vid udstrækning fokuseret på udvikling af kontrolforanstaltninger, idet landene benytter en blanding af markedsforordninger, eksisterende lovgivning om narkotikakontrol og specielt udarbejdede nye love. Der er dog voksende interesse for at tage fat på bredere spørgsmål omkring nye stoffer, især behovet for at forstå disse stoffers potentielle sundhedsmæssige og sociale virkninger og for at afdække passende efterspørgselsbegrænsende strategier. EONN har modtaget rapporter om tilfælde af akut førstehjælp og dødsfald i forbindelse med brugen af nye psykoaktive stoffer. I øjeblikket er dataene vanskelige at fortolke, og en forbedring af vores overvågnings- og analysekapacitet på dette område er klart en prioritet. EU-medlemsstaterne begynder også at melde om indførelse af specifikke tiltag mod nye psykoaktive stoffer. Blandt de nye tiltag, der undersøges, er innovative internetbaserede forebyggelsesprogrammer og levering af målrettede forebyggelsesbudskaber til skoler.



Kapitel 1

Politikker og lovgivninger

Indledning

Dette kapitel ser på den seneste politiske udvikling i EU, og det undersøges, i hvilken udstrækning medlemsstaterne har integreret deres strategier for lovlige og ulovlige stoffer og skabt forbindelser mellem narkotika- og sikkerhedsstrategier. Her præsenteres også en række nationale og tværnationale strategier i lande uden for EU, som gennemgås med hensyn til deres ligheder eller forskelle i forhold til den europæiske tilgang til narkotika.

Det analyseres, i hvilken grad nationale narkotikastrategier hænger sammen med budgetter, og der gives en opdatering af tendensdata fra narkotikarelaterede offentlige udgiftsundersøgelser. Kapitlet indeholder også en ny analyse af, hvordan medlemsstaterne udformer deres nationale love, så de kan løfte den voksende udfordring fra de nye stoffer. Kapitlet afsluttes med en opdatering af den europæiske udvikling i narkotikarelateret forskning.

Politisk udvikling internationalt og i EU

Mod en ny EU-narkotikastrategi

Den nuværende EU-narkotikastrategi (2005-2012) var den første, der blev underkastet en ekstern evaluering. Evaluatorene fandt, at strategien har givet medlemsstaternes bestræbelser på narkotikaområdet en merværdi, og at EU-strategiens fremme af evidensbaserede tiltag blev rost af interessenterne (Rand Europe, 2012). Rapporten fremhævede informations-, forsknings- og evalueringsområdet, hvor EU's tilgang og infrastruktur aktivt støtter videnoverførsel i Europa. For den næste strategi, der bliver udarbejdet i løbet af 2012, har evaluatorene anbefalet, at man bevarer den afbalancerede tilgang, tilpasser de integrerede politiske strategier på tværs af lovlige og ulovlige stoffer, bl.a. nye psykoaktive stoffer, opbygger evidensgrundlaget for begrænsning af narkotikaudbuddet og afklarer EU's koordinationsorganers roller.

På baggrund af den aktuelle politiske interesse for emnet og dets tydelige europæiske dimension vil et vigtigt spørgsmål for den kommende strategi være tiltag mod nye psykoaktive stoffer. Der vil komme input til strategien fra en række initiativer, som blev iværksat i 2011, herunder: en EU-pagt om syntetiske stoffer ⁽¹⁾, en operationel handlingsplan for syntetiske stoffer og nye psykoaktive stoffer ⁽²⁾, som begge blev vedtaget af Rådet for Den Europæiske Union, og en meddelelse med titlen »Mod en stærkere europæisk indsats mod narkotika«, der blev vedtaget af Europa-Kommissionen, og som bebuder en række foranstaltninger mod ulovlige stoffer ⁽³⁾. Disse foranstaltninger omfatter ny EU-lovgivning, der skal sikre en hurtigere og mere effektiv reaktion på fremkomsten af nye skadelige psykoaktive stoffer (de såkaldt »legal highs«, se kapitel 8). Der er planlagt andre udviklinger i lovgivningen på områderne narkotikahandel, prækursorkontrol, hvidvaskning af penge og inddrivelse af udbytte fra kriminelle aktiviteter. Endvidere er et forslag om fastsættelse af minimumskvalitetsstandarder for forebyggelse, behandling og skadesbegrænsning under udarbejdelse.

Narkotikapolitikker på det vestlige Balkan

I evalueringen af EU's narkotikastrategi blev det bemærket, at internationalt samarbejde var et nyttigt og betydningsfuldt politisk værktøj, især for kandidat- og førtiltrædelseslande. Forud for de seneste udvidelser af EU i 2004 og 2007 fik de kommende EU-medlemslande bistand til at udvikle narkotikapolitikker, der var i overensstemmelse med EU's afbalancerede og evidensbaserede tilgang.

En lignende proces er undervejs på det vestlige Balkan, hvor tre kandidatlande og tre potentielle kandidatlande alle for nylig har vedtaget omfattende og afbalancerede narkotikastrategier og handlingsplaner (se tabel 1). Landene i denne region har mange fælles problemer, bl.a. deres beliggenhed langs en af Europas traditionelle narkotikahandelsruter med de deraf følgende heroin- og andre narkotikarelaterede problemer ⁽⁴⁾. Disse nationale

⁽¹⁾ Tilgængelig online.

⁽²⁾ Se boksen »COSI: Den Stående Komité for det Operationelle Samarbejde om den Indre Sikkerhed« (kapitel 2).

⁽³⁾ KOM(2011) 689/2

⁽⁴⁾ Se landeoversigter på EONN's websted.

Tabel 1: De seneste narkotikapolitiske dokumenter i kandidatlande og potentielle kandidatlande på det vestlige Balkan

Land	Planlægningsdokumentets titel	Tidshorizont	Hovedfokus	Kommentar
Albanien	National strategi mod narkotika	2004-2010	Ulovlige stoffer	Potentielt kandidatland
Bosnien-Hercegovina	National strategi om overvågning af narkotiske stoffer, forebyggelse og afskaffelse af misbrug af narkotiske stoffer	2009-2013	Ulovlige stoffer	Potentielt kandidatland
Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien	National narkotikastrategi	2006-2012	Ulovlige stoffer	Kandidatland
Kosovo ⁽¹⁾	National strategi og handlingsplan for narkotikabekæmpelse	2009-2012	Ulovlige stoffer	Potentielt kandidatland
Montenegro	National strategisk indsats mod narkotika	2008-2012	Ulovlige stoffer	Kandidatland
Serbien	National strategi for bekæmpelse af narkotika	2009-2013	Ulovlige stoffer	Kandidatland

⁽¹⁾ Denne betegnelse er med forbehold for holdningerne til retsstilling og er i overensstemmelse med UNSCR 1 244 og ICJ's udtalelse om Kosovos uafhængighedserklæring.

politiske retningslinjer dækker narkotikaefterspørgsel, narkotikaudbudsbegrænsning og fastsætter — i nogle tilfælde — strategiske mål, målsætninger og strukturer, der afspejler dem i EU's narkotikapolitiske dokumenter,

som omfatter overvågnings- og evalueringssystemer samt koordinationsmekanismer. Handlingsplanerne er ofte detaljerede med en tidsramme, ansvarlige parter, gennemførelsesindikatorer og skøn over omkostninger for hver aktion.

Tværnationale narkotikastrategier

Den næste EU-narkotikastrategi bliver den niende narkotikastrategi eller -handlingsplan, der vedtages af EU siden 1990. I den periode har tværnationale organisationer i andre dele af verden også udviklet sådanne dokumenter.

I Afrika udviklede Den Afrikanske Union en »handlingsplan for narkotikakontrol og forebyggelse af kriminalitet« (2007-2012), mens de 15 medlemsstater i Det Økonomiske Fællesskab af Vestafrikanske Stater (Ecowas) blev enige om en politisk erklæring og en »regional handlingsplan for bekæmpelse af ulovlig narkotikahandel, organiseret kriminalitet og stofbrug« (2008-2011). I Asien vedtog Sammenslutningen af Stater i Sydøstasien (ASEAN), der består af 10 lande, »ASEAN-arbejdsplanen om bekæmpelse af ulovlig narkotikaproduktion, -handel og -brug« (2009-2015). Endvidere vedtog Organisationen af Amerikanske Stater (OAS) i 2010 en »Hemispheric drug strategy«, der dækker de 35 stater på det amerikanske kontinent.

Mens OAS' strategi ligger tættest på EU's tilgang, fokuserer de øvrige tværnationale organisationers planer hovedsageligt på udbudsbegrænsning og retshåndhævelse. F.eks. sigter ASEAN's arbejdsplan mod at udrydde ulovlig narkotikaproduktion, -forarbejdning, -handel og -brug med det formål at gøre ASEAN til et stoffrit område inden 2015. Det overordnede mål med Den Afrikanske Unions plan er at styrke håndhævelsen af narkotikalovgivning om narkotikakontrol, idet seks af de syv centrale indsatsområder fokuserer på narkotikakontrol og kriminalitetsforebyggelse. Ecowas' strategi følger en mere afbalanceret tilgang, men har skarpt fokus på sikkerhedsspørgsmål i forbindelse med narkotikahandel.

Nationale narkotikastrategier

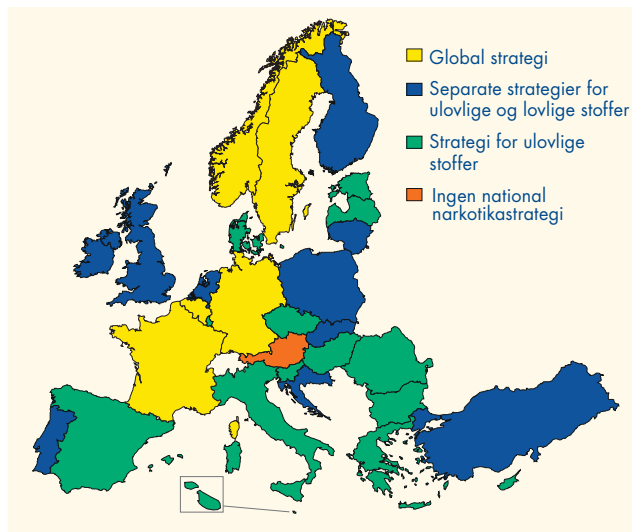
En anbefaling til den næste EU-narkotikastrategi er at gå i retning af en mere integreret tilgang til både lovlige og ulovlige stoffer og muligvis også inkludere forskellige former for adfærdsafhængighed. Et andet emne til overvejelse er at forbedre koblingen mellem narkotikapolitik og bredere sikkerhedspolitikker såsom politikker for bekæmpelse af organiseret kriminalitet. Den aktuelle situation i EU-medlemslandene, Kroatien, Tyrkiet og Norge undersøges vedrørende begge emner i det følgende.

Integration af lovlige og ulovlige stoffer

Vedtagelsen af nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner er en hjørnesten i EU's narkotikapolitik og et anerkendt værktøj, der benyttes af EU-landene til at fastsætte mål og målsætninger for deres narkotikapolitikker. Der kan ses forskelle på, hvor meget landene har bevæget sig i retning af politiske dokumenter, som dækker både lovlige og ulovlige stoffer (figur 1).

5 lande har vedtaget strategier eller handlingsplaner, der har et »globalt« anvendelsesområde, idet de dækker lovlige og ulovlige stoffer og, i nogle tilfælde, afhængighedsadfærd. Den brede tilgang afspejles i titlerne på de politiske dokumenter: Belgiens »Omfattende og integrerede politik vedrørende narkotika«, Frankrigs »Regeringsplan for bekæmpelse af narkotika og

Figur 1: Nationale narkotikastrategiers anvendelsesområde



NB: Globale strategier dækker lovlige og ulovlige stoffer og – i nogle tilfælde – afhængighedsadfærd. Nogle strategier for ulovlige stoffer har også haft et fokus på lovlige stoffer. Mens Det Forenede Kongerige har separate strategier for ulovlige og lovlige stoffer, har både England og Skotland separate strategier for ulovlige stoffer, alkohol og tobak, og både Wales og Nordirland har globale narkotikastrategier, der dækker alkohol, samt separate tobaksstrategier.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

narkotikaafhængighed», Tysklands »Nationale strategi for narkotika- og afhængighedspolitik«, Sveriges »Sammenhængende strategi for alkohol, narkotiske stoffer, doping og tobak (ANDT)«, og Norges »Handlingsplan for narkotika- og alkoholområdet«. Med undtagelse af Norge, som har separate strategier for tobak og spil, er der ingen separate nationale strategier for andre lovlige stoffer eller afhængighedsadfærd i disse lande.

10 lande har separate strategier eller handlingsplaner for ulovlige og lovlige stoffer. Disse lande er forskellige med hensyn til, hvilke lovlige stoffer der er omfattet af specifikke politiske dokumenter, og om disse dokumenter omhandler enkelte stoffer eller ej. Nederlandene og Slovakiet har separate strategier for alkohol og tobak, mens Litauen har en fælles alkohol- og tobaksstrategi. I de 7 andre lande omhandler strategierne for lovlig narkotika kun alkohol og tobak. Både Irland og Portugal overvejer i øjeblikket processen med at integrere strategier for ulovlig narkotika og alkohol.

14 lande har kun én narkotikastrategi eller handlingsplan, der fokuserer på ulovlige stoffer. Foranstaltninger for lovlige stoffer kan dog være indeholdt i disse planlægningsdokumenter i større eller mindre udstrækning. I nogle af disse lande, f.eks. Spanien, er der en stærk tendens til at inkludere specifikke foranstaltninger målrettet alkohol- eller tobaksbrug, hvor det er hensigtsmæssigt.

Andre lande henviser lejlighedsvis til lovlige stoffer eller lægemidler (Bulgarien, Malta) eller opfordrer til bedre integration af narkotika- og alkoholspørgsmål i fremtiden (Grækenland, Luxembourg). Kun ét land, Estland, har en strategi, der udelukkende fokuserer på ulovlige stoffer.

Tendensen i retning af en integreret tilgang til stofbrug ser ud til primært at findes blandt de EU-lande, der blev medlemmer før 2004. Det er disse lande, som har anlagt en global strategi, som er i gang med at integrere deres strategier for ulovlig narkotika og alkohol, eller som har inkluderet mange målsætninger for lovlige stoffer i deres strategi for ulovlig narkotika. I Central- og Østeuropa tegner der sig hovedsageligt et billede af separate strategier eller kun strategier for ulovlige stoffer med begrænset omtale af lovlige stoffer.

Til trods for denne tendens i retning af integration af lovlige og ulovlige stoffer i de politiske planlægningsdokumenter er de understøttende nationale koordinations- og budgetstrukturer måske ikke blevet ændret tilsvarende.

Narkotikastrategier og sikkerhedsspørgsmål

Udbudsbegrænsning er en væsentlig komponent i de europæiske narkotikapolitikker. Planlægning og koordinering af aktiviteter på dette område er ikke blot knyttet til narkotikastrategien, men hænger også sammen med en bredere politisk udvikling på sikkerhedsområdet. På EU-niveau er f.eks. grov organiseret kriminalitet og dens engagement i narkotikahandel en af de trusler, EU's interne sikkerhedsstrategi er rettet imod (Det Europæiske Råd, 2010).

På nationalt plan anførte 15 lande, at de havde mindst ét planlægningsdokument ud over deres narkotikastrategi, der definerede aktiviteter inden for narkotikaudbudsbegrænsning. Af disse lande nævnte 2 en strategi på sikkerhedsområdet, 11 nævnte en strategi for bekæmpelse af kriminalitet eller organiseret kriminalitet, og 2 nævnte begge typer af strategier. I 14 andre lande har man meddelt, at den nationale narkotikastrategi er det eneste dokument, hvor der er defineret udbudsbegrænsningsaktiviteter, mens Østrig ikke har noget nationalt planlægningsdokument på dette område.

I de fleste af de lande, hvor udbudsbegrænsningen er indarbejdet i både narkotikastrategien og i en anden strategi, anfører narkotikaeksperter, at den nationale narkotikastrategi er det vigtigste dokument på dette område. To lande (Nederlandene, Det Forenede Kongerige) anfører, at begge dokumenter har lige stor betydning, mens den belgiske »Nationale sikkerhedsplan« og Sloveniens »Nationale program for forebyggelse

Rådgivning om narkotikapolitik

Regeringer søger råd om narkotikapolitik af forskellige årsager, f.eks. når de udvikler nye narkotikastrategier, overvejer lovændringer eller evaluerer tidligere politiske beslutninger.

28 ud af 30 lande anfører, at de har en struktur med en formel rådgivningsfunktion vedrørende narkotikapolitik. I nogle tilfælde er strukturen oprettet ved lov, i andre er den ikke lovbestemt. Halvdelen af landene har specialiserede rådgivningsorganer, mens det i andre er eksisterende strukturer — for det meste nationale narkotikakoordineringsorganer — der har en rådgivende rolle. Medlemstallet i de rådgivende strukturer svinger fra 8 til over 30, primært politiske beslutningstagere, embedsmænd, forskere, socialarbejdere og repræsentanter for civilsamfundet. Formanden kan være en politiker (Sverige), en akademiker (Belgien) eller en ledende embedsmand (Estland). Deres opgaver kan omfatte støtte til opførelse af stoffer på listen i henhold til narkotikalove, iværksættelse og finansiering af forskning og rådgivning af beslutningstagere.

Eksempler på rådgivningsstrukturer i Europa omfatter den nationale rådgivningskomité vedrørende narkotika i Irland med 16 medlemmer og en akademiker som formand. Det Forenede Kongeriges rådgivende råd om misbrug af stoffer på 24 medlemmer opfører både stoffer på listen og rådgiver regeringen. Det tyske råd om narkotika og afhængighed med 27 medlemmer ledes af den tyske regerings ansvarlige for rusmidler og støtter gennemførelsen og udviklingen af den nationale narkotikastrategi og samarbejdet mellem de nationale og lokale niveauer. I Tjekkiet udføres arbejdet med opførelse af stoffer på listen og rådgivningen af fem udvalg og flere arbejdsgrupper, der er knyttet til det statslige råd for koordinering af narkotikapolitikken.

Selv om rådgivningsorganer ser ud til at være en gængs politisk struktur i Europa, har de forskellige former, funktioner og medlemssammensætning. Normalt danner de et forum, hvor statslige og andre sektorer kan kommunikere, koordinere og overveje politisk relevant information.

og bekæmpelse af kriminalitet» anses for vigtigere end narkotikastrategien med hensyn til at definere udbudsbegrænsningsaktiviteter.

I de sidste 20 år har narkotika været en særdeles synlig politisk prioritering, i vid udstrækning på grund af væksten i narkotikabrug og narkotikarelaterede problemer. En mere stabil narkotikasituation og nye politiske prioriteringer på nationalt plan (offentlige underskud, arbejdsløshed) ser nu ud til at bidrage til, at narkotikapolitikker i højere grad integreres med bredere politikker. I praksis kunne dette betyde, at begrænsning af narkotikaefterspørgslen i stigende grad nærmer sig sundheds- og adfærdsafhængighedspolitikker, mens

begrænsningen af narkotikaudbuddet nærmer sig sikkerhedsstrategier målrettet organiseret kriminalitet. Det rejser spørgsmålet om, hvorvidt de omfattende og afbalancerede narkotikastrategier af i dag vil have en plads i fremtiden.

Offentlige udgifter

Nationale narkotikastrategier og handlingsplaner indeholder foranstaltninger til at nedbringe narkotikarelaterede problemer, og gennemførelsen af dem finansieres primært af staten. Afregning af sådanne offentlige midler kan være et vigtigt værktøj i politikevalueringsprocessen. Dette afsnit ser på, om der er knyttet specifikke budgetter til de narkotikapolitiske planlægningsdokumenter, og om oplysningerne om de faktiske udgifter gøres tilgængelige. Da midlerne bevilges på forskellige statslige niveauer, og metoderne for bevillingsregnskaber er forskellige i Europa, er kun et foreløbigt overblik over nationale metoder på dette område tilgængeligt.

Offentlige udgifter i forbindelse med narkotikaproblemet kan påvirkes af kriseprogrammer som dem, nogle lande gennemførte efter den seneste globale økonomiske recession. I en første gennemgang af tendensdata vedrørende narkotikarelaterede offentlige udgifter undersøges dette spørgsmål.

Narkotikastrategier og budgetter

Af de 29 europæiske lande, der har nationale narkotikastrategier eller handlingsplaner, anfører 7, at deres nuværende narkotikapolitiske planlægningsdokument enten har et omfattende eller et sektoraftgrænset budget. I Cypern er narkotikastrategien for 2009-2012 ledsaget af et årligt budget, og de årlige udgifter offentliggøres også. I Estland fastlægges der budget for de nationale narkotikastrategier, og de årlige udgifter anslås. I Tjekkiet blev handlingsplanen for 2010-2012 for første gang ledsaget af et vejledende budget. I Grækenland er handlingsplanen for 2011-2012 ledsaget af et budget. Der hører også et budget til den franske nationale plan for 2008-2011 (forlænget til 2012), men vurderingen af gennemførelsen er ikke offentlig. Under Det Forenede Kongeriges narkotikastrategi er der ikke noget centralt budget, men i Nordirland, Skotland og Wales er der knyttet budgetter til strategierne, og skøn over udgifterne bliver offentliggjort. Skønt der ikke er noget specifikt budget i England, bliver udgiftsregnskaberne jævnligt offentliggjort. I nogle tilfælde dækker særlige budgetter kun en del af narkotikastrategien, som det er tilfældet i Rumænien, hvor der er afsat et budget til

sundhedsmæssige og sociale behandlingsforanstaltninger i narkotikahandlingsplanen for 2009-2012.

3 lande anfører, at de ikke længere har budgetter knyttet til deres narkotikastrategi. Irland, Portugal og Slovakiet havde fastsat budgetter og årlige udgiftsskøn for tidligere handlingsplaner, men ikke for den nuværende. Både Portugal og Slovakiet har dog tværministerielle udvalg, som er i gang med at udvikle dette område.

I 8 lande bliver der hvert år defineret et budget, som dækker hele eller dele af den nationale narkotikastrategi eller handlingsplan inden for det samlede nationale budget. I Luxembourg støttes den flerårige handlingsplan af et årligt narkotikabudget, og der bliver også udarbejdet omfattende udgiftsskøn. I Kroatien er det årlige narkotikarelaterede budget tæt knyttet til handlingsplanen. I Bulgarien, Danmark, Ungarn, Sverige, Finland og Norge godkender regeringerne årlige budgetter til finansiering af narkotikainitiativer.

11 lande har ikke for nylig knyttet narkotikarelaterede budgetter til nationale politiske planlægningsdokumenter. I disse tilfælde kommer den nødvendige finansiering til narkotikastrategien eller handlingsplanen direkte fra de organer, der er ansvarlige for gennemførelsen af dem.

Der er en bred variation i fremgangsmåderne i Europa, og kun få lande har indført en klar og gennemsigtig tilgang til budgetbevilling og revision på narkotikaområdet. Selv om dette kan skyldes tekniske vanskeligheder, bidrager det ikke desto mindre til de problemer, der er forbundet med at anslå narkotikarelaterede offentlige udgifter i Europa og udvikle den økonomiske evaluering af narkotikapolitikken.

Tendenser i narkotikarelaterede offentlige udgifter

Et centralt aktuelt spørgsmål er, hvordan den seneste økonomiske krise og de deraf følgende kriseforanstaltninger påvirker narkotikapolitikken og de narkotikarelaterede budgetter. Dette emne udforskes under henvisning til de seneste skøn over narkotikarelaterede udgifter i de europæiske lande. En vis forsigtighed er dog påkrævet, da mængden og kvaliteten af den tilgængelige information varierer stærkt landene imellem, idet undersøgelserne dækker forskellige år, benytter en række metodologier og ikke altid indeholder skøn over den samme budgetandel.

Nogle af de midler, regeringerne bevilger til udgifter til narkotikarelaterede opgaver, identificeres som sådanne i budgettet (»øremærkede«). Ofte er hovedparten af de narkotikarelaterede udgifter dog ikke identificeret

(»ikkeøremærkede«) og skal anslås gennem opstilling af modeller. Det samlede budget er summen af både øremærkede og ikkeøremærkede narkotikarelaterede udgifter.

I de seneste år er der konstateret fald i de narkotikarelaterede offentlige udgifter i 6 lande. I Det Forenede Kongerige blev en reduktion på 5 % i de øremærkede offentlige udgifter i 2010-2011 i England ⁽⁵⁾ i forhold til det foregående år ikke opvejet af mindre stigninger i øremærkede udgifter i Nordirland, Skotland og Wales. I 2010 faldt de øremærkede udgifter i Estland med 3 % sammenlignet med 2009, men med 54 % sammenlignet med 2008. I Irland faldt øremærkede udgifter med 3 % sammenlignet med det foregående år. I Ungarn viste en halvårsrevision af 2010-budgettet, at støtten til øremærkede aktiviteter var sat 25 % ned. I Kroatien peger tilgængelige data på en 10 %'s nedskæring i de øremærkede narkotikarelaterede offentlige udgifter på budgettet for 2010 sammenlignet med 2009. I Tjekkiet viser detaljerede analyser, at der er færre midler til rådighed for behandling og skadesbegrænsning, til trods for at en bedre datadækning tyder på stigende udgifter i 2010.

For 4 andre lande er der ingen tegn på budgetnedskæringer i de seneste skøn over narkotikarelaterede udgifter. I Belgien steg de samlede narkotikarelaterede offentlige udgifter med 18,5 % mellem 2004 og 2008 (før recessionen). I Sverige steg de samlede narkotikarelaterede udgifter i 2011 betydeligt i forhold til 2007. I Luxembourg var der i 2010 en årlig stigning på 5,6 % i de samlede narkotikarelaterede udgifter. I Finland steg de samlede narkotikarelaterede offentlige udgifter med 1,6 % i 2009.

Undersøgelser, der er foretaget indtil nu, tyder på, at der er en betydelig variation mellem landene med hensyn til, hvordan og hvor meget den økonomiske krise påvirker deres narkotikarelaterede budgetter og udgifter.

Nationale love vedrørende nye psykoaktive stoffer

I de seneste år har Europa oplevet, at en række forskellige nye psykoaktive stoffer er blevet almindeligt tilgængelige i et hidtil uset tempo. Den hastighed, hvormed disse nye stoffer bliver lanceret, kombineret med manglende information om risiciene ved at bruge dem, er en udfordring for den etablerede procedure for tilføjelse af enkelte stoffer til listen over stoffer, der kontrolleres i henhold til narkotikalovgivningen. Mens flertallet af de europæiske lande fortsat gør dette, har flere reageret

⁽⁵⁾ 84 % af Det Forenede Kongeriges befolkning bor i England, og Englands narkotikarelaterede budget er på over 80 % af det samlede budget. Øremærkede udgifter udgør en lille del af Det Forenede Kongeriges samlede narkotikarelaterede udgifter.

med innovative ændringer i deres lovgivning eller håndhævespolitikker ⁽⁹⁾.

De mest grundlæggende ændringer har indebåret vedtagelse af nye straffelove med indførelse af straf til distribution af psykoaktive stoffer uden tilladelse, som det er sket i Irland, Østrig og Rumænien. Der er nogle ligheder, men også centrale forskelle mellem disse tre eksempler. Vedrørende stoffet definerer alle tre lande et psykoaktivt stof som det, der stimulerer eller svækker centralnervesystemet og er knyttet til afhængighed, hallucinationer eller motoriske funktions- eller adfærdsforstyrrelser. I Irland skulle disse forstyrrelser være »betydelige«. I Østrig kan stoffer kun blive opført på listen, hvis det er sandsynligt, at de vil blive misbrugt af visse dele af samfundet og være en mulig trussel for forbrugersundheden. I den rumænske lov er der ikke længere et specificeret krav til skadelighed i modsætning til en regeringsbekendtgørelse, der blev udsendt tidligere samme år. I Østrig skal sundhedsministeren sætte navn på stofferne eller grupperne af stoffer i en forordning, mens det i Irland og Rumænien ikke er nødvendigt at anføre stofferne med navn — et hvilket som helst stof, der besidder de egenskaber, som defineres i lovgivningen, er implicit dækket. Udbud er en lovovertrædelse i Østrig, hvis udbyderen har til hensigt at tjene på det, og hensigten er, at produktet skal bruges på grund af sine psykoaktive virkninger. I Irland er kun viden om sandsynlig indtagelse nødvendig, mens ingen af delene kræves i Rumænien. De maksimale straffe for udbud er 2 års fængsel i Østrig, 5 i Irland og 8 i Rumænien med væsentlige skærpelser i Østrig og Rumænien, hvis udbuddet forårsager alvorlig skade eller død.

Selv om en række lande bevarer deres eksisterende narkotikalove, har de indført forbedringer med henblik på at styrke eller fremskynde de procedurer, der følges ved opførelsen af nye stoffer på listen som narkotika. Videnskabelige risikovurderingspaneler blev officielt oprettet i Ungarn (2010) og Finland (2011) for at tilvejebringe et evidensgrundlag for beslutninger om at kontrollere nye stoffer. I 2011 vedtog Det Forenede Kongerige en ny procedure (»temporary class drug orders«), som vil gøre det muligt hurtigt at kontrollere specifikke stoffer i henhold til narkotikalovene i op til et år, hvor man undersøger behovet for permanent kontrol. Et lignende forslag til en midlertidig kontrolliste blev vedtaget af det slovakiske parlament, men blev suspenderet før valget i 2012. En anden forbedring, som blev gennemført af nogle lande, har været at udvide dækningen af eksisterende narkotikalove ved at opføre stoffer på listen som definerede grupper i stedet for individuelt, som man gjorde før. I 2009 og 2011 blev syntetiske cannabinoider

af henholdsvis Luxembourg og Italien defineret som grupper af kontrollerede stoffer. Italien tilføjede senere en gruppedefinition af cathinoner. I 2011 tilføjede Cypern gruppedefinitioner af syntetiske cannabinoider, cathinoner og phenethylaminer til sin narkotikalov, mens Frankrig og Tyskland har undersøgt, om denne fremgangsmåde kan lade sig gøre.

Ændringer i lovgivningen kan være en langvarig proces, og nogle lande benytter andre eksisterende love til at fremskynde deres indsats mod nye stoffer. Lægemedellovgivningen er blevet brugt til at kontrollere stoffer uden terapeutiske formål i mindst 8 lande. Endvidere er der i Italien, Polen, Portugal og Det Forenede Kongerige blevet håndhævet forskellige former for forbrugersikkerhedslove, der er målrettet psykoaktive produkter generelt (hvilket har ført til shoplukninger), eller som er rettet mod enkelte stoffer. F.eks. blev mephedron solgt som »plantegødning« eller »badesalt« til trods for, at det ikke kan bruges til disse formål. Det kan være hurtige tiltag, før der kan indføres en narkotikalovkontrol, men de har også givet landene mulighed for at udforme innovative tiltag.

En anden mulighed for kontrol af potentielt skadelige stoffer er at tilpasse eksisterende love. I 2010 så Polen bort fra kravet om skadelighed og eventuel anvendelse af generelle produktsikkerhedslove i definitionen af et »erstatningsstof« (et stof, der kan bruges i stedet for et narkotikum eller med samme formål). Sideløbende hermed blev sundhedsbeskyttelsesloven ajourført, så den kan håndhæves ved mistanke om, at et erstatningsstof udgør en trussel mod menneskers sundhed. I Ungarn blev en midlertidig liste i 2012 tilføjet til lægemedelloven med henblik på at opføre ikketerapeutiske stoffer, der påvirker centralnervesystemet, kan ændre den mentale tilstand, adfærd eller perception og derfor kan udgøre en lige så alvorlig trussel mod folkesundheden som de stoffer, der er opført på narkotikalistene. I henhold til det ændrede narkotikaafsnit i straffeloven kan tilbud om eller distribution af den slags stoffer straffes med op til tre års fængsel. I Sverige fik de retshåndhævende myndigheder i 2011 nye beføjelser til at handle for at beskytte den offentlige sikkerhed og beslaglægge og destruere bestemte stoffer, der formodes at skulle bruges som rusmiddel og sandsynligvis kan forårsage skader eller død. I henhold til de nye love i Østrig og Det Forenede Kongerige må politiet under visse omstændigheder konfiskere en hvilken som helst mængde af et stof, selv om der ikke er begået en lovovertrædelse.

Der forekommer et stigende antal foranstaltninger, som er målrettet reklame for og åbent salg af nye psykoaktive stoffer. At reklamere for de psykoaktive virkninger af et

⁽⁹⁾ Se et resumé af politikspørgsmål i de europæiske lande i EONN (2011d).

stof, man har til salg, straffes med op til 5 års fængsel i Irland og med 1 til 3 år i Rumænien. I Tjekkiet kan fremme af afhængighed af et psykoaktivt stof straffes med op til 8 års fængsel. I Rumænien straffes det med 3-10 års fængsel at reklamere for, at produkterne sælges lovligt. I Polen kan udbud af »erstatningsstoffer« straffes med en stor bøde, mens reklame for dem kan føre til et års fængsel. I Rumænien pålægges en betydelig bøde, hvis et strafbart websted ikke fjernes senest 12 timer efter en anmodning fra ministeriet.

Den hastige fremkomst af nye og ukendte stoffer har afstedkommet mange tiltag, som fortsat udvikles. Således har mindst 7 lande siden 2009 gennemført et innovativt tiltag og senere iværksat et andet. Størrelsen af de strafferetlige sanktioner og graden af psykoaktivitet eller potentiel skade, som ville udløse dem, er vidt forskellig i Europa. Ikke desto mindre er der to synlige tendenser, nemlig brugen af truslen om fængsel for at afskrække leverandører og udelukkelsen af strafferetlige sanktioner for personer, der besidder et stof til personlig brug.

Forskning på narkotikaområdet

For at supplere og støtte de indsatsområder, der er fastlagt i EU-narkotikastrategien, finansierer Europa-Kommissionen en række narkotikarelaterede undersøgelser samt narkotikarelateret forskning. Siden 2007 har den investeret over 18 mio. EUR under RP7, det syvende rammeprogram for forskning og innovation.

To store europæiske undersøgelser har fokuseret på narkotika- og alkoholafhængighed i forbindelse med hjerneforstyrrelser. Det nyligt afsluttede projekt »Psychosocial factors relevant to brain disorders in Europe« (PARADISE) viste, at stofmisbrugsforstyrrelser medfører en alvorlig belastning og påvirker dagliglivet. Det blev konstateret, at de almindeligste vanskeligheder var i de kognitive funktioner, emotionelle funktioner, selvpleje, forhold til andre, beskæftigelse og økonomi. I 2011 viste et andet stort europæisk projekt, at forstyrrelser i hjernen målt i livsår justeret for handicap er den største bidragsyder til EU's samlede sygdomsbyrde og tegner sig for 26,6 % af det samlede tal (Wittchen et al., 2011). I denne undersøgelse rangerede narkotika- og alkoholafhængighed blandt de mest almindelige

hjerneforstyrrelser, kun overgået af angstforstyrrelser, søvnløshed, svær depression og somatoforme forstyrrelser.

Med projektet »Access to opioid medication in Europe« (ATOME) undersøges årsagerne til, at opioide lægemidler for moderat til svær smerte og behandling af opioidaafhængighed ofte ikke er tilgængelige, hvor der er behov for det, og ikke udnyttes hensigtsmæssigt. Projektet løber indtil udgangen af 2014, og de første resultater af det omfatter offentliggørelsen af nye politiske retningslinjer fra WHO (2011), som foreligger på 14 sprog, og en gennemgang af potentielle barrierer for adgangen til opioider og tilgængeligheden heraf. Projektet skal resultere i landerapporter med konkrete henstillinger til lovændringer.

Projektet »Addictions and lifestyles in contemporary Europe — reframing addictions project« (ALICE RAP) løber indtil 2016 og får input fra over 100 forskere og 70 forskningsinstitutioner i over 30 lande. Gennem syv store arbejdsplaner har projektet til formål at styrke den videnskabelige evidens, der kan informere offentligheden og den politiske dialog om de udfordringer, narkotika og andre former for afhængighed skaber for det europæiske samfund, og at stimulere debatten om, hvordan de forskellige former for afhængighed skal håndteres.

Projektet »Grasping the links in the chain: understanding the unintended consequences of international counter-narcotics measures for the EU (LINKSCH)« blev indledt i februar 2012 og samler syv partnere fra fire lande, der skal bidrage til en mere omfattende narkotikabekæmpelsespolitik med det formål at minimere utilsigtede følger. Endelig vil det RP7-finansierede netværk for det europæiske forskningsrum (ERA-NET) om ulovlige stoffer være i gang senest i 2013.

Europa-Kommissionens »Drug prevention and information programme« (DPIP) har også støttet en række projekter, bl.a. en undersøgelse vedrørende yderligere analyse af EU's ulovlige narkotikamarked og foranstaltninger imod det, hvori kendetegn og virkemåde for EU's markeder for cannabis, kokain, amfetaminer og ecstasy blev analyseret, samt projektet »New methodological tools for policy and programme evaluation« (DPE), som udvikler indikatorer for overvågning af udbuddet af og efterspørgslen efter ulovlig narkotika og for evaluering af politikker og tiltag (?).

(?) Yderligere oplysninger om forskning i Europas narkotikaproblem kan ses på EONN's forskningswebsted.

Druid: kørsel i narkotika-, alkohol- og medicinpåvirket tilstand (driving under the influence of drugs, alcohol and medicines)

Druidprojektet, der blev afsluttet i 2011, havde til formål at give ny indsigt i, hvordan alkohol, ulovlige stoffer og medicin påvirker færdselssikkerheden, og formulere henstillinger til en færdselssikkerhedspolitik. Harmoniserede dataindsamlingsprotokoller blev brugt til at indsamle prøver på kropsvæsker fra omtrent 50 000 tilfældigt udvalgte førere af motorkøretøjer i 13 europæiske lande og fra 4 500 førere, der kom alvorligt til skade eller blev dræbt i en ulykke. Undersøgelsen viste, at 3,5 % af de testede førere havde alkohol i blodet. Endvidere lå 1,5 % af førerne af motorkøretøjer over den fælles retlige alkoholpromillegrænse på 0,5 (gram alkohol pr. liter), som øger deres risiko for at dø i en færdselsulykke betydeligt sammenlignet med førere, der ikke havde indtaget alkohol.

De spor af ulovlige stoffer, der oftest blev fundet blandt de tilfældigt testede førere, var tetrahydrocannabinol (THC) (1,3 %) og kokain (0,4 %). Tilstedeværelsen af THC blev knyttet til en let forhøjet risiko for, at føreren kom til skade eller var ansvarlig for en dødsulykke, mens tilstedeværelsen af kokain og amfetamin øgede førerens risiko betydeligt. Psykoaktive lægemidler, hovedsageligt benzodiazepiner, blev fundet hos 1,4 % af førerne og kunne øge risikoen for at dø i en trafikulykke betydeligt. Alle risici øgedes kraftigt, når stofferne blev kombineret med alkohol eller anden narkotika, som det ofte er tilfældet i Europa.

På grundlag af svarene konstateredes det i projektet, at de fleste apparater og teknikker til narkotikatest ved vejkontroller ikke er tilstrækkeligt nøjagtige. Effektive tiltag omfatter inddragelse af kørekortet i op til 12 måneder og rehabiliteringsprogrammer. Deres effektivitet afhænger dog af, at der skelnes mellem forskellige typer af overtrædere. Alligevel var en af hovedkonklusionerne i DRUID, at bestræbelserne på at standse kørsel i narkotikapåvirket tilstand ikke bør trække ressourcer væk fra bestræbelserne på at standse spirituskørsel.

Udviklingen i afhængighedsforskningen ⁽¹⁾

Omfanget af afhængighedsforskning er næsten tredoblet i EU-medlemsstaterne i det seneste år, selv om amerikanske videnskabsfolk fortsat udarbejder over en tredjedel af de nye publikationer. Antallet af dokumenter om alkohol, nikotin eller psykostimulanser steg i 2011, mens der også sås kraftige stigninger i genetiske undersøgelser og hjernescanningsundersøgelser på afhængighedsområdet. Mindre end 7 % af undersøgelserne drejede sig dog om kliniske forsøg med nye terapeutiske strategier for afhængighed, et område, der må udvikles.

Blandt de mest relevante kliniske forsøg, som er offentliggjort på dette område, var dem, der udforskede brugen af substitutionsbehandling eller transbekæmpende stoffer ved metamfetaminafhængighed, brugen af buprenorfin/naloxon ved opioidafhængighed eller nye behandlinger for opioidabstinens såsom tetrodotoxin. Andre undersøgelser fokuserede på det adfærdsmæssige, fysiologiske og molekylære grundlag for associativ eller betinget indlæring i stofmisbrugsparadigmer og udforskede nye potentielle mål for den terapeutiske udvikling.

Megen neurovidenskabelig forskning i afhængighed fokuserer på hjernens belønningssystem og dopamin, men nye data tyder på andre muligheder. F.eks. har undersøgelser med neuroscanning af dyr og mennesker vist, at den præfrontale cortex har en væsentlig indflydelse på stofbrugsadfærden. Samspillet mellem de dorsale og ventrale præfrontale cortexområder ændres i løbet af afhængighedsprocessen, hvilket tyder på indgreb fra neurotransmittere som noradrenalin, serotonin, glutamat og cannabinoider.

⁽¹⁾ Udarbejdet af Rodríguez de Fonseca og Jean-Pol Tassin, der er medlemmer af EONN's Videnskabelige Udvalg.

Kapitel 2

Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt

Indledning

Dette kapitel indeholder en oversigt over tiltag mod narkotikaproblemer i Europa med fremhævelse af tendenser og udvikling, hvor det er muligt. Forebyggende foranstaltninger gennemgås først, så følger tiltag på områderne behandling, social reintegration og skadesbegrænsning. Alle disse foranstaltninger indgår i en omfattende ordning til begrænsning af efterspørgslen og bliver i stigende grad samordnet og integreret. Det sidste afsnit fokuserer på fastlæggelse af prioriteringer for håndhævelse af narkotikalovgivningen og narkotikalovovertrædelser.

Forebyggelse

Narkotikaforebyggelse kan inddeles i forskellige niveauer eller strategier, som går fra målretning mod samfundet som helhed (miljømæssig forebyggelse) til fokusering på udsatte enkeltpersoner (indiceret forebyggelse). De største udfordringer for forebyggelsespolitikkerne er at matche disse forskellige strategier med graden af målgruppens sårbarhed (Derzon, 2007) og at sikre, at tiltagene er evidensbaserede og har tilstrækkelig dækning. De fleste forebyggelsesstrategier fokuserer på stofbrug generelt, og nogle også på tilknyttede problemer såsom vold og seksuel risikoadfærd. Kun et begrænset antal programmer fokuserer på et bestemt stof, f.eks. alkohol, tobak eller cannabis.

Miljømæssig forebyggelse

Miljømæssige forebyggelsesstrategier sigter mod at ændre de kulturelle, sociale, fysiske og økonomiske miljøer, hvor mennesker foretager deres valg med hensyn til stofbrug. Disse strategier omfatter typisk foranstaltninger såsom alkoholpriser, forbud mod tobaksreklamer og rygning, hvor der er god dokumentation for, at det virker. Andre miljømæssige strategier fokuserer på udvikling af beskyttende skolemiljøer. Blandt de eksempler, der anføres af europæiske lande er: fremme af et positivt og støttende læringsklima (Polen, Finland), undervisning i de normer og værdier, der kendetegner en god borger (Frankrig),

og foranstaltninger til at gøre skolerne mere sikre gennem tilstedeværelsen af politi i kvarteret (Portugal).

Det har været hævdet, at en række sociale problemer, bl.a. stofbrug, teenagegraviditeter og vold er mere udbredt i lande med en høj grad af social og sundhedsmæssig ulighed (Wilkinson og Pickett, 2010). Mange skandinaviske lande såsom Finland investerer betydeligt i bredere miljømæssige politikker, som sigter mod at øge social inklusion på familie-, skole-, lokalsamfunds- og samfundsniveau, og som bidrager og medvirker til at fastholde lavere stofbrugsniveauer. Forebyggelsesprogrammer og tiltag målrettet specifikke problemer eller stoffer bruges mindre i disse lande.

Forebyggelse: den miljømæssige baggrund

De seneste resultater fra den sociale neurovidenskab (Steinberg, 2008) støtter dokumentationen fra sociale undersøgelser for, at den miljømæssige baggrund i høj grad har indflydelse på, om de unge begiver sig ud i risikoadfærd.

Omkring puberteten øges risikotagningen som følge af ændringer i hjernens socioemotionelle system, hvilket fører til øget søgning efter belønning og mindre impuls kontrol under tilstedeværelse af ligestillede. En sådan øget følsomhed over for andres meninger og opfattede normer kan hjælpe til at forklare, hvorfor meget af unges risikoadfærd såsom ukontrolleret alkohol- og stofbrug og vanvidskørsel næsten kun forekommer i sociale sammenhænge. På afgørende tidspunkter træffer unge mennesker i grupper måske ikke »informerede valg« eller vurderer ikke risici rationelt.

Forskning viser, at forebyggelsestiltag for unge i stedet for at være koncentreret om information bør være målrettet normer og opfattelser af normalitet. Den understreger betydningen — set ud fra et forebyggelsesperspektiv — af at fokusere på miljømæssige sammenhænge såsom skole, familie og fritidsmiljøer. Forskningen fremhæver også betydningen af forældrekontrol og støtter foranstaltninger, der sigter mod at begrænse mulighederne for skadelige følger i de miljøer, hvor unge er sammen i grupper, især i fritidsmiljøer og nattelivet. Frem for alt støtter denne dokumentation den miljømæssige forebyggelsestilgang, som bygger mere på at ændre konteksten end på overtalelse alene.

Generel forebyggelse

Generel forebyggelse henvender sig til hele befolkninger, fortrinsvis på skole- og lokalsamfundsniveau. Formålet er at mindske den stofrelaterede risikoadfærd ved at give unge de nødvendige kompetencer til at undgå eller udskyde, at de bliver stofbrugere. I en evaluering for nylig af det tjekkiske forebyggelsesprogram »Unplugged« blev det konstateret, at de deltagende elever anførte væsentligt nedsatte forekomster af rygning og også mindre hyppig rygning, fuldskab, cannabisbrug og brug af et stof (Gabrhelik et al., 2012). Imidlertid er der på det seneste meldt om nedgang i etableringen af generel forebyggelse i Grækenland og Spanien og i antallet af forebyggelsesmedarbejdere i Letland, hvilket understøtter tidligere antydninger af, at forebyggelse er et område, der bliver ramt af budgetnedskæringer i denne periode med økonomisk tilbagegang (EONN, 2011a).

EU's vejledning i forebyggelsesstandards (EONN, 2011b) har til formål at bistå medlemsstaterne med at sikre kvaliteten i deres forebyggelsesprogrammer, og en række lande har meldt om forbedringer. For nylig har Irland vurderet gennemførelsen af sit nationale forebyggelsesprogram i sekundærskoler. Tjekkiet har foretaget forbedringer i sin forebyggelsesstøtteordning og indført Europas første certificeringsordning, hvor støtten kun er tilgængelig for certificerede programmer. Certificeringen af fagfolk skal forbedre kvaliteten i gennemførelsen af forebyggelsesprogrammer og sikre, at offentlige midler bruges effektivt.

Selektiv forebyggelse

Selektiv forebyggelse bruges over for særlige grupper, familier eller hele lokalområder, hvor mennesker på grund af deres svage sociale bånd og knappe ressourcer har større sandsynlighed for at udvikle stofbrug eller blive afhængige. Tyskland, Danmark, Spanien, Portugal og Østrig har gennemført målrettede forebyggelsestiltag for elever på erhvervsskoler, en gruppe unge, der er identificeret som en gruppe med øget risiko for udvikling af stofbrugsproblemer. Irland har anlagt en bredere tilgang til forebyggelsesarbejdet med risikoudsatte unge ved at arbejde på at forbedre læse- og regnefærdighederne blandt dårligt stillede elever. Tiltag på lokalsamfundsniveau, der er målrettet højrisikogrupper af unge som rapporteret af Italien og kommuner i Nordeuropa, kombinerer individuelle og miljømæssige strategier gennem opsøgende arbejde, ungdomsarbejde og formelt samarbejde mellem lokale myndigheder og

ikkestatslige organisationer. Disse tilgange sigter mod at nå unge i højrisikogruppen uden at rekruttere dem til bestemte programmer.

Der er ofte blevet rapporteret om tidlige tiltag i Europa, men målet for disse programmer og indholdet i dem har varieret landene imellem. Den seneste forebyggelsespolitik i Det Forenede Kongerige har ført »tidligt tiltag« tilbage til den oprindelige betydning: at yde social, emotionel og læringsmæssig støtte til dårligt stillede børn tidligt i deres liv⁽⁸⁾. Målet er at udskyde tidspunktet eller forhindre, at problemerne (herunder stofbrug) begynder i stedet for at vente og først reagere, når problemerne viser sig (Allen, 2011). Forældreprogrammer kan også spille en vigtig rolle i de tidlige tiltagsstrategier, men proaktivt forældrearbejde og uddannelse er fortsat sjældent på det selektive forebyggelsesområde.

Indiceret forebyggelse

Indiceret forebyggelse sigter mod at finde frem til personer 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. I de fleste europæiske lande er indiceret forebyggelse fortsat baseret på rådgivning til unge stofbrugere. En undtagelse er Preventure⁽⁹⁾, et canadisk program, der er tilpasset Det Forenede Kongeriges situation, og som er selektivt målrettet sensationshungrende unge, der drikker. Det er et af de mest positivt evaluerede programmer, der i øjeblikket er tilgængelige, og det er nu også ved at blive gennemført i Tjekkiet og Nederlandene.

Behandling

I Europa bruges primært psykosociale tiltag, opioids substitution og afgiftning til behandling af stofproblemer. Den relative størrelse af de forskellige behandlingsmodaliteter i hvert land påvirkes af forskellige faktorer, herunder opbygningen af det nationale sundhedssystem. Narkotikabehandling kan ydes mange forskellige steder, f.eks. specialbehandlingsenheder, bl.a. ambulatorier og døgnbehandlingscentre, psykiatriske klinikker og hospitaler, enheder i fængsler, lavtærskelcentre og kontorbaserede praktiserende læger.

Der foreligger ingen datasæt, som gør det muligt at beskrive hele populationen af stofbrugere, som i øjeblikket er under narkotikabehandling i Europa. EONN samler imidlertid information om en vigtig undergruppe af denne population gennem sin indikator for behandlingsefterspørgsel, der indsamler data om

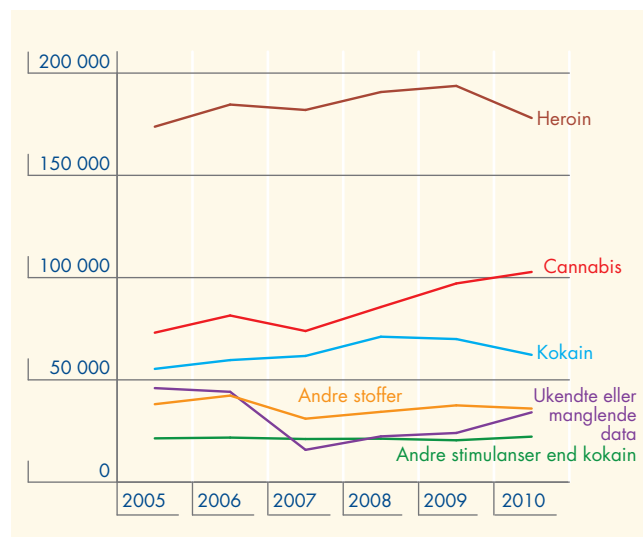
⁽⁸⁾ Adskiller sig fra den nye brug af »tidligt tiltag«, som betyder »tidligt i stofbrugsforløbet«.

⁽⁹⁾ Tilgængelig på webstedet for udveksling om foranstaltninger til begrænsning af narkotikaefterspørgslen.

personer, som kommer i behandling på specialiserede narkotikabehandlingscentre i årets løb. Dette giver indblik i deres særlige karakteristika og stofbrugsprofiler ⁽¹⁰⁾. I 2010 registrerede indikatoren omkring 472 000 personer, der kom i behandling, hvoraf 38 % (178 000) påbegyndte en narkotikabehandling for første gang i deres liv. Heroin, cannabis og kokain har været de vigtigste primære stoffer, der er blevet anført af personer, som er kommet i behandling i de sidste fem år, idet den største stigning er observeret for cannabis (se figur 2).

På grundlag af en række forskellige kilder, bl.a. indikatoren for behandlingsefterspørgsel og nationale opioidsubstitutionsregistre, kan det anslås, at mindst 1,1 millioner mennesker modtog behandling for ulovlig stofbrug i EU, Kroatien, Tyrkiet og Norge i løbet af 2010 ⁽¹¹⁾. Mens over halvdelen af disse klienter modtog opioidsubstitutionsbehandling, fik et betydeligt antal andre former for behandling for problemer i forbindelse med opioider, stimulanser, cannabis og andre ulovlige stoffer ⁽¹²⁾. Selv om der er behov for at forfine dette skøn over narkotikabehandlingen i EU, tyder det dog på et betydeligt behandlingsudbud, i hvert fald til opioidbrugere. Det er følgen af en væsentlig udvidelse

Figur 2: Tendenser for anslået antal klienter, der påbegynder behandling efter primært stof



NB: Se yderligere oplysninger i figur TDI-1 (del ii) i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

inden for specialambulatorier i løbet af den seneste snes år med en betydelig inddragelse af den primære sundhedspleje, generelle psykiatriske centre, opsøgende tjenester og lavtærskelcentre.

Ambulant behandling

Der foreligger oplysninger om ca. 400 000 narkotikabrugere, som påbegyndte ambulant specialbehandling i løbet af 2010. Næsten halvdelen af de brugere, der kom i behandling (48 %), anfører opioider, især heroin, som det vigtigste stof, mens 27 % anfører cannabis, 17 % kokain og 4 % andre stimulanser end kokain ⁽¹³⁾. Den mest almindelige vej til behandling er egenhenvisning (35 %) efterfulgt af henvisning fra social- og sundhedstjenester (29 %) samt det strafferetlige system (20 %). De resterende klienter henvises gennem familie, venner og uformelle netværk ⁽¹⁴⁾.

Stofbrugere, der kommer i ambulant behandling, er gennemsnitligt 31 år gamle. I denne gruppe er der næsten fire gange så mange mænd som kvinder, hvilket til dels afspejler, at mænd er dominerende blandt de mere problematiske stofbrugere. Forholdet mellem mænd og kvinder er højt for alle stoffer, om end det varierer efter stof og land ⁽¹⁵⁾. Forholdet mellem mænd og kvinder er generelt højere i landene i Sydeuropa og blandt kokain- og cannabis-klienter, mens der meldes om lavere forhold i landene i Nordeuropa og blandt stimulans- og opioidklienter ⁽¹⁶⁾. Blandt klienter, der påbegynder behandling, er primære cannabisbrugere næsten ti år yngre (25) end primære kokainbrugere (33) og opioidbrugere (34). Alt i alt indberettes de yngste klienter (26-27 år) af Ungarn, Polen, Rumænien og Slovakiet — og de ældste af Italien, Portugal og Norge (34-35 år) ⁽¹⁷⁾.

De to vigtigste modaliteter for ambulant behandling i Europa er psykosociale tiltag og opioidsubstitutionsbehandling. Psykosociale tiltag omfatter rådgivning, motivationsterapi, kognitiv adfærdsterapi, case management, gruppe- og familierapi og forebyggelse af tilbagefald. Psykosociale tiltag tilbyder støtte til brugere, mens de prøver at styre og overvinde deres narkotikaproblemer, og de er den vigtigste behandlingsform for brugere af stimulerende stoffer som kokain og amfetaminer ⁽¹⁸⁾.

⁽¹⁰⁾ Behandlingsefterspørgselsindikatoren modtog data for specialiserede narkotikabehandlingscentre fra 29 lande. De fleste lande fremlagde data for over 60 % af deres enheder, om end andelen af dækkede enheder for nogle lande er ukendt (se tabel TDI-7 i Statistical bulletin 2012).

⁽¹¹⁾ Se boksen »Skøn over antallet af stofbrugere i behandling i Europa« og tabel HSR-10 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹²⁾ Mere detaljerede oplysninger om specifikke typer af behandling for de forskellige stoffer er tilgængelige i de respektive kapitler.

⁽¹³⁾ Se tabel TDI-19 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹⁴⁾ Se tabel TDI-16 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹⁵⁾ Se information om behandlingsklienter fordelt på primært stof i de enkelte kapitler.

⁽¹⁶⁾ Se tabel TDI-21 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹⁷⁾ Se tabel TDI-9 (del iv) og TDI-103 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹⁸⁾ Se de respektive kapitler for oplysninger om behandling efter primært stof.

De gives også til opioidbrugere, ofte kombineret med substitutionsbehandling.

I næsten alle lande deles ansvaret for etablering af ambulant psykosocial behandling af offentlige institutioner og ikkestatslige organisationer. Mens offentlige institutioner er den vigtigste udbyder i 20 lande, er ikkestatslige organisationer den vigtigste udbyder i 8 ⁽¹⁹⁾ og den næstvigtigste udbyder målt i klientandel i yderligere 11. Kommercielle udbydere spiller normalt en mindre rolle i udbydelsen af denne behandlingsmodalitet, men er den næstvigtigste udbyder i 8 lande (Belgien, Bulgarien, Danmark, Cypren, Letland, Litauen, Slovakiet, Tyrkiet) med en klientandel på mellem 5 % og 35 %.

I en undersøgelse fra 2010 anførte nationale eksperter, at ambulant psykosocial behandling i Europa er tilgængelig for næsten alle, der søger det, i 14 lande og for de fleste af dem, der søger det, i 11 lande. I 3 lande (Bulgarien, Estland, Rumænien) anslås ambulant psykosocial behandling imidlertid kun at være tilgængelig for under halvdelen af dem, som aktivt søger det. Disse ratinger kan dække over en betydelig variation i selve landene og forskelle i specialiserede behandlingsprogrammers tilgængelighed for særlige målgrupper såsom ældre stofbrugere eller etniske minoriteter. Nogle lande melder om vanskeligheder med at udbyde specialiserede tjenester på et tidspunkt med økonomisk recession og budgetnedskæringer.

Med hensyn til adgang til ambulant psykosocial behandling anførte eksperter fra 12 af de 29 indberettende lande ingen ventetid, mens de gennemsnitlige ventetider i 11 lande anslås til at være under en måned. I Norge anslås den gennemsnitlige ventetid at være omkring 8 uger, mens eksperter fra 4 lande ikke kunne give et skøn. Danmark kræver i henhold til loven, at behandling finder sted inden for 14 dage.

Substitutionsbehandling er den dominerende behandlingsform for opioidbrugere i Europa. Den tilbydes generelt som ambulant specialistbehandling, men tilbydes i nogle lande også på døgnbehandlingscentre og i stigende grad også i fængsler ⁽²⁰⁾. Også klinikbaserede praktiserende læger spiller en stigende rolle, ofte i delte omsorgsordninger med specialiserede ambulatorier. Opioidsubstitution er et tilbud i alle EU-medlemsstater samt i Kroatien, Tyrkiet og Norge ⁽²¹⁾. Alt i alt anslås det, at der var omkring 710 000 substitutionsbehandlinger

Skøn over antallet af stofbrugere i behandling i Europa

Siden 2008 har EONN årligt indsamlet data om det samlede antal klienter, der har modtaget narkotikabehandling i Europa. I den seneste dataindsamling oplyste 14 lande pålidelige minimumsskøn over det samlede antal personer, som havde været i kontakt med behandlingscentre i 2010, hvilket resulterede i et samlet skøn på 900 000 klienter. For de resterende 16 lande blev der anvendt et sæt deldata, enten antallet af behandlingsanmodninger eller klienter i opioidsubstitutionsbehandling det pågældende år, alt efter hvilket samlet tal der var højest. Således blev data for dem, der modtog opioidsubstitutionsbehandling, anvendt for 7 lande (171 000 klienter), og data fra behandlingsefterspørgselsindikatoren blev brugt for 9 lande (48 000 klienter). Til sammen viser disse data, at mindst 1,1 millioner personer var i kontakt med behandlingscentre i Europa i 2010. EONN arbejder sammen med medlemsstaterne om kvalitetssikringen af de nationale skøn over den samlede behandlingspopulation, hvilket yderligere vil forbedre skønnet på europæisk plan.

i Europa i 2010. Sammenlignet med 2009 steg antallet af klienter i substitutionsbehandling i de fleste lande, om end Spanien og Slovakiet anfører mindre fald ⁽²²⁾.

Døgnbehandling

Der foreligger data for omkring 50 000 stofbrugere, der har påbegyndt narkotikabehandling på døgnbehandlingscentre i Europa i løbet af 2010 ⁽²³⁾. Opioider blev anført som det primære stof af halvdelen af disse klienter (48 %), efterfulgt af cannabis (16 %), amfetaminer og andre stimulanser end kokain (13 %) samt kokain (6 %). Klienter i døgnbehandling er for det meste unge mænd med en gennemsnitsalder på 31 år, idet der er tre mænd for hver kvinde ⁽²⁴⁾.

Døgnbehandling eller stationær behandling kræver, at klienterne opholder sig på centret i perioder på flere uger eller måneder. I mange tilfælde sigter disse programmer mod at sætte klienterne i stand til at afholde sig fra stofbrug, og der tillades ikke substitutionsbehandling. Afgiftning er et kortvarigt, lægeovervåget tiltag, som har til formål at mildne de abstinenser, der er forbundet med ophøret af kronisk stofbrug. Det er undertiden et krav for at påbegynde en langvarig abstinensbaseret døgnbehandling. Afgiftning er

⁽¹⁹⁾ Offentlige institutioner og ikkestatslige organisationer er lige involverede, når man ser på andelen i tilbud om ambulant psykosocial behandling (og døgnbehandling) i Bulgarien.

⁽²⁰⁾ Se EONN Udvalgt tema fra 2012 om narkotikabrugere i fængsel.

⁽²¹⁾ Se tabel HSR-1 og HSR-2 i Statistical bulletin 2012.

⁽²²⁾ Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2012. Se yderligere oplysninger om tilgængelighed og tendenser i forbindelse med substitutionsbehandling i kapitel 6.

⁽²³⁾ Dette tal bør fortolkes med forsigtighed, da det ikke omfatter alle brugere, der påbegynder døgnbehandling.

⁽²⁴⁾ Se tabel TDI-7, TDI-10, TDI-19, TDI-21 og TDI-24 i Statistical bulletin 2012.

normalt en behandling, der tilbydes under indlæggelse på hospitaler, specialklinikker eller døgnbehandlingscentre med medicinske eller psykiatriske afdelinger.

På døgnbehandlingscentre tilbydes klienterne et opholdssted og individuelt struktureret psykosocial behandling og deltager i aktiviteter, der sigter mod at rehabiliter dem og reintegrere dem i samfundet. Der benyttes ofte behandlingsgrupper i denne forbindelse ⁽²⁵⁾. Døgnbehandling tilbydes også af psykiatriske hospitaler, navnlig til klienter med comorbide psykiatriske lidelser.

Offentlige institutioner er de vigtigste udbydere af afgiftning i 22 lande, mens den private sektor er den vigtigste udbyder i Cypern og Luxembourg og den næststørste i yderligere 12 lande. Ikkestatslige organisationer er de største udbydere i Nederlandene og den næststørste i 8 andre lande. Nationale eksperter anslår, at afgiftning er tilgængelig for næsten alle, der søger det, i 12 lande og er tilgængelig for flertallet af dem, der søger det, i yderligere 9. I 7 lande (Estland, Irland, Grækenland, Ungarn, Letland, Rumænien, Norge) anses afgiftning for at være tilgængelig for under halvdelen af dem, der aktivt søger det. I 15 lande er den anslåede gennemsnitlige ventetid på afgiftning under to uger. En gennemsnitlig ventetid på to uger til en måned anslås i 8 lande, mens den i Østrig og Slovenien anslås til mere end en måned. Eksperter fra 3 lande afgav ikke et skøn. Nationale skøn over ventetider for en hvilken som helst af modaliteterne kan dog dække over store forskelle i selve landene.

Offentlige institutioner er de vigtigste udbydere af døgnbehandling i 14 lande, og ikkestatslige organisationer er de vigtigste udbydere i 11 lande. Private institutioner er de vigtigste udbydere i Danmark og de næstvigtigste udbydere i 6 andre lande. Nationale eksperter anslår, at psykosocial behandling på døgnbehandlingscentre er tilgængelig for næsten alle, der søger det, i 10 lande og for de fleste af dem, der søger det, i 11 andre lande. I 7 lande (Bulgarien, Danmark, Estland, Cypern, Ungarn, Rumænien, Finland) blev denne behandlingsmodalitet dog anset for at være tilgængelig for under halvdelen af dem, der aktivt søger den.

Eksperter fra Grækenland, Polen, Portugal, Slovakiet og Kroatien anslog, at der ikke er ventetid på døgnbehandling. I 13 lande blev den gennemsnitlige ventetid anslået til at være under en måned og i 4 lande over en måned.

Social reintegration

Det sociale udstødningsniveau blandt problematiske stofbrugere er normalt højt, især blandt opioidbrugere.

Behandlingsgrupper til rehabilitering af stofbrugere i Europa

Behandlingsgruppen er traditionelt blevet identificeret som et stoffrit miljø, hvor mennesker med narkotika- (og andre) problemer lever sammen på en organiseret og struktureret måde med henblik på at fremme social og psykologisk forandring. Klienterne ses som aktive deltagere i deres egen og hinandens behandling, og ansvaret for den daglige drift af gruppen deles af klienter og medarbejdere. I de seneste år er denne metode i stigende grad blevet tilpasset, så den tjener opioidsubstitutionsklienters, unges, hjemløse mænd og kvinders, mødre og børns, hivsmittedes eller psykisk syges behov.

En publikation, der udkommer i 2013 i EONN's serie »Insights«, omhandler behandlingsgruppernes rolle i behandlingen af stofbrugere i Europa.

Data om de sociale betingelser for personer, der kom i narkotikabehandling i 2010, viser, at over halvdelen (56 %) var arbejdsløse, og i de sidste fem år er denne procentdel steget i 15 af de 24 lande, der har rapporteret tendensdata. Et lavt uddannelsesniveau er almindeligt blandt behandlingsklienter, idet 38 % kun har afsluttet en grundskoleuddannelse, og 2 % end ikke det. Mange er endvidere hjemløse, idet 10 % af narkotikabehandlingsklienterne anfører, at de ikke har en fast bopæl.

At forbedre en persons evne til at få og fastholde beskæftigelse — beskæftigelsesevne — er en central betingelse for den sociale reintegration af narkotikabrugere. Tiltag på dette område anerkender, at narkotikabrug og -problemer i den forbindelse kan skade ikke blot den pågældendes integration eller genintegration på arbejdsmarkedet, men også evnen til at fastholde beskæftigelsen. Erhvervsuddannelse i Europa omfatter en bred vifte af programmer, der sigter mod at forbedre de færdigheder og kvaliteter, som er nødvendige for at finde og fastholde beskæftigelse, herunder samtale- og præsentationsfærdigheder, tidsforvaltning, computerfærdigheder, tro på egen formåen og engagement i arbejdet. Endvidere kan ordninger til udvikling af særlige erhvervskompetencer og kvalifikationer tilbydes af narkotikabehandlingscentre og specialiserede udbydere såsom nationale uddannelsesmyndigheder og beskæftigelsestjenester (EONN, 2011a).

En lovende metode indebærer integration af støtte såsom erhvervsvejledning, færdighedstræning og jobformidling inden for rammerne af behandlingsprogrammer. Blandt de modeller, der er blevet undersøgt, er faglig uddannelse til stofbrugere, der får psykosocial

⁽²⁵⁾ Se boksen »Behandlingsgrupper til rehabilitering af stofbrugere i Europa«.

behandling på ambulatorier. Effektiviteten af individuel erhvervsvejledning, støtte til jobsøgning, støttet beskæftigelse, case management og andre tiltag for substitutionsbehandlingsklienter er også blevet vurderet. En række undersøgelser har vist opmuntrende resultater med hensyn til statusmåling, bl.a. beskæftigelsesfrekvens, indkomst, udnyttelse af sociale ydelser (EONN, 2012b). Der er dog ikke identificeret tiltag, som konsekvent giver positive resultater, og forskelle i metode, undersøgelsespopulationer, vurderede resultater og manglende replikation er til hinder for, at der drages endelige konklusioner om disse foranstaltningers samlede effektivitet (Foley et al., 2010). Derudover fokuserer den tilgængelige dokumentation næsten udelukkende på sociale reintegrationstiltag for opioidbrugere, mens man stadig mangler at se systematisk på behandlingsbehovene hos klienter, som bruger andre stoffer.

Arbejde og andre aktiviteter, der skaber en følelse af inklusion og giver muligheder for social kontakt, kan hjælpe med til at forhindre, at stofbrugere falder i eller får tilbagefald (McIntosh et al. 2008). I nogle europæiske lande eksperimenterer sociale foretagender med såkaldte »genopretningskooperativer« som en overgang fra behandling til almindelig beskæftigelse (Belgien, Tjekkiet, Spanien, Letland, Finland). Det er små virksomheder i lokalsamfundet, som støtter mennesker, der kommer i eller vender tilbage til almindelig beskæftigelse og samtidig fokuserer på støtte, samfundstjeneste og deltagelse i lokalsamfundets liv. Der findes andre specialiserede tiltag, der kan øge sandsynligheden for positive resultater, når de integreres i narkotikabehandlings- og rehabiliteringsprogrammer. Disse omfatter beskæftigelsesstøtte til grupper, som er vanskelige at placere, såsom lovovertrædere, der tager stoffer, eller stofbrugere med psykiske problemer (EONN, 2012b). Selv om programmerne kan have succes med at undervise i beskæftigelsesevne, skal stofbrugerne ikke desto mindre stadig konkurrere på arbejdsmarkedet med andre ansøgere på et tidspunkt med høj arbejdsløshed i mange lande.

Skadesbegrænsning

Siden fremkomsten af hiv blandt stofbrugere for over 25 år siden har Europa oplevet en vækst og styrkelse af skadesbegrænsningsindsatsen mod narkotikabrug og en stigende integration af indsatsen med en række andre social-, sundheds- og behandlingstjenester. Skadesbegrænsningen sigter nu mod problematiske stofbrugeres bredere sundhedsmæssige og

»Insight« om forbedring af arbejdsmarkedsdeltagelsen for stofbrugere i behandling

En ny EONN-publikation omhandler den seneste udvikling i stofbrugeres sociale reintegration og dokumentation for effektiviteten af tiltag, som sigter mod at øge beskæftigelsesevnen. Publikationen skal bistå beslutningstagere og fagfolk på narkotikaområdet med at udvikle effektive strategier til fremme af stofbrugeres sociale integration.

Udvalg tema om stofbrugere med børn

Et udvalgt tema, EONN har offentliggjort i år, fokuserer på stofbrugere med børn. Blandt de undersøgte emner er: behandlingsmuligheder for gravide stofbrugere, nedbringelse af barrierer for adgangen til behandling for stofbrugende forældre med børn samt forebyggelsesprogrammer målrettet stofbrugende forældre.

Disse publikationer findes kun på engelsk i udskrift og på EONN's websted.

sociale behov, især for personer, der er socialt udstødt. De centrale skadesbegrænsningstiltag omfatter opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer rettet mod dødsfald som følge af overdosis og spredning af smitsomme sygdomme. Supplerende foranstaltninger omfatter opsøgende arbejde, sundhedsfremme og -uddannelse og tilbud om andet injektionsudstyr end nåle og sprøjter. Skadesbegrænsning dækker en bred vifte af adfærdsformer og skader, bl.a. dem, der hænger sammen med alkohol og rekreativt stofbrug (EONN, 2010b).

I 2003 anbefalede Det Europæiske Råd EU-medlemsstaterne en række politikker og tiltag til bekæmpelse af sundhedsrelaterede skader i forbindelse med narkotikaafhængighed ⁽²⁶⁾. I en opfølgende rapport i 2007 bekræftede Europa-Kommissionen, at forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug er et mål på folkesundhedsområdet i alle lande ⁽²⁷⁾. Nationale narkotikapolitikker har i stigende grad dækket de mål for skadesbegrænsning, som er defineret i EU's narkotikastrategi, og der er nu bred enighed blandt landene om, at det er vigtigt at nedbringe spredningen af smitsomme sygdomme og sygelighed og dødelighed og andre skader som følge af overdosis.

I løbet af den sidste snes år har skadesbegrænsningspolitikker fremmet indførelsen af evidensbaserede metoder og bidraget til at fjerne barrierer for adgangen til tjenesterne. Et af resultaterne har været en betydelig stigning i antallet af stofbrugere, der er

⁽²⁶⁾ Rådets henstilling af 18.6.2003: 2003/88/EF.

⁽²⁷⁾ KOM(2007) 199 endelig.

i kontakt med sundhedsvæsenet og gennemgår behandling i Europa. Skadesbegrænsningstiltag for narkotikabrugere findes nu i alle EU-medlemsstater, og mens nogle først lige er begyndt at udvikle tjenesterne, kan de fleste melde om et højt udbudsniveau og en høj dækning.

Skønt skadesbegrænsningstiltag har bidraget til kontrol med hiv blandt intravenøse stofbrugere i Europa med et betragteligt fald i indberetningerne af nye infektioner til følge, er hiv fortsat et stort folkesundhedsproblem, og der er indberettet nye udbrud ⁽²⁸⁾. Sammen med Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) har EONN udsendt en vejledning til beslutningstagere inden for områderne narkotika og smitsomme sygdomme med en sammenfatning af den aktuelle dokumentation om forebyggelse og kontrol af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere, der injicerer stoffer (ECDC og EONN, 2011). Denne fælles vejledning har til formål at forbedre Europas chancer for at forebygge de fleste, om ikke alle, injektionsrelaterede hivinfektioner.

Kvalitetskrav

Europa-Kommissionens EQUUS-undersøgelse sigtede mod at udvikle konsensus i Europa om minimumskvalitetsstandarder for begrænsning af narkotikaefterspørgslen. Den endelige rapport fra 2012 indeholdt forslag til 33 minimumsstandarder for narkotikaforebyggelse, 22 for narkotikabehandling eller rehabilitering og 16 for skadesbegrænsning i Europa ⁽²⁹⁾. Disse minimumsstandarder opererer på tre forskellige niveauer (tiltag, center og system), der passer til de forskellige behov hos fagfolk, centerledere og politiske planlæggere.

EQUUS-undersøgelsen omfattede også en gennemgang foretaget af eksperter fra 24 europæiske lande af eksisterende kvalitetsstandarder, som allerede er gennemført på nationalt plan. Med hensyn til narkotikabehandlingsprocesser vedrørte de standarder, der hyppigst blev anført som allerede implementerede, fortrolighed om klientdata og vurdering af klienters stofbrugshistorie, mens de standarder, som angik rutinemæssigt samarbejde med andre centre og standarder med fokus på efter- og videreuddannelse af medarbejdere, ikke blev gennemført så ofte. I forbindelse med behandlingsresultater var de to standardtyper, der oftest blev nævnt som gennemført, de standarder, hvis mål var knyttet til sundhedsforbedring og reduceret stofbrug. Blandt de standarder, der havde mindst sandsynlighed for at blive anvendt, var dem, som fokuserede på ekstern evaluering og tilsyn med udskrivningen af klienter,

hvor der blev anført problemer i forbindelse med gennemførelsen.

Undersøgelsen afdækker en bred konsensus omkring en række minimumskvalitetsstandarder inden for narkotikaefterspørgselsbegrænsning i Europa og kan give en nyttig basislinje for den fremtidige udvikling i Europa. Hele listen med EQUUS-undersøgelsens standarder og resultater kan ses på Portalen for bedste praksis.

Håndhævelse af narkotikalovgivning

Håndhævelse af narkotikalovgivning er et vigtigt element i medlemsstaternes og EU's narkotikapolitikker. Den omfatter en bred vifte af tiltag, som hovedsageligt gennemføres af politiet og politilignende institutioner (f.eks. toldvæsenet). Her gennemgås kort et vigtigt emne for de retshåndhævende myndigheder, nemlig strategiske og operationelle prioriteringer. Afsnittet slutes af med et resumé over narkotikalovovertrædelser.

Strategiske og operationelle prioriteringer

De fleste narkotikalovovertrædelser er »konsensuel kriminalitet«, hvor den enkelte eller institutionen vurderer, om en efterforskning er berettiget, hvor tilbunds gående den skal være, og hvor lang tid den skal fortsætte. Det er ikke muligt for en politienhed at arbejde med alle påviselige narkotikalovovertrædelser, og der skal derfor anlægges et vist skøn (Dvorsek, 2006). Input til prioriteringsprocessen stammer både fra retshåndhævelsesdata og fra »efterforskningserfaring« eller en narkobetjents viden. Men selv om de enheder, der håndhæver narkotikalovgivning, ikke altid er gennemsigtige, er de ikke vilkårlige, idet de normalt

Udvalgt tema om narkotika og fængsler

Stofbrugere udgør en væsentlig del af fængselspopulationen, og de er uforholdsmæssigt hårdt ramt af sundhedsmæssige og sociale problemer i forbindelse med stofbrug. I Europa er der bistand til rådighed for stofbrugere i fængslet i form af forskellige typer af tiltag, behandling og tjenester.

Et udvalgt tema fra EONN om narkotika og fængsler, som blev udgivet i år, indeholder en ajourført europæisk oversigt over stofbrug og problemer i den forbindelse blandt indsatte, deres sundhedsmæssige og sociale forhold og de tiltag, der er målrettet narkotikabrug og følgerne heraf.

Denne publikation findes kun på engelsk i udskrift og online på EONN's websted.

⁽²⁸⁾ Se boksen »Hivudbrud i Grækenland og Rumænien« (kapitel 7).

⁽²⁹⁾ Den endelige rapport er nu tilgængelig online.

er begrænset af en række retlige og organisatoriske forpligtelser. Lejlighedsvis kan en enhed få til opgave at efterforske en særlig type kriminalitet såsom narkotikasager, der involverer mellemænd eller engroshandel, eller få et officielt mandat til at fokusere på et område som inddrivelse af udbytte fra kriminelle aktiviteter. På andre tidspunkter kan et særligt stof blive prioriteret på grund af skade eller ulempe for offentligheden eller endda på grund af en intens mediedækning (Kirby et al., 2010). Prioriteringen kan også være påvirket af behovet for tal for stærke resultater (Stock og Kreuzer, 1998). Et stort antal efterforskede sager kan tjene til at understrege narkotikaproblemets betydning og hastende karakter sammenlignet med andre sikkerhedstrusler og herefter berettigede behovet for bestemte retshåndhævelsesaktiviteter på dette område. I alle sager vil tilgængeligheden af menneskelige og finansielle ressourcer lette visse muligheder og samtidig begrænse andre.

Selv om data bruges som grundlag for den strategiske og operationelle prioritering, vil prioriteterne selv også påvirke de data, som bliver indsamlet og offentliggjort (Stock og Kreuzer, 1998). F.eks. kan beslaglæggelser af narkotika både påvirke prioriteringsprocessen og være et af dens resultater. Retsvæsenet kan bruge information om omfanget af beslaglæggelser som en indikator for, hvor alvorlig den lovovertrædelse er, som bliver retsforfulgt. Endvidere kan høje beslaglæggelsesniveauer vise et behov for yderligere efterforskninger og ressourcer. Det er almindeligt anerkendt, at beslaglæggelsestal primært er en indikator for retshåndhævelsesaktiviteten, og fortolkningen af dem kræver en forståelse af den sammenhæng, de er fremkommet i. Beslaglæggelser er resultatet af den proaktive efterforskning af bestemte mistænkte eller mere generelt af retshåndhævelsens placering på bestemte steder såsom i havne og lufthavne. Især kan brugen af diskret overvågning og undercoveroperationer med fokus på ulovlige narkotikaleverancer føre til betydelige narkotikabeslaglæggelser. Det står fortsat mindre klart, hvor stor en del af narkotikabeslaglæggelserne der er et direkte resultat af den operationelle prioritering, og hvor stor en del der skyldes held.

Data om narkotikalovovertrædelser (se næste afsnit) er også en direkte indikator for retshåndhævelsesaktiviteten, eftersom de omhandler konsensuelle overtrædelser, som normalt ikke bliver anmeldt af de potentielle ofre. De opfattes ofte som indirekte indikatorer for narkotikabrug og narkotikahandel, selv om de kun omfatter de aktiviteter, som de retshåndhævende myndigheder er blevet opmærksomme på. Når man skal forstå retshåndhævelsesdata, hvad enten det

drejer sig om narkotikalovovertrædelser, anholdelser eller beslaglæggelser, kræver det derfor, at man tager de underliggende strategiske og operationelle prioriteringsprocesser og følgerne heraf i betragtning.

Narkotikalovovertrædelser

De eneste rutinedata om narkotikarelateret kriminalitet, som foreligger i Europa, er de første indberetninger af narkotikalovovertrædelser, hovedsageligt fra politiet ⁽³⁰⁾. Disse data omhandler oftest overtrædelser i forbindelse med narkotikabrug (brug og besiddelse med henblik på brug) eller narkotikaudbud (produktion, smugling og handel), skønt der kan være indberettet andre typer af overtrædelser (f.eks. vedrørende narkotikaprækursorer) i nogle lande. Disse data afspejler sandsynligvis nationale forskelle i lovgivning, prioriteter og ressourcer. Endvidere er de nationale informationssystemer forskellige i Europa,

COSI: Den Stående Komité for det Operationelle Samarbejde om den Indre Sikkerhed

Prioriteringen i Europa af den operationelle håndhævelse af narkotikalovgivning varetages af Den Stående Komité for det Operationelle Samarbejde om den Indre Sikkerhed (COSI) og bygger på Europol's trusselsvurderinger af organiseret kriminalitet ⁽¹⁾. COSI blev etableret i 2010 på grundlag af Lissabontraktaten og oprettet ved en afgørelse truffet af Rådet (Rådet for Den Europæiske Union, 2009). Komitéen, der omfatter højtstående embedsmænd fra medlemsstaternes indenrigsministerier og repræsentanter for Kommissionen, har et bredt mandat: at lette, fremme og styrke de kompetente myndigheders koordinering af aktioner på det operationelle plan på området for indre sikkerhed.

COSI's centrale opgaver er at udvikle, overvåge og gennemføre den interne sikkerhedsstrategi og støtte gennemførelsen af en flerårig politikcyklus, der sigter mod at imødegå de vigtigste kriminelle trusler mod EU gennem øget samarbejde mellem medlemsstaternes retshåndhævende myndigheder, EU-institutioner og EU-agenturer. Med støtte fra COSI vedtog Rådet for nylig otte politiske prioriteter for perioden 2011-2013, hvoraf tre vedrører håndhævelse af narkotikalovgivning. En af disse prioriteter sigter mod at reducere produktion og distribution af syntetiske stoffer, bl.a. nye psykoaktive stoffer, i EU. I den tilhørende operationelle handlingsplan får Europol og EONN til opgave at etablere rutineovervågning af lukningen af syntetiske stoffabrikker i Europa. Den næste politikcyklus, for 2013-2017, bliver baseret på EU-trusselsvurderingen af grov og organiseret kriminalitet fra 2013.

⁽¹⁾ Den narkotikapolitiske prioritering på europæisk plan varetages af Den Horisontale Narkotikagruppe.

⁽³⁰⁾ Se EONN (2007b) for en beskrivelse af forholdet mellem narkotika og kriminalitet og en definition af »narkotikarelateret kriminalitet«.

især hvad angår registrerings- og rapporteringspraksis. Da disse forskelle gør det vanskeligt at foretage meningsfulde sammenligninger mellem landene, er det mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal.

Alt i alt er den stigende tendens i antallet af indberettede narkotikalovovertrædelser blevet langsommere siden 2009. Et EU-indeks baseret på data fra 22 medlemsstater, der repræsenterer 93 % af befolkningen i aldersgruppen 15-64 år i EU, viser, at de rapporterede overtrædelser steg med ca. 15 % mellem 2005 og 2010 med en mere stabil tendens siden 2008. Hvis man ser på alle indberettende lande, viser dataene stigende tendenser i 19 lande og et samlet fald i 7 lande i perioden ⁽³¹⁾.

Brugs- og udbudsrelaterede lovovertrædelser

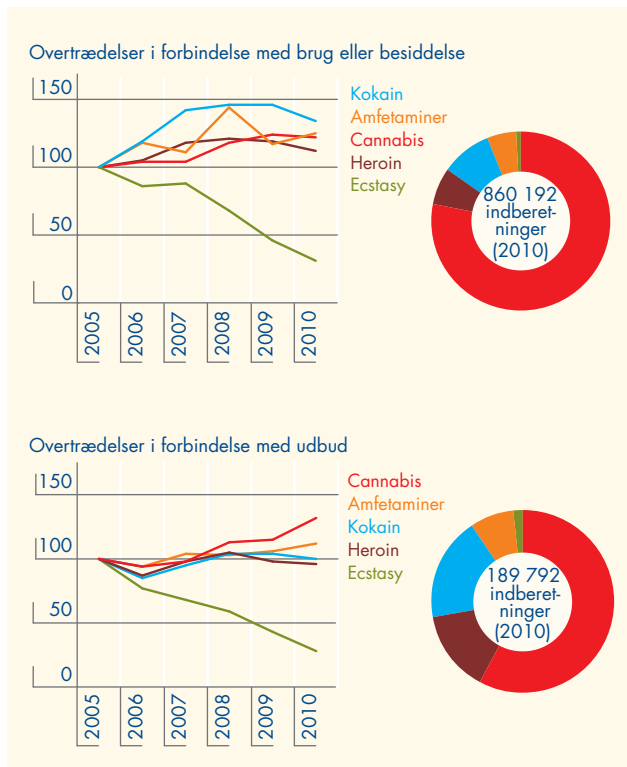
Balancen mellem lovovertrædelser i form af brug og i form af udbud er nogenlunde den samme som i tidligere år. I de fleste (22) europæiske lande vedrørte flertallet af lovovertrædelser i 2010 fortsat stofbrug eller besiddelse til brug, idet Spanien, Frankrig, Ungarn, Østrig og Tyrkiet indberettede de højeste andele (85-93 %) ⁽³²⁾.

Mellem 2005 og 2010 var der en anslået stigning på 19 % i antallet af lovovertrædelser i forbindelse med brug af narkotika i Europa. Visse landeforskelle kan observeres i denne analyse, da antallet af overtrædelser i forbindelse med brug steg i 18 lande og faldt i 7 i denne periode. Der har dog været et samlet fald i antallet af lovovertrædelser i forbindelse med stofbrug i de seneste data (2009-2010) (figur 3). Overtrædelser i forbindelse med udbud af stoffer viser en anslået stigning i perioden 2005-2010 på omkring 17 % i EU. I denne periode steg antallet af udbudsrelaterede overtrædelser i 20 lande, mens Tyskland, Estland, Nederlandene, Østrig og Polen melder om et samlet fald ⁽³³⁾.

Tendenser for de enkelte stoffer

Cannabis er fortsat det ulovlige stof, der oftest nævnes i indberettede narkotikalovovertrædelser i Europa ⁽³⁴⁾. I flertallet af europæiske lande tegnede narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis sig for mellem 50 % og 90 % af de indberettede narkotikalovovertrædelser i 2010. Overtrædelser i forbindelse med andre stoffer oversteg kun dem, som vedrørte cannabis, i 4 lande: Tjekkiet og Letland med

Figur 3: Rapporter om lovovertrædelser i forbindelse med narkotikabrug eller besiddelse til brug samt narkotikaudbud i EU-medlemsstaterne: indekserede tendenser for 2005-2010 og fordeling efter stof i indberetninger for 2010



NB: Tendenserne er baseret på tilgængelig information om antallet af indberettede narkotikalovovertrædelser (strafferetlige og ikkestrafferetlige) i EU-medlemsstaterne. Alle serier er indekseret til et grundlag på 100 i 2005 og vægtet efter landenes befolkningstørrelser, så de danner en samlet tendens for EU. Fordelingen efter stoffer vedrører det samlede antal indberetninger for 2010. For yderligere oplysninger se figur DLO-4 og DLO-5 i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

metamfetamin (54 % og 34 %) og Litauen og Malta med heroin (34 % og 30 %).

I perioden 2005-2010 steg antallet af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis i 15 indberettende lande, hvilket førte til en anslået stigning på 20 % i EU. Faldende tendenser indberettes af Tyskland, Italien, Malta, Nederlandene og Østrig ⁽³⁵⁾.

De kokainrelaterede overtrædelser steg i perioden 2005-2010 i 12 indberettende lande, mens Tyskland, Grækenland, Østrig og Kroatien meldte om faldende tendenser. I EU steg overtrædelserne i forbindelse med kokain samlet med ca. 12 % i samme periode, men faldt i de sidste to år ⁽³⁶⁾.

⁽³¹⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-1 i Statistical bulletin 2012.

⁽³²⁾ Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2012.

⁽³³⁾ Se figur DLO-1 og tabel DLO-5 i Statistical bulletin 2012.

⁽³⁴⁾ Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2012.

⁽³⁵⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-6 i Statistical bulletin 2012.

⁽³⁶⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-8 i Statistical bulletin 2012.

Det fald i antallet af heroinrelaterede overtrædelser, som blev observeret i 2009, fortsatte i 2010. EU-gennemsnittet for disse overtrædelser er overordnet forblevet relativt stabilt med en anslået stigning på 7 % i perioden 2005-2010. Antallet af heroinrelaterede overtrædelser er faldet i over halvdelen af de indberettende lande (12), men der blev indberettet en samlet stigning i 9 andre lande i samme periode ⁽³⁷⁾.

Antallet af indberettede lovovertrædelser i forbindelse med amfetaminer i EU er steget med anslået 24 % i perioden 2005-2010, men ser dog ud til at have stabiliseret sig de sidste to år. I modsætning hertil faldt antallet af ecstasyrelaterede lovovertrædelser med ca. to tredjedele over den samme periode (et fald på 71 %).

Eurojust: retligt samarbejde i Den Europæiske Union

Organiserede kriminelle netværk opererer på tværs af grænser, og det kræver samarbejde mellem landene at sikre, at kriminelle pågribes og retsforfølges, uanset hvor de bor. EU's retlige samarbejdsorgan, Eurojust, blev oprettet i 2002 for at tackle denne situation. Det er det sidste skridt i en historisk proces, hvor det retlige samarbejde i EU er vokset fra et rent mellemstatsligt anliggende til et mere direkte interaktionsområde mellem retlige myndigheder.

Eurojusts opgave i sager om grænseoverskridende kriminalitet er at lette og koordinere: informationsudveksling, fælles efterforskningshold, kontrollerede leverancer, udførelse af europæiske arrestordre, overførsel af bevismateriale eller

strafferetlig forfølgning, gennemførelse af anmodninger om gensidig retshjælp, forebyggelse og løsning af kompetencekonflikter og international inddrivelse af udbytte. En nylig analyse viser, at narkotikahandel er den mest almindelige form for kriminalitet i Eurojusts sagsarbejde med omkring en femtedel af de registrerede sager (Eurojust, 2012). I 2011 blev 242 narkotikasager henvist til Eurojust, og otte fælles efterforskningshold arbejdede på dette område. Data viser, at de medlemsstater, som oftest var involveret i retligt samarbejde i forbindelse med narkotikahandel, er Nederlandene og Spanien, efterfulgt på en vis afstand af Italien, Tyskland og Frankrig.

⁽³⁷⁾ Se figur DLO-3 og tabel DLO-7 i Statistical bulletin 2012.



Kapitel 3 Cannabis

Indledning

Cannabis er det ulovlige stof, der er mest almindeligt tilgængeligt i Europa, hvor det både importeres og fremstilles indenlands. I de fleste europæiske lande voksede brugen af cannabis i 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne. Europa kan nu være på vej ind i en ny fase, idet data fra generelle befolkningsundersøgelser og en ny runde data fra ESPAD-skoleundersøgelsen peger i retning af relativt stabile tendenser i cannabisbrugen i mange lande. Brugsniveauerne er imidlertid fortsat høje efter en historisk målestok. De sidste par år har man også 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.

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Cannabis kan dyrkes i en lang række miljøer og vokser vildt i mange dele af verden. Man mener, at planten dyrkes i 172

lande og territorier (UNODC, 2009). Vanskelighederne med at finde frem til nøjagtige tal for den verdensomspændende produktion af cannabis anerkendes i UNODC's seneste skøn, hvorefter den samlede produktion for 2008 ligger på mellem 13 300 og 66 100 ton cannabisblade og mellem 2 200 og 9 900 ton cannabisharpiks.

Cannabisdyrkning i Europa er udbredt og muligvis stigende. Alle 29 europæiske lande, der indberettede oplysninger til EONN, anførte hjemlig cannabisproduktion, selv om omfanget og arten af dette fænomen tilsyneladende varierer betydeligt. En væsentlig del af den ulovlige handel foregår dog sandsynligvis mellem regioner. Ifølge en ny EONN-analyse nævnes Schweiz og Rusland også som kilder til de cannabisblade, der er tilgængelige i Europa. Endvidere er Albanien og i mindre grad Kosovo ⁽³⁸⁾, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien og Serbien væsentlige kilder til de cannabisblade, der beslaglægges i Central- og Sydøsteuropa (EONN, 2012a).

Nogle cannabisblade i Europa er også importeret, for det meste fra Afrika (især Sydafrika), og, mindre hyppigt, fra

Tabel 2: Cannabisblade og -harpiks – beslaglæggelser, pris og styrke

	Cannabisharpiks	Cannabisblade	Cannabisplanter ⁽¹⁾
Global beslaglagt mængde	1 136 ton	6 251 ton	Ingen data
Beslaglagt mængde EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	534 ton (563 ton)	62 ton (106 ton)	3,1 mio. planter og 35 ton (3,1 mio. planter og 35 ton) ⁽²⁾
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	341 000 (358 000)	332 000 (382 000)	25 000 (37 000)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽³⁾	3-17 (7,0-10,2)	3-25 (6,5-9,9)	Ingen data
Gennemsnitsstyrke (THC-indhold %) Område (Kvartilafstand) ⁽³⁾	1-12 (4,5-10,0)	1-17 (5,1-8,0)	Ingen data

⁽¹⁾ Landene angiver den beslaglagte mængde som enten et antal beslaglagte planter eller i vægt. De samlede tal for begge mængder er anført her.

⁽²⁾ Nederlandene tegner sig for halvdelen af den samlede mængde cannabisplanter, der blev beslaglagt i 2010. Tallene er ikke fuldstændige, men kan betragtes som et rimeligt fingerpeg.

⁽³⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.

NB: Alle data for 2010, ingen data: data kan ikke anvendes eller foreligger ikke.

Kilder: UNODC (2012) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

⁽³⁸⁾ Denne betegnelse er med forbehold for holdningerne til retsstilling og er i overensstemmelse med UNSCR 1244 og ICJ's udtalelse om Kosovos uafhængighedserklæring.

Nord-, Syd- og Mellemamerika (især De Caribiske Øer) (EONN, 2012a).

En undersøgelse for nylig tyder på, at Afghanistan har erstattet Marokko som den største producent af cannabisbarkpiks på verdensplan. Produktionen af cannabisbarkpiks i Afghanistan anslås at ligge på mellem 1 200 og 3 700 ton om året (UNODC, 2011a). Skønt noget af den cannabisbarkpiks, der produceres i Afghanistan, sælges i Europa, er Marokko sandsynligvis stadig Europas største leverandør af dette stof. Cannabisbarkpiks fra Marokko smugles primært ind i Europa via Den Iberiske Halvø, idet Nederlandene og Belgien fungerer som sekundære distributions- og oplagringscentre. De seneste rapporter tyder på, at marokkansk barkpiks sendes til Rusland via Estland, Litauen og Finland.

Beslaglæggelser

I 2010 blev der på verdensplan beslaglagt ca. 6 251 ton cannabisblade og 1 136 ton cannabisbarkpiks (tabel 2), hvilket samlet set er en stabil situation i forhold til året før. Nordamerika tegnede sig fortsat for hovedparten af de beslaglagte cannabisblade (69 %), mens mængderne af beslaglagt barkpiks fortsat var koncentreret i Vest- og Centraleuropa (47 %) (UNODC, 2012).

Antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i Europa er steget støt siden 2005 og har med ca. 382 000 beslaglæggelser i 2010 for første gang overgået beslaglæggelserne af cannabisbarkpiks (tabel 2). I 2010 blev ca. 106 ton cannabisblade konfiskeret, hvoraf Tyrkiet tegnede sig for næsten halvdelen (44 ton), hvilket er rekord ⁽³⁹⁾. Der konstateres divergerende tendenser, idet den mængde cannabis, som blev konfiskeret mellem 2005 og 2010, forblev relativt stabil i EU, mens den steg til det firedobbelte i Tyrkiet.

I 2010 faldt antallet af cannabisbarkpiksbeslaglæggelser til 358 000 efter en stadig stigning i det seneste tiår. Mængden af konfiskeret cannabisbarkpiks har samlet set været faldende i de seneste ti år og nåede et nyt lavpunkt i 2010, hvor ca. 563 ton blev beslaglagt. De konfiskerede mængder cannabisbarkpiks overstiger fortsat i høj grad mængderne af cannabisblade ⁽⁴⁰⁾. I 2010 indberettede Spanien i lighed med tidligere år halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser af cannabisbarkpiks og omkring to tredjedele af den beslaglagte mængde.

Antallet af beslaglæggelser af cannabisplanter er steget siden 2005 og nåede op på ca. 37 000 tilfælde i 2010. Landene indberetter den beslaglagte mængde enten som et skøn over antallet af beslaglagte planter eller efter vægt. Beslaglæggelser indberettet efter antal planter forblev stabilt på omkring 2,5 millioner i 2005-2007 i Europa ⁽⁴¹⁾. Tendenserne for 2008 og 2009 kan ikke fastslås, da der mangler pålidelige data fra Nederlandene, som traditionelt indberetter store mængder. I 2010 blev det anslået, at det land tegnede sig for over halvdelen af de 3,1 millioner planter, der blev meldt beslaglagt i Europa efterfulgt af Det Forenede Kongerige. Beslaglæggelser indberettet efter plantevægt tredobledes mellem 2005 og 2008 og faldt herefter lidt til 35 ton i 2010, hvoraf hovedparten blev indberettet af Spanien (27 ton) og Bulgarien (4 ton).

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 og mellem landene, mellem forskellige cannabisprodukter og mellem genetiske arter. Information om styrken af cannabis bygger især på retsvidenskabelig analyse af udvalgte prøver af beslaglagt cannabis. Det er usikkert, i hvor høj grad de analyserede prøver afspejler det samlede marked, og derfor skal data om styrke fortolkes med forsigtighed.

I 2010 varierede det indberettede THC-indhold af barkpiksprøver fra 1 % til 12 %. Den gennemsnitlige styrke af cannabisblade (inklusive sinsemilla, som er den form for cannabisblade, der har den højeste styrke) varierede fra 1 % til 16,5 %. Gennemsnitsstyrken af sinsemilla blev kun indberettet af tre lande, 8 % i Sverige, 11 % i Tyskland og 16,5 % i Nederlandene. I perioden 2005-2010 har den gennemsnitlige cannabisbarkpiksstyrke divergeret i de 15 lande, som har indberettet tilstrækkelige data. Den gennemsnitlige styrke i cannabisblade var relativt stabil eller faldt i 10 lande og steg i Bulgarien, Estland, Frankrig, Italien, Slovakiet og Finland. Mellem 2005 og 2010 forblev styrken i sinsemilla stabil i Tyskland og faldt lidt i Nederlandene ⁽⁴²⁾.

Den gennemsnitlige detailpris for cannabisbarkpiks varierede i 2010 fra 3 EUR til 17 EUR pr. gram i de 26 lande, der indberettede oplysninger, idet 14 af dem har indberettet priser mellem 7 EUR og 10 EUR. Den gennemsnitlige detailpris for cannabisblade varierede fra 3 EUR til 25 EUR

⁽³⁹⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-1 til SZR-6 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁴⁰⁾ Forskelle i forsendelsesstørrelse og de tilbagelagte afstande samt behovet for at krydse internationale grænser betyder, at der er større risiko for beslaglæggelse for cannabisbarkpiks end for hjemligt producerede cannabisblade.

⁽⁴¹⁾ Analysen omfatter ikke beslaglæggelser i Tyrkiet, da disse ikke er blevet indberettet siden 2005. Tidligere data viser betydelige beslaglæggelser i Tyrkiet (20 millioner cannabisplanter i 2004).

⁽⁴²⁾ Se styrke og prisdata i tabel PPP-1 og PPP-5 i Statistical bulletin 20012. For definitioner af cannabisprodukter se glossar online.

pr. gram i de 23 lande, der indberettede oplysninger, idet 13 af dem har indberettet priser på mellem 6 EUR og 10 EUR. I perioden 2005-2010 lå den gennemsnitlige detailpris på både cannabisharpiks og cannabisblade stabilt eller steg i de fleste, der indberettede data.

Anslåede markedsandele for cannabisprodukter

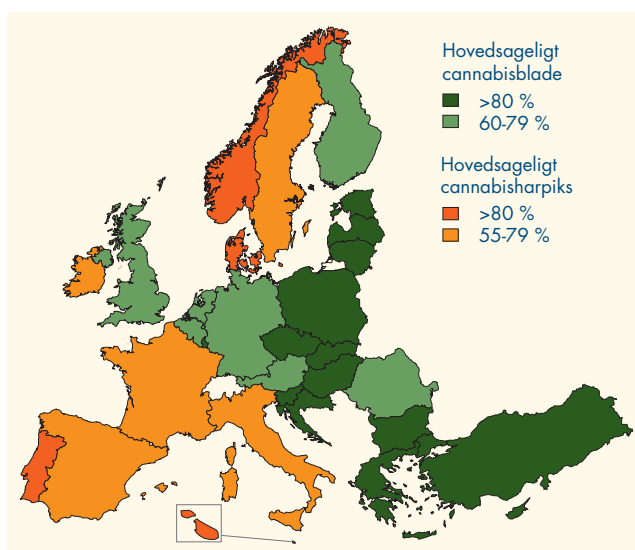
Forskellige datakilder peger på en overvægt af cannabisblade over hele Europa i 2009. Cannabisblade ser ud til at være det mest brugte cannabisprodukt i to tredjedele af de 30 indberettende lande, mens cannabisharpiks er det udvalgte produkt i den resterende tredjedel (se figur 4). Disse markedsandele ser ud til at have ligget stabilt over tid i nogle lande, hvor de kan afspejle forbrugsmønstre, der har været etableret over lang tid. I andre er de et resultat af nylige ændringer (EONN, 2012a).

Udbredelse og brugsmønstre

Cannabisbrug i befolkningen som helhed

Det anslås forsigtigt, at omkring 80,5 millioner europæere har brugt cannabis mindst én gang (langtidsprævalens), dvs. mere end hver fjerde af alle 15-64-årige (Se et resumé af dataene i tabel 3). Der er betydelige forskelle mellem landene, idet de nationale tal for prævalens varierer fra 1,6 % til 32,5 %. For de fleste lande ligger den skønnede prævalens i størrelsesordenen 10-30 % af alle voksne.

Figur 4: Anslåede markedsandele for de cannabisprodukter, der blev brugt i Europa, 2008-2009



Kilde: EONN, 2012a.

Det anslås, at ca. 23 millioner europæere har brugt cannabis inden for det sidste år, dvs. gennemsnitligt ca. 6,8 % af alle 15-64-årige. Skøn over brug inden for den seneste måned omfatter personer, som bruger cannabis mere regelmæssigt, om end ikke nødvendigvis dagligt eller intensivt. Det anslås, at ca. 12 millioner europæere har brugt stoffet i løbet af den seneste måned, gennemsnitligt ca. 3,6 % af alle 15-64-årige.

Brug af cannabis blandt unge voksne

Cannabisbrug er i vid udstrækning koncentreret blandt unge (15-34 år), idet den højeste prævalens for brug inden for de seneste 12 måneder generelt registreres blandt de 15-24-årige ⁽⁴³⁾.

Data fra befolkningsundersøgelser viser, at gennemsnitligt 32,5 % af unge europæiske voksne (15-34 år) på et tidspunkt har brugt cannabis, mens 12,4 % har brugt stoffet inden for det sidste år, og 6,6 % har brugt det inden for den sidste måned. Det anslås, at en endnu større del af europæerne i aldersgruppen 15-24 år anslås at have brugt cannabis inden for det seneste år (15,4 %) eller inden for den seneste måned (7,8 %). Nationale skøn over udbredelsen af cannabisbrug svinger meget mellem landene i alle prævalensmålinger (tabel 3).

Cannabisbrug er generelt mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder, f.eks. varierede forholdet mellem mænd og kvinder blandt unge voksne, der anførte, at de havde brugt cannabis inden for det seneste år, fra godt 6:1 i Portugal til knap 1:1 i Norge ⁽⁴⁴⁾.

Internationale sammenligninger

Tal for cannabisbrug fra Australien, Canada og USA for langtidsprævalens og brug inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne ligger alle over de europæiske gennemsnit på henholdsvis 32,5 % og 12,4 %. F.eks. var langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt unge voksne i Canada (2010) på 50,4 % og prævalensen inden for det seneste år 21,1 %. Den nationale undersøgelse af stofbrug og sundhed i USA (SAMHSA, 2010) indeholdt skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug på 52,1 % (16-34 år, beregnet af EONN) og prævalensen inden for det seneste år på 24,5 %, mens tallene i Australien (2010) er 43,3 % og 19,3 % for unge voksne.

Tendenser i cannabisbrug

I slutningen af 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne rapporterede mange europæiske lande om stigninger i brugen af cannabis, både i generelle befolkningsundersøgelser og i skoleundersøgelser. Siden

⁽⁴³⁾ Se figur GPS-1 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁴⁴⁾ Se tabel GPS-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2012.

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

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	De seneste 12 måneder	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	80,5 mio.	23 mio.	12 mio.
Europæisk gennemsnit	23,7 %	6,8 %	3,6 %
Område	1,6–32,5 %	0,3–14,3 %	0,1–7,6 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (1,6 %) Bulgarien (7,3 %) Ungarn (8,5 %) Grækenland (8,9 %)	Rumænien (0,3 %) Grækenland (1,7 %) Ungarn (2,3 %) Bulgarien, Polen (2,7 %)	Rumænien (0,1 %) Grækenland, Polen (0,9 %) Sverige (1,0 %) Litauen, Ungarn (1,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (32,5 %) Spanien, Frankrig (32,1 %) Italien (32,0 %) Det Forenede Kongerige (30,7 %)	Italien (14,3 %) Spanien (10,6 %) Tjekkiet (10,4 %) Frankrig (8,4 %)	Spanien (7,6 %) Italien (6,9 %) Frankrig (4,6 %) Tjekkiet, Nederlandene (4,2 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	42,5 mio.	16 mio.	8,5 mio.
Europæisk gennemsnit	32,5 %	12,4 %	6,6 %
Område	3,0–49,3 %	0,6–20,7 %	0,2–14,1 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (3,0 %) Grækenland (10,8 %) Bulgarien (14,3 %) Polen (16,1 %)	Rumænien (0,6 %) Grækenland (3,2 %) Polen (5,3 %) Ungarn (5,7 %)	Rumænien (0,2 %) Grækenland (1,5 %) Polen (1,9 %) Sverige, Norge (2,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (49,3 %) Frankrig (45,1 %) Danmark (44,5 %) Spanien (42,4 %)	Tjekkiet (20,7 %) Italien (20,3 %) Spanien (19,4 %) Frankrig (17,5 %)	Spanien (14,1 %) Italien (9,9 %) Frankrig (9,8 %) Tjekkiet (8,0 %)
15-24 år			
Anslået antal brugere i Europa	18 mio.	9,5 mio.	5 mio.
Europæisk gennemsnit	29,7 %	15,4 %	7,8 %
Område	3,0–52,2 %	0,9–23,9 %	0,5–17,2 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (3,0 %) Grækenland (9,0 %) Cypern (14,4 %) Portugal (15,1 %)	Rumænien (0,9 %) Grækenland (3,6 %) Portugal (6,6 %) Slovenien, Sverige (7,3 %)	Rumænien (0,5 %) Grækenland (1,2 %) Sverige (2,2 %) Norge (2,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (52,2 %) Spanien (39,1 %) Frankrig (38,1 %) Danmark (38,0 %)	Spanien (23,9 %) Tjekkiet (23,7 %) Italien (22,3 %) Frankrig (20,8 %)	Spanien (17,2 %) Frankrig (11,8 %) Italien (11,0 %) Det Forenede Kongerige (9,0 %)
NB:	Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få et skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, der mangler prævalensdata (repræsenterer ikke over 3 % af målpopulationen). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 – 338 mio., 15-34 – 130 mio., 15-24 – 61 mio. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2004 og 2010-2011 (især 2008-2010), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2012.		

da har mange lande rapporteret om en stabilisering eller endog faldende tendenser i cannabisbrugen ⁽⁴⁵⁾.

Mens næsten alle europæiske lande har gennemført generelle befolkningsundersøgelser i de senere år, har kun 16 lande leveret tilstrækkelige data til at analysere tendenser i brugen af cannabis over en længere periode. Blandt disse har 5 lande (Bulgarien, Grækenland, Ungarn, Sverige, Norge) altid rapporteret en lav prævalens for brug af cannabis inden for de seneste 12 måneder blandt de 15-34-årige, dvs. niveauer på højst 10 %.

Yderligere 6 lande (Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Slovakiet, Finland) har indberettet højere prævalensniveauer, dog ikke over 15 % i deres seneste undersøgelse. Danmark, Tyskland og Irland anførte betydelige stigninger i brugen af cannabis i 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne, hvilket blev fulgt af en stadig mere stabil eller faldende tendens. De stigninger, der er observeret i Estland og Finland over det seneste tiår eller længere, viser intet tegn på udjævning.

⁽⁴⁵⁾ Se figur GPS-4 (del ii) i Statistical bulletin 2012.

Spanien, Frankrig, Italien, Det Forenede Kongerige og Tjekkiet har alle på et eller andet tidspunkt i de sidste 10 år indberettet brug inden for de sidste 12 måneder blandt unge voksne på 20 % eller derover. Mønstrene blandt disse lande divergerede fra midten af 2000'erne, hvor Spanien og Frankrig generelt observerede stabile tendenser, mens Italien har indberettet en stigning i 2008, og Det Forenede Kongerige har oplevet betydelige fald, idet prævalensen for cannabisbrug blandt unge voksne inden for de sidste 12 måneder nu ligger på EU-gennemsnittet.

I 2010-2011 indberettede syv lande nye undersøgelsesdata, som gjorde det muligt at overveje nye tendenser i cannabisbrug. Sammenlignet med deres foregående undersøgelse, der blev foretaget mellem et og fem år tidligere, rapporterede disse lande om relativt stabile niveauer for brugsprævalensen blandt unge voksne inden for de sidste 12 måneder, og ét land (Finland) viste en stigning.

Mønstre i cannabisbrug

De foreliggende data peger på forskellige mønstre for cannabisbrug fra eksperimenterende brug til afhængig brug. Mange afbryder normalt deres cannabisbrug efter et eller to eksperimenter, andre bruger stoffet lejlighedsvis eller i en begrænset periode. Risikoopfattelser spiller en rolle for brugsmønstrene, og det er værd at bemærke, at flertallet (91 %) af unge europæere i en EU-holdningsundersøgelse anerkender, at der er helbredsrisici forbundet med regelmæssig brug af cannabis, skønt opfattelsen af risikoen for helbredet i forbindelse med lejlighedsvis brug var mindre og lå på 52 %.

Af de 15-64-årige, der på et tidspunkt har brugt cannabis, har 70 % ikke gjort det inden for det seneste år ⁽⁴⁶⁾. Blandt dem, der har brugt stoffet inden for det seneste år, har gennemsnitligt næsten halvdelen gjort det inden for den sidste måned, hvilket muligvis er tegn på en mere regelmæssig brug. Disse andele varierer dog betydeligt på tværs af lande og køn. Prævalensniveauer for cannabis, som er meget højere end det europæiske gennemsnit, findes blandt nogle grupper af unge, f.eks. unge, der deltager i nattelivet eller dansemusikmiljøer. Brug af cannabis er også ofte knyttet til massiv alkoholbrug. F.eks. var det mellem to og seks gange mere sandsynligt, at unge voksne (15-34 år), der meldte om hyppig eller massiv

alkoholbrug, også anførte brug af cannabis, sammenlignet med befolkningen i almindelighed (EONN, 2009b).

Der kan være forskellige risici knyttet til de forskellige typer af cannabisprodukter og til de måder, hvorpå de bruges. De cannabisbrugsmønstre, som fører til, at der forbruges høje doser, kan give brugeren større risiko for at udvikle afhængighed eller andre problemer (EONN, 2008). Disse praksisser omfatter brug af cannabis med et meget højt THC-indhold eller i store mængder og inhalering fra en vandpibe. I undersøgelser skelnes der sjældent mellem brug af forskellige typer af cannabis. Imidlertid anslog British Crime Survey for 2009-2010, at ca. 12,3 % af de voksne (15-59 år) på et tidspunkt havde taget noget, de mente, var »skunk« (gadenavnet for en form for stoffet med en generelt høj styrke). Mens lignende andele af cannabisbrugere anførte langtidsbrug af cannabisblade (50 %) og cannabisharpiks (49 %), var der større sandsynlighed for, at dem, der havde brugt stoffet inden for det seneste år, havde brugt cannabisblade (71 %) end harpiks (38 %) (Hoare og Moon, 2010). Data fra generelle befolkningsundersøgelser i 17 lande ⁽⁴⁷⁾, der dækker næsten 80 % af den voksne befolkning i EU og Norge, tyder på, at lige over 40 % af cannabisbrugere, der anførte at have brugt stoffet i den seneste måned, havde brugt det 1-3 dage. Det kan anslås, at omkring 1 % af de voksne (15-64 år) i EU og Norge, ca. 3 millioner ⁽⁴⁸⁾, bruger cannabis dagligt eller næsten dagligt (med en prævalens i det enkelte land fra 0,1 % til 2,6 %). Omkring tre fjerdedele af disse brugere er formentlig unge voksne (15-34 år). I denne aldersgruppe har mænd ca. 3,5 gange større sandsynlighed end kvinder for at være daglige cannabisbrugere. Af de 11 lande, dækkende 70 % af EU-befolkningen, som der kan bestemmes tendenser i intensiv cannabisbrug for, melder 9 om en stabil situation siden 2000 ⁽⁴⁹⁾. I 2 andre lande blev der observeret ændringer over perioder på 5-6 år, idet Det Forenede Kongerige synes at have observeret et fald i intensiv cannabisbrug, mens Portugal meldte om en stigning i 2007.

Afhængighed bliver i stigende grad anerkendt som en mulig følge af regelmæssig cannabisbrug, selv blandt yngre brugere, og antallet af personer, der søger hjælp på grund af deres cannabisbrug, er stigende i nogle europæiske lande (se nedenfor). Nogle cannabisbrugere — især intensive brugere — kan have problemer uden nødvendigvis at opfylde de kliniske kriterier for afhængighed.

⁽⁴⁶⁾ Se figur GPS-2 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁴⁷⁾ Undersøgelser afsluttet mellem 2003 og 2011 med anvendelse af en række metodologier og i forskellige sammenhænge. Se tabel GPS-10 og GPS-121 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁴⁸⁾ Dette er et minimumsskøn på grund af underrapportering i undersøgelser, idet visse populationer af intensive cannabisbrugere falder uden for stikprøverammen, og udeladelse af personer med episoder med intensiv cannabisbrug inden for de sidste 12 måneder, men lave brugsniveauer inden for den seneste måned.

⁽⁴⁹⁾ Kun data efter 2000 blev taget i betragtning i denne analyse.

ESPAD-rapporten 2011: Europæisk skoleundersøgelse om stofbrug

Det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre stoffer (ESPAD) giver regelmæssige snapshots af stofbrugsniveauer, tendenser og holdninger hos 15-16-årige skoleelever i Europa.

Denne standardiserede undersøgelse finder sted hvert fjerde år og giver sammenlignelige data om skoleelevers brug af ulovlig narkotika, alkohol, cigaretter og andre stoffer. Den rapporterer også om opfattet tilgængelighed, alder for første brug af disse stoffer og opfattelse af risici og skader.

I 2011-undersøgelsen (Hibell et al., 2012) blev skoleelever født i 1995 fra 36 europæiske lande, herunder 26 af de 30 EONN-lande, interviewet. For første gang er der anvendt statistiske metoder til at fastslå, om forskellene er signifikante (95 %-niveau) både mellem 2011- og 2007-undersøgelserne og mellem drenge og piger. I de foregående ESPAD-rapporter blev kun forskelle på mindst 4 procentpoint anset for at være relevante.

ESPAD-resultaterne om cannabisbrug gennemgås i dette kapitel. Hvor det er hensigtsmæssigt, præsenteres resultater fra sammenlignelige undersøgelser gennemført i Spanien og Det Forenede Kongerige også. Resultater for ecstasy-, amfetamin- og kokainbrug gennemgås i de følgende kapitler.

Cannabisbrug blandt skoleelever

ESPAD-undersøgelsen (Hibell et al., 2012) indsamlede oplysninger om cannabisbrugsmønstre og -tendenser hos skoleelever fra 26 af de 30 EONN-lande. De højeste niveauer for langtidsbrug af cannabis blandt 15-16-årige blev indberettet af Tjekkiet (42 %) og Frankrig (39 %) (figur 5). Ingen af de øvrige lande i undersøgelsen eller Spanien indberettede et langtidsbrugsniveau over 27 %. Kun Tjekkiet og Frankrig indberetter langtidsprævalensniveauer for cannabisbrug, som overstiger dem, der blev indberettet for en sammenlignelig aldersgruppe i USA i 2011 (35 %).

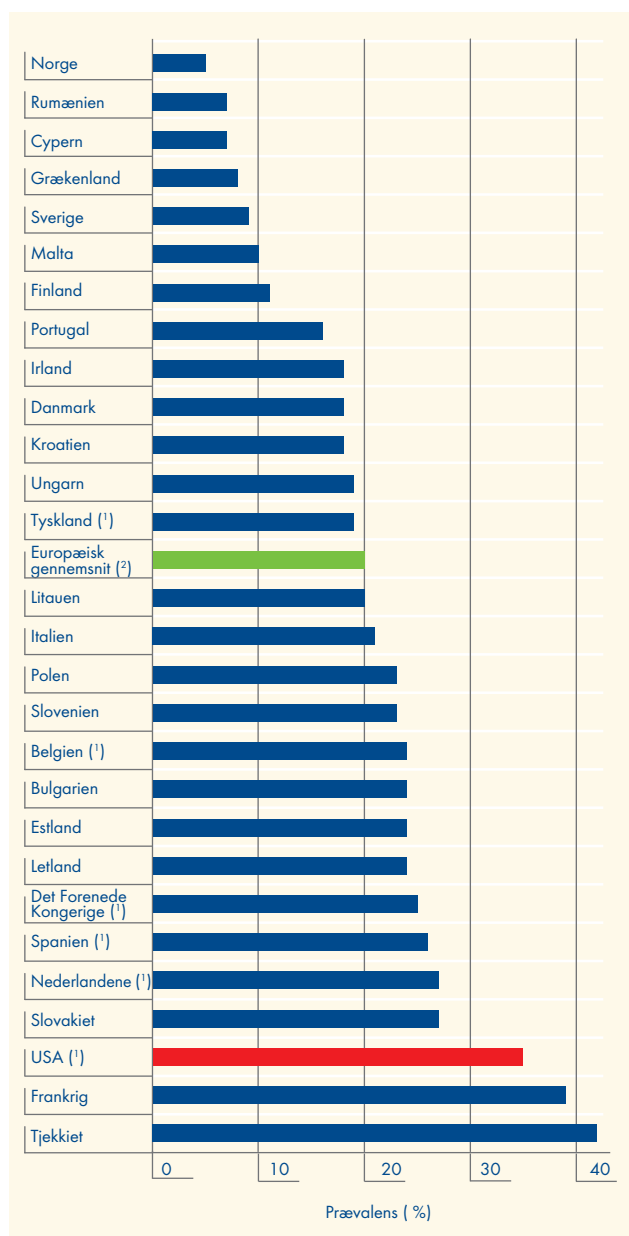
Indberettet brug af cannabis i den seneste måned går fra 24 % af de 15-16-årige i Frankrig til 2 % i Rumænien og Norge.

Omfanget af kønsforskellen varierer i Europa med et forhold mellem drenge og piger blandt dem, der på et tidspunkt har brugt cannabis, på 1:1 i Spanien, Frankrig og Rumænien til omkring 2,5 drenge for hver pige i Grækenland og Cypern.

Tendenser blandt skoleelever

I løbet af de 16 år, ESPAD-undersøgelsen dækkede, er langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt europæiske skoleelever samlet set steget. I den periode faldt den stigende tendens i langtidsbrugen af cannabis blandt

Figur 5: Langtidsprævalens af cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever i ESPAD- og sammenlignelige undersøgelser gennemført i 2010 og 2011



(¹) Begrænset sammenlignelighed: Data for Belgien vedrører det flamske fællesskab. Data for Tyskland vedrører fem delstater. Kun en lille andel af skolerne i prøven i Det Forenede Kongerige deltog i ESPAD-undersøgelsen, men en anerkendt national undersøgelse viste en meget lignende prævalens i 2010 (27 %). Data for Spanien, som ikke deltager i ESPAD, stammer fra en national undersøgelse, der blev foretaget i 2010. Data for USA, som heller ikke deltager i ESPAD, blev indsamlet i 2011 med en anslået gennemsnitsalder på 16,2, hvilket ligger over ESPAD-gennemsnittet på 15,8.

(²) Uvægtet gennemsnit af de europæiske lande, der er vist her.
Kilder: ESPAD og nationale reitoxknudepunkter for europæiske data, Johnston et al. (2012) for amerikanske data.

15-16-årige, som blev observeret indtil 2003, igen i 2007 og er forblevet på samme niveau i 2011. Af de 23 lande, som deltog både i 2011-runden og i enten 1995- eller

1999-runden, ligger prævalensen for cannabisbrug nu mindst 4 procentpoint højere i 14 og lavere i 2.

Tendenserne i den periode kan grupperes efter prævalensniveauer og geografi. 8 lande, primært beliggende i Nord- og Sydeuropa (figur 6, til venstre), har indberettet lav langtidspævalens for cannabisbrug i hele perioden. I 5 af disse lande ligger prævalensen for cannabisbrug i 2011 inden for 3 procentpoint af niveauet i den tidligste ESPAD-undersøgelse i 1995 eller 1999. I 3 af disse lande er prævalensen for cannabisbrug dog nu betydeligt højere sammenlignet med den tidligste undersøgelse fra 1990'erne. Det gælder Portugal (med 9 procentpoint), Finland (med 6 procentpoint) og Rumænien (med 6 procentpoint). Mellem 2007 og 2011 indberettede 5 af disse lande en statistisk signifikant stigning og ét land et signifikant fald.

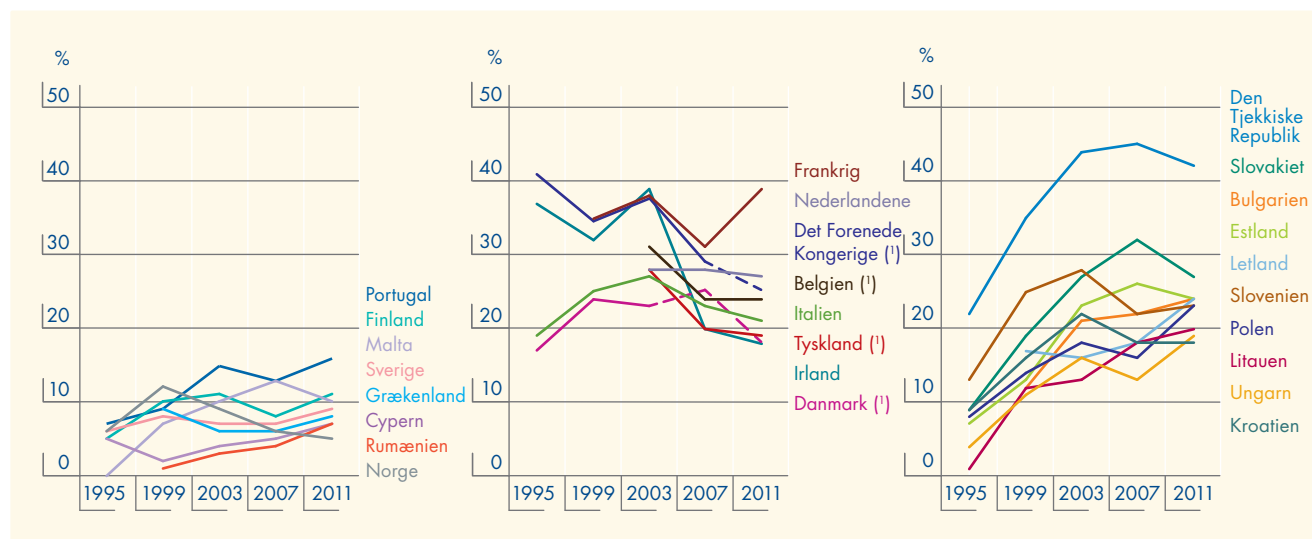
En anden gruppe består af 8 vesteuropæiske lande, som indberettede en relativt høj cannabisprævalens i deres tidligste ESPAD-undersøgelse (figur 6, midt). I 2 af disse lande er prævalensniveauerne for cannabis blandt skoleelever faldet drastisk over den 16 år lange periode, nemlig Irland med 19 procentpoint og Det Forenede Kongerige med 16 procentpoint. Der er også observeret fald i Tyskland (9 procentpoint) og Belgien (7 procentpoint) mellem deres første undersøgelser i 2003 og de seneste i 2011. De to lande i denne gruppe, der havde det laveste niveau for cannabisbrug i 1995, Danmark og Italien, melder om lignende niveauer i 2011. I denne gruppe har alene Frankrig observeret en stigning

på mindst 4 procentpoint mellem sin første (1999) og seneste ESPAD-måling. Mens tendensen mellem 2007 og 2011 endvidere har været nedadgående eller stabil i 7 af de 8 lande, rapporterer Frankrig om en stigning (8 procentpoint).

I en tredje gruppe på 10 lande beliggende mellem Østersøen og Balkanhalvøen steg prævalensen for cannabisbrug mellem den første undersøgelse i 1995 eller 1999 og 2011, idet 8 lande rapporterer om stigninger på mindst 10 procentpoint (se figur 6, til højre). Tjekkiet skiller sig ud med højere prævalensniveauer end de øvrige lande. For de fleste af de øvrige lande i denne gruppe er langtidspævalensen af cannabisbrug blandt skoleelever steget fra et lavt niveau til et niveau omkring eller over det europæiske gennemsnit. Meget af ændringen i cannabisprævalens i denne gruppe af lande fandt sted inden 2003, og i 2007 var der tegn på en udjævning. Siden 2007 er prævalensen af cannabisbrug blandt skoleelever steget betydeligt i 3 af disse lande (Letland, Ungarn, Polen), faldet i ét (Slovakiet) og forblevet stabil i 6.

Når man sammenligner de sidste to runder af ESPAD-undersøgelsen, kan der iagttages en stabil tendens i langtidbrug af cannabis blandt skoleelever i halvdelen af de 26 deltagende EONN-lande, mens betydelige fald kan observeres i 4 lande, og 9 lande oplevede betydelige fald. De mest udtalte stigninger, mellem 6 og 8 procentpoint, indberettes af Frankrig, Letland, Ungarn og Polen.

Figur 6: Forskellige mønstre i tendenserne for langtidspævalens af cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever over de fem runder af ESPAD-undersøgelsen



(¹) Begrænset sammenlignelighed: Data for Belgien vedrører det flamske fællesskab. Data for Tyskland vedrører fem delstater. 2011-data for Det Forenede Kongerige og 2007-data for Danmark er baseret på små andele af skolerne i prøven.

Kilder: ESPAD og nationale Reitoxknudepunkter.

Mønstre blandt skoleelever

ESPAD-undersøgelsen fra 2011 viser alt i alt, at cannabisbrug opfattes som mere risikabel af elever i lande med færre brugere. Med hensyn til opfattede risici og skader skelner eleverne klart mellem eksperimenterende brug og regelmæssig brug, idet mellem 12 % og 47 % anfører, at det udgør en stor risiko for helbredet at prøve cannabis en eller to gange, mens regelmæssig brug af stoffet blev anset for en stor helbredsrisiko af mellem 56 % og 80 % ⁽⁵⁰⁾.

Tidlig introduktion til brug af cannabis har været sat i forbindelse med en senere udvikling af mere intensive og problematiske former for stofbrug, og otte lande (Bulgarien, Tjekkiet, Spanien, Estland, Frankrig, Nederlandene, Slovakiet, Det Forenede Kongerige) anførte tal på 5 % eller derover for personer, der havde påbegyndt brug af cannabis i en alder af 13 år eller derunder ⁽⁵¹⁾. I USA nåede niveauet op på 15 %.

Drenge er mere tilbøjelige end piger til at anføre både tidlig introduktion og hyppig brug af cannabis, idet mellem 5 % og 11 % af de 15-16-årige mandlige skoleelever i 9 europæiske lande anførte, at de havde brugt cannabis ved 40 lejligheder eller derover. I de fleste lande var denne andel mindst det dobbelte af det, der blev fundet blandt kvindelige elever.

Sundhedsskadelige virkninger af cannabisbrug

Det er almindeligt accepteret, at den individuelle sundhedsrisiko i forbindelse med cannabisbrug er lavere end risici i forbindelse med stoffer som heroin eller kokain, men på grund af den høje udbredelse af cannabisbrug kan stoffets påvirkning af folkesundheden være betydelig.

Der er identificeret en række akutte og kroniske sundhedsproblemer i tilknytning til cannabisbrug. Akutte skadevirkninger omfatter kvalme, koordinations- og præstationsforstyrrelser, angst og psykotiske symptomer, der måske anføres oftere af førstegangsbrugere. Epidemiologiske undersøgelser baseret på observationer viste, at cannabisbrug hos førere af motorkøretøjer også øger risikoen for at blive involveret i et bilsammenstød (Asbridge et al., 2012).

Kroniske virkninger af cannabis omfatter afhængighed og luftvejssygdomme.

Regelmæssig cannabisbrug i teenageårene kan påvirke unge voksnes mentale sundhed negativt med dokumentation

for øget risiko for psykotiske symptomer og forstyrrelser, som øges med brugsfrekvens og -mængde (Hall og Degenhardt, 2009).

Behandling

Behandlingsefterspørgsel

I 2010 var cannabis det primære stof for omkring 108 000 personer, der kom i behandling i 29 lande (25 % af alle narkotikaklienter), hvilket gør det til det næstmest anførte stof efter heroin. Endvidere var cannabis det næstmest anførte sekundære stof, som blev nævnt ca. 98 000 gange. Over 30 % af de personer, der kom i behandling i Belgien, Danmark, Tyskland, Frankrig, Cypern, Ungarn, Nederlandene og Polen, var primære cannabisbrugere, mens de repræsenterede under 10 % i Bulgarien, Estland, Luxembourg, Malta, Rumænien og Slovenien og mellem 10 % og 30 % i de resterende lande ⁽⁵²⁾. Næsten 70 % af alle cannabisbrugere, der kom i behandling i Europa, blev anført af Tyskland, Spanien, Frankrig og Det Forenede Kongerige.

Forskelle i udbredelsen af cannabisbrug og problemerne i den forbindelse bidrager til at forklare noget af variationen i niveauerne for påbegyndelse af behandling landene imellem. Andre faktorer såsom henvisningspraksis og typen af behandlingstilbud er også vigtige. F.eks. har Frankrig et system af rådgivningscentre, der er målrettet unge klienter, som hovedsageligt er cannabisbrugere ⁽⁵³⁾, mens cannabislovovertrædere i Ungarn tilbydes narkotikabehandling som alternativ til straf. Begge systemer vil øge antallet af personer, der kommer i behandling.

I de sidste fem år har der været en samlet stigning (fra 73 000 klienter i 2005 til 106 000 i 2010) i antallet af cannabis-klienter, der kommer i behandling, i de 25 lande, som der foreligger data for, især blandt dem, der er kommet i behandling for første gang i deres liv.

Behandlingsklienters profil

Cannabisklienter kommer hovedsageligt i behandling på ambulatorier og anføres at være en af de yngste klientgrupper, der kommer i behandling, med en gennemsnitsalder på 25 år. Unge mennesker, der anfører cannabis som deres primære stof, udgør 76 % af de personer, der kommer i behandling i alderen 15-19 år, og 86 % af dem under 15 år. Forholdet mellem mænd og kvinder er det højeste blandt narkotikaklienter (omkring fem

⁽⁵⁰⁾ Se figur EYE-1 (del iv) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁵¹⁾ Se tabel EYE-23 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁵²⁾ Se figur TDI-2 (del ii) og tabel TDI-5 (del ii) og TDI-22 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁵³⁾ Endvidere behandles mange opioidbrugere i Frankrig af praktiserende læger og bliver ikke indberettet til behandlingsefterspørgselsindikatoren, hvilket dermed puster andelen af brugere af andre stoffer op.

mænd for hver kvinde). Alt i alt er omkring halvdelen af de primære cannabis klienter daglige brugere, omkring 21 % bruger det 2-6 gange om ugen, 13 % bruger cannabis en gang om ugen eller derunder, og 17 % er lejlighedsvis brugere, hvoraf nogle ikke har brugt det i måneden, før de kom i behandling. Der er betydelige forskelle mellem landene. I Ungarn f.eks., hvor de fleste cannabis brugere, der kommer i behandling, bliver henvist af det strafferetlige system, er flertallet lejlighedsvis brugere eller har ikke brugt stoffet i måneden, før de kommer i behandling ⁽⁵⁴⁾.

Behandlingsudbud

Cannabisbehandlingen i Europa omfatter en bred vifte af foranstaltninger, bl.a. internetbaseret behandling, rådgivning og strukturerede psykosociale tiltag samt behandling i stationære behandlingsmiljøer. Der sker også ofte overlapning mellem selektiv og indiceret forebyggelse og behandlingstiltag (se kapitel 2).

I 2011 anførte over halvdelen af de europæiske lande, at der var specifikke cannabisbehandlingsprogrammer til rådighed for brugere, der aktivt søger behandling, dvs. en stigning på en tredjedel siden 2008. I deres seneste vurdering anslog nationale eksperter fra Grækenland, Tyskland, Italien, Kroatien, Litauen, Luxembourg, Nederlandene, Slovenien, Slovakiet og Det Forenede Kongerige, at disse programmer var tilgængelige for flertallet af cannabisbrugere med behov for behandling, mens eksperter fra Belgien, Tjekkiet, Danmark, Spanien, Østrig, Portugal, Rumænien og Norge anslog, at de kun var tilgængelige for et mindretal af dem. Bulgarien, Estland, Cypern, Ungarn og Polen anførte, at der er planer om specifikke behandlingsprogrammer for cannabisbrugere i de næste tre år.

Cannabisbehandling gives hovedsageligt i ambulatorier, i det strafferetlige system, på skadestuer og mentale sundhedsbehandlingscentre, der fungerer som vigtige henvisningsorganer. I Ungarn fik omkring to tredjedele af alle anførte personer, der kom i cannabisbehandling i 2010, rådgivning, som blev ydet af et net af akkrediterede organisationer. Multidimensionel familierapi og kognitiv adfærdsterapi gives til unge med problemer i forbindelse med cannabisbrug og deres forældre i Belgien, Tyskland, Frankrig og Nederlandene som led i et igangværende klinisk forsøg, der også gennemføres i Schweiz (se nedenfor). I Danmark er en kort gruppebaseret behandlingsmetode efter en vellykket pilotfase i København ved at blive indført til behandling af problemer med cannabisbrug. Behandlingen omfatter elementer af motivationsterapi, kognitiv adfærdsterapi og løsningsfokuseret terapi.

Et voksende antal europæiske lande tilbyder internetbaseret cannabisbehandling med henblik på at lette behandlingsadgangen for personer, der måske ikke kan eller ikke vil søge hjælp inden for det specialiserede narkotikabehandlingssystem. I Ungarn tilbyder et onlineprogram med forbindelse til ambulatorier i Budapest webbaseret behandling til mennesker, som ønsker at skære ned på brugen af cannabis eller helt at stoppe. Dette selvhjælpsprogram trækker på erfaringerne med internetbaseret behandling til cannabisbrugere fra andre europæiske lande.

Nylige undersøgelser af behandlingen af cannabisbrugere

Evalueringsundersøgelser af cannabisbehandling, de fleste med fokus på psykosociale tiltag såsom familierapi og kognitiv adfærdsterapi, er blevet gradvist mere tilgængelige.

EONN har for nylig bestilt en metaundersøgelse af europæiske og amerikanske undersøgelser af multidimensionel familierapi. De amerikanske undersøgelser viste en række positive resultater for denne metode med hensyn til nedbringelse af stofbrug og kriminalitet sammenlignet med både individuelt afviklet kognitiv adfærdsterapi og en manualstyret gruppeterapi for unge baseret på sociale læringsprincipper og kognitiv adfærdsterapi (Liddle et al., 2009). For unge i behandling i strafferetlige miljøer i USA førte den multidimensionelle familierapi til reduktioner i cannabisbrugen blandt de mere alvorlige tilfælde (Henderson et al., 2010). Den europæiske analyse viser også, at det er en levedygtig behandlingsmulighed for unge med alvorlig stofbrug og adfærdsforstyrrelser. Det var de foreløbige konklusioner af den europæiske multisiteundersøgelse, International cannabis need of treatment study (INCANT), der har været i gang siden 2003 i Belgien, Tyskland, Frankrig, Nederlandene og Schweiz.

Korte tiltag kan defineres som rådgivning, vejledning eller begge dele, som er rettet mod nedbringelse af brugen af både lovlig og ulovlig narkotika. En nylig international undersøgelse knyttede screening for alkohol, rygning og stofbrug sammen med korte tiltag og viste nedsat cannabisbrug ved opfølgningen (Humeniuk et al., 2011).

Der bliver også gennemført forskning i lægemidler, der måske støtter psykosociale tiltag i behandlingen af cannabisproblemer ved at reducere abstinenssymptomer, trang eller brug. I forbindelse med cannabisafhængighed er der undersøgelser i gang af potentialet i oral syntetisk THC som substitutionsbehandling, mens agonisten rimonabant har vist positive resultater med hensyn til at nedbringe akutte fysiologiske problemer i forbindelse med rygning af cannabis (Weinstein og Gorelick, 2011).

⁽⁵⁴⁾ Se tabel TDI-10 (del iii), (del iv), TDI-21 (del ii) og TDI-111 (del viii) i Statistical bulletin 2012.



Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy, hallucinogene stoffer, GHB og ketamin

Indledning

I mange europæiske lande er amfetaminer (en fællesbetegnelse for amfetamin og metamfetamin) eller ecstasy det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof efter cannabis. I nogle lande er brug af amfetaminer endvidere en vigtig del af stofproblemet og tegner sig for en betydelig andel af dem, der har brug for behandling.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer, som stimulerer centralnervesystemet. Af de to stoffer er amfetamin det mest tilgængelige i Europa, mens et væsentligt forbrug af metamfetamin traditionelt har været begrænset til Tjekkiet og senere Slovakiet. Metamfetamin er også dukket op på narkotikamarkederne i andre lande i de sidste par år, især i Nordeuropa (Letland, Sverige, Norge og i mindre grad Finland), hvor det ser ud til delvist at have erstattet amfetamin. I 2010 blev der rapporteret om yderligere tegn på problematisk metamfetaminbrug — om end formentlig på meget lave niveauer — af Tyskland, Grækenland, Ungarn, Cypern og Tyrkiet, mens beslaglæggelserne af stoffet er øget i Estland og Østrig.

Ecstasy er syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men 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). Stoffets popularitet har traditionelt været knyttet til det elektroniske dansemusikmiljø, skønt der i de senere år er sket et vist fald i brugen og tilgængeligheden af ecstasy i Europa. De seneste data viser imidlertid, at MDMA vender tilbage i nogle europæiske lande.

Den samlede udbredelse af hallucinogene stoffer, f.eks. lysergsyre-diethylamid (LSD) og hallucinogene svampe, er generelt lavt og har stort set været stabilt i de senere år.

Siden midten af 1990'erne har der været meldt om fritidsbrug af bedøvelsesmidlerne ketamin og gamma-hydroxybutyrat (GHB) blandt subgrupper af stofbrugere i Europa. Det er ved at blive et mere anerkendt problem, idet centrene begynder at rette en indsats mod brugere af disse stoffer. Anerkendelsen af sundhedsproblemerne

ved disse stoffer er også voksende, især blæresygdomme i forbindelse med langvarig ketaminbrug.

Udbud og tilgængelighed

Narkotikaprækursorer

Amfetamin, metamfetamin og ecstasy er syntetiske stoffer, der kræver kemiske prækursorer i fremstillingsprocessen. Indblik i den ulovlige fremstilling af disse stoffer kan fås fra rapporter om beslaglæggelser af kontrollerede kemikalier, der afledes fra lovlig handel, og som er nødvendige for fremstillingen.

Internationale bestræbelser på at forhindre utilsigtet anvendelse af prækursorkemikalier, som bruges til ulovlig fremstilling af syntetiske stoffer, koordineres gennem »Prismeprojektet«. Projektet benytter et system af anmeldelser forud for eksport i forbindelse med lovlig handel og indberetning af stoppede ladninger og beslaglæggelser, når der foregår mistænkelige transaktioner (INCB, 2012b).

Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB) anfører, at beslaglæggelserne på verdensplan af 1-phenyl-2-propanon (P2P, BMK), som anvendes til ulovlig fremstilling af både amfetamin og metamfetamin, femdobledes fra 4 900 liter i 2009 til 26 300 liter i 2010. Beslaglæggelser i Mexico (14 200 liter i 2010), Canada (6 000 liter) og Belgien (5 000 liter) tegnede sig for 95 % af den samlede mængde på verdensplan, som blev indberettet til INCB (2012a). I EU voksede beslaglæggelserne af P2P også dramatisk fra 863 liter i 2009 til 7 493 liter i 2010 (Europa-Kommissionen, 2011). Beslaglæggelserne på verdensplan af fenyleddikesyre, en præursor til P2P, firedobledes i 2010 (INCB, 2012a). Beslaglæggelserne af dette kemikalie i EU i 2010 (1,5 kg) var små i forhold til 2009 (277 kg) (Europa-Kommissionen, 2011). Beslaglæggelserne på verdensplan af efedrin og pseudoefedrin, to prækursorer til metamfetamin, faldt i 2010 (INCB, 2012a). Beslaglæggelserne af disse prækursorer steg dog i EU i 2010 til 1,2 ton efedrin (685 kg i 2009) og 1,5 ton pseudoefedrin (186 kg i 2009) (Europa-Kommissionen, 2011).

To prækursorkemikalier sættes primært i forbindelse med fremstillingen af MDMA, nemlig 3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK) og safrol. I 2010 kom beslaglæggelserne af PMK på verdensplan op på 2 liter, hvilket er et fald fra 40 liter i 2009, mens beslaglæggelserne af safrol faldt fra 1 048 liter i 2009 til 168 liter i 2010. I EU blev der ikke beslaglagt PMK i 2010, og der blev kun foretaget fire beslaglæggelser af safrol på i alt 85 liter.

I 2010 blev der fortsat konfiskeret gamma-butyrolacton, som er en præcursor til GHB, i EU med i alt 139 beslaglæggelser på tilsammen 253 liter.

Amfetamin

Den globale amfetaminproduktion er stadig koncentreret i Europa, som tegnede sig for næsten alle de indberettede amfetaminlaboratorier i 2010 (UNODC, 2012).

Beslaglæggelserne af amfetamin faldt på verdensplan med 42 % i 2010 til ca. 19 ton (se tabel 4). Vest- og Centraleuropa fortsatte med at beslaglægge store mængder amfetamin i 2010, om end der også skete et fald i beslaglæggelserne her fra 8,9 ton i 2009 til 5,4 ton i 2010. Det største fald i amfetaminbeslaglæggelser blev rapporteret i UNODC's nær- og mellemstlige og sydvestasiatiske region. En stor del af den amfetamin, der blev beslaglagt i denne region, er i form af »captagon«-tabletter (UNODC, 2012), hvoraf nogle kan stamme fra EU.

Det meste af den amfetamin, der beslaglægges i Europa, er, efter produktionsmængde, fremstillet i Nederlandene, Belgien, Polen, Bulgarien, Tyrkiet og Estland. Omkring 28 steder i EU, hvor der foregik produktion, pakning eller oplagring af amfetamin, blev afsløret og indberettet til Europol i 2010 ⁽⁵⁵⁾.

I 2010 blev der foretaget ca. 36 600 beslaglæggelser på 5 ton amfetaminpulver og 1,4 millioner amfetamintabletter ⁽⁵⁶⁾ i Europa. Inden for en samlet set nedadgående tendens har antallet af amfetaminbeslaglæggelser været svingende i de sidste fem år. Antallet af amfetamintabletter, der er blevet konfiskeret i Europa, er faldet stærkt i perioden 2005-2010 på grund af faldende beslaglæggelser i Tyrkiet. Efter rekordstore konfiskationer på omkring 8 ton mellem 2007 og 2009 er mængderne af konfiskeret amfetaminpulver faldet til ca. 5 ton i 2010 ⁽⁵⁷⁾.

Renhedsgraden i prøver af den amfetamin, der blev beslaglagt i Europa i 2010, varierede fortsat betydeligt fra under 8 % i Bulgarien, Italien, Portugal, Østrig, Slovenien, Kroatien og Tyrkiet til omkring 20 % eller derover i lande, hvor der meldes om amfetaminproduktion (Belgien, Letland, Litauen, Nederlandene), eller hvor forbruget er relativt højt (Finland, Sverige, Norge) og i Tjekkiet og Slovakiet ⁽⁵⁸⁾. I løbet af de seneste fem år er amfetaminens renhedsgrad faldet eller er forblevet stabil i de fleste lande, som anfører tilstrækkelige data til at foretage en tendensanalyse.

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

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	Lsd
Global beslaglagt mængde (ton)	19	45	3,8	Ingen data
Beslaglagt mængde EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	5,1 ton (5,4 ton)	500 kg (600 kg)	Tabletter 3,0 mio. (3,9 mio.)	Enheder 97 900 (98 000) ⁽¹⁾
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	36 200 (36 600)	7 300 (7 300)	7 800 (9 300)	970 (990)
Gennemsnitlig detailpris (EUR) Område (Kvartilafstand)	Gram 6–41 (9,6–21,2)	Gram 10–70	Tablet 2–17 (3,9–8,4)	Dosis 3–26 (6,5–13,1)
Gennemsnitlig renhed (eller MDMA-indhold for ecstasy) Område (Kvartilafstand)	5–39 % (7,8–27,2 %)	5–79 % (28,6–64,4 %)	3–104 mg (33,0–90,4 mg)	Ingen data
⁽¹⁾ Den samlede mængde lsd, der blev beslaglagt i 2010, er undervurderet, da der mangler data for Sverige, som indberettede relativt store beslaglæggelser i 2009. NB: Alle data er for 2010, ingen data: Data kan ikke anvendes eller foreligger ikke. Kilder: UNODC (2012) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.				

⁽⁵⁵⁾ 10 af disse 28 steder var også involveret i produktion, pakning eller oplagring af andre stoffer, i de fleste tilfælde metamfetamin.

⁽⁵⁶⁾ Tre fjerdedele af de konfiskerede amfetamintabletter var mærket som captagon og blev beslaglagt i Tyrkiet. Tabletter, der sælges på det ulovlige marked som captagon, indeholder dog jævnligt amfetamin blandet med koffein.

⁽⁵⁷⁾ Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-11 til SZR-18 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁵⁸⁾ Data om de europæiske narkotikarenhedsgrader, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel PPP-8 i Statistical bulletin 2012. Tendensindeks for EU kan ses i figur PPP-2 i Statistical bulletin 2012

I 2010 varierede den gennemsnitlige detailpris for amfetamin fra 10 EUR til 22 EUR pr. gram i over halvdelen af de 18 indberettende lande. Detailpriserne for amfetamin enten faldt eller forblev stabile i 14 ud af de 20 lande, der anførte data over perioden 2005-2010 ⁽⁵⁹⁾.

Metamfetamin

I 2010 blev der beslaglagt 45 ton metamfetamin på verdensplan, hvilket er en markant stigning fra de 31 ton, som blev beslaglagt i 2009. Det meste af stoffet blev beslaglagt i Nordamerika (34 %), hvor Mexico som et vigtigt producentland tegnede sig for en usædvanligt høj mængde — 13 ton, der blev beslaglagt i 2010. Store mængder blev også beslaglagt i Øst- og Sydøstasien, en region, der med 20 ton tegnede sig for 32 % af verdens samlede mængde i 2010. Her identificeres Burma/Myanmar som et centralt producentland (UNODC, 2012).

I Europa er den ulovlige metamfetaminproduktion koncentreret i Tjekkiet, hvor 307 produktionssteder, for det meste mindre »køkkenlaboratorier«, blev afsløret i 2010 (et fald fra 342 i 2009). Produktionen af stoffet forekommer også i Slovakiet samt i Tyskland, Litauen, Nederlandene og Polen. Tyskland anførte en betydelig stigning i mængder beslaglagt amfetamin i 2010 (26,8 kg, fra 7,2 kg i 2009). Størstedelen af stoffet blev konfiskeret i Sachsen og Bayern, der grænser op til Tjekkiet, som ser ud til at være kilden til stoffet.

I 2010 blev der meldt om næsten 7 300 beslaglæggelser af metamfetamin på i alt omkring 600 kg af stoffet i Europa. Både antallet af beslaglæggelser og mængderne af beslaglagt metamfetamin voksede i løbet af 2005-2010 med en stærk stigning mellem 2008 og 2009 og en stabilisering i 2010.

Renheden for metamfetamin varierede meget i 2010 i de 20 lande, der indberettede data, med gennemsnitsrenheder fra under 15 % i Bulgarien og Danmark til over 60 % i Tjekkiet, Slovakiet, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet. Spektret af detailpriser for metamfetamin varierede også meget i 2010 i de syv lande, som anførte det, fra ca. 10-15 EUR pr. gram i Bulgarien, Letland, Litauen og Ungarn til ca. 70 EUR pr. gram i Tyskland og Slovakiet.

Ecstasy

Det indberettede antal lukkede laboratorier, der fremstiller ecstasy, faldt i 2010 til 44 (52 i 2009). De fleste af disse laboratorier lå i Australien (17), Canada (13) og Indonesien (12). Produktionen af stoffet ser ud til at være blevet mere geografisk spredt, idet fremstillingen sker

tættere på forbrugsmarkederne i Øst- og Sydøstasien, Nord- og Sydamerika og Oceanien. Alligevel er det sandsynligt, at Vesteuropa fortsat er det vigtigste ecstasyproduktionsområde.

På verdensplan lå beslaglæggelserne af ecstasy på 3,8 ton i 2010 (UNODC, 2012), idet Nordamerika indberettede 20 % af den samlede mængde efterfulgt af Vest- og Centraleuropa (13 %).

Samlet er både antallet af ecstasybeslaglæggelser og konfiskerede mængder faldet i Europa siden 2005. I perioden 2005-2010 faldt mængden af beslaglagte ecstasytabletter i Europa med faktor fire, mens en stigning blev anført i 2010, hovedsageligt på grund af beslaglæggelser i Tyrkiet og Frankrig. I 2010 blev der rapporteret ca. 9 300 ecstasybeslaglæggelser i Europa, som resulterede i konfiskering af over 3,9 millioner ecstasytabletter, hvoraf 1,6 millioner blev beslaglagt i Frankrig og Tyrkiet.

Det gennemsnitlige MDMA-indhold i de ecstasytabletter, der blev analyseret i 2010, lå på 3-104 mg i de 19 lande, som indberettede data. Endvidere rapporterede flere lande (Belgien, Bulgarien, Tyskland, Nederlandene og Kroatien) om højdosiseccstasytabletter med et indhold på over 130 mg MDMA. I perioden 2005-2010 faldt MDMA-indholdet i ecstasytabletter i 10 lande og steg i 9 andre.

I løbet af de seneste par år er der sket en ændring i indholdet i ulovlige narkotikatabletter i Europa fra en situation, hvor de fleste analyserede tabletter indeholdt MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA) som det eneste psykoaktive stof, til en situation, hvor indholdet er mere forskelligartet, og MDMA-lignende stoffer er til stede i mindre omfang. Dette skift var mest udtalt i 2009, hvor kun tre lande anførte, at MDMA-lignende stoffer tegnede sig for en stor andel af de analyserede tabletter. I 2010 steg antallet af lande, der anførte en overvægt af tabletter indeholdende MDMA-lignende stoffer, til otte.

Amfetaminer er — undertiden i kombination med MDMA-lignende stoffer — relativt almindelige i analyserede tabletter i Polen, Slovenien og Tyrkiet. De fleste af de indberettende lande nævner, at piperaziner og især mCPP blev fundet alene eller i kombination med andre stoffer i de analyserede tabletter. Disse stoffer blev fundet i over 20 % af de analyserede tabletter i Belgien, Danmark, Tyskland, Cypern, Ungarn, Østrig, Finland, Det Forenede Kongerige og Kroatien.

Ecstasy er nu blevet betydeligt billigere, end det var i 1990'erne, idet de fleste lande anfører gennemsnitlige detailpriser på mellem 4 EUR og 9 EUR pr. tablet.

⁽⁵⁹⁾ Data om de europæiske narkotikapriser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2012.

I perioden 2005-10 faldt detailprisen på ecstasy eller forblev stabil i 18 ud af de 23 lande, som analysen kunne foretages for.

Hallucinogener og andre stoffer

Brug af lsd og handelen hermed anses for marginal i Europa. Antallet af beslaglæggelser af lsd steg mellem 2005 og 2010, mens mængderne har svinget mellem 50 000 og 150 000 efter det rekordhøje niveau på 1,8 millioner enheder i 2005. I samme periode faldt detailprisen på lsd eller forblev stabil i de fleste indberettende lande. I 2010 lå gennemsnitsprisen på mellem 6 EUR og 14 EUR pr. enhed for de fleste af de 14 indberettende lande.

Kun tre eller fire lande, alt efter stof, meldte i 2010 om beslaglæggelser af hallucinogene svampe, ketamin, GHB og GBL. Det er ikke klart, i hvilken grad de rapporterede beslaglæggelser afspejler disse stoffers begrænsede tilgængelighed eller bare det forhold, at de retshåndhævende myndigheder ikke rutinemæssigt går efter dem.

Udbredelse og brugsmønstre

I nogle få lande tegner brugen af amfetaminer, ofte intravenøst, sig for en betydelig andel af det samlede antal problematiske stofbrugere og dem, der søger hjælp for narkotikaproblemer. I modsætning hertil er amfetaminer og ecstasy — normalt indtaget oralt eller sniffet — knyttet til besøg på natklubber og deltagelse i dansearrangementer. Der er bemærket kombineret brug af ecstasy eller amfetaminer sammen med alkohol hos personer med et hyppigt eller massivt alkoholforbrug, der anfører et forbrug af amfetaminer eller ecstasy, som er langt højere end befolkningsgennemsnittet (EONN, 2009b).

Amfetaminer

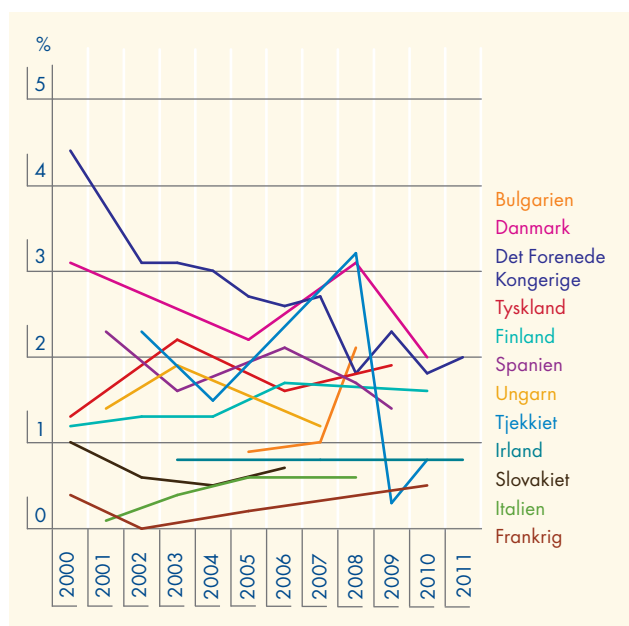
Skøn over narkotikaprævalens tyder på, at omkring 13 millioner europæere har prøvet amfetaminer, og omkring 2 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se et resumé af dataene i tabel 5). Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidsprævalensen for brug af amfetaminer betydeligt landene imellem, fra 0,1 % til 12,9 % med et vægtet europæisk gennemsnit på ca. 5,5 %. Brug af amfetaminer i denne aldersgruppe inden for de seneste 12 måneder ligger fra 0 til 2,5 %, idet de fleste lande anfører prævalensskøn på 0,5-2,0 %. Det anslås, at omkring 1,5 millioner (1,2 %) unge europæere har brugt amfetaminer inden for det seneste år. Niveauerne

for brug af amfetaminer inden for de seneste 12 måneder er højere i undersøgelser blandt unge med tilknytning til dansemusikmiljøet eller nattelivet, idet resultaterne varierer fra 8 % til 27 % i undersøgelser i 2010 i Den Tjekkiske Republik, Nederlandene og Det Forenede Kongerige.

Blandt 15-16-årige skoleelever varierede langtidsprævalensen af brug af amfetaminer fra 1 % til 7 % i de 24 EU-medlemsstater samt Kroatien og Norge, der var med i ESPAD-undersøgelserne i 2011, om end der kun blev rapporteret om prævalensniveauer på mere end 4 % i Belgien, Bulgarien og Ungarn ⁽⁶⁰⁾. Den spanske nationale skoleundersøgelse viser 1 %, mens USA anfører 9 %.

Mellem 2005 og 2010 er brug af amfetaminer inden for de seneste 12 måneder forblevet relativt lavt og stabilt i den almindelige befolkning i de fleste europæiske lande med prævalensniveauer på under 3 % for alle indberettende lande. I den periode blev der kun meldt om en stigning i ét land, Bulgarien, hvor der blev observeret en stigning på et procentpoint i brug af amfetaminer blandt unge voksne inden for de sidste 12 måneder (figur 7). ESPAD-skoleundersøgelser gennemført i 2011 tyder samlet set kun på mindre ændringer i niveauerne for eksperimenter med amfetaminer og ecstasy blandt 15-16-årige skoleelever.

Figur 7: Tendenser i prævalens af brug af amfetaminer inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne (15-34 år)



NB: Kun data for lande med mindst tre undersøgelser er medtaget. Se yderligere oplysninger i figur GPS-8 i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxrapporter, der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

⁽⁶⁰⁾ Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2012.

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

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	De seneste 12 måneder
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	13 mio.	2 mio.
Europæisk gennemsnit	3,8 %	0,6 %
Område	0,1 – 11,6 %	0,0 – 1,1 %
Lande med den laveste prævalens	Grækenland, Rumænien (0,1 %) Cypern (0,7 %) Portugal (0,9 %) Slovakiet (1,2 %)	Rumænien, Grækenland (0,0 %) Frankrig, Portugal (0,2 %) Tjekkiet, Cypern, Slovakiet (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (11,6 %) Danmark (6,2 %) Sverige (5,0 %) Irland (4,5 %)	Estland, Det Forenede Kongerige (1,1 %) Bulgarien, Letland (0,9 %) Sverige, Finland (0,8 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7 mio.	1,5 mio.
Europæisk gennemsnit	5,5 %	1,2 %
Område	0,1 – 12,9 %	0,0 – 2,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Cypern (1,2 %) Portugal (1,3 %)	Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %) Portugal (0,4 %) Frankrig (0,5 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (12,9 %) Danmark (10,3 %) Irland (6,4 %) Letland (6,1 %)	Estland (2,5 %) Bulgarien (2,1 %) Danmark, Det Forenede Kongerige (2,0 %) Tyskland, Letland (1,9 %)
NB: Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, hvor prævalensdata mangler (repræsenterer højst 6 % af målpopulationen for unge voksne, skøn over brug inden for de seneste 12 måneder, og højst 3 % af målpopulationen for andre skøn). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 – 338 mio., 15-34 – 130 mio. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2004 og 2010-2011 (især 2008-2010), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2012.		

Problematiske brug af amfetaminer

De seneste skøn for udbredelsen af problematisk brug af amfetaminer foreligger for to lande ⁽⁶¹⁾. I 2010 var der i Tjekkiet anslået 27 300-29 100 problematiske metamfetaminbrugere (3,7-3,9 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), en stigning sammenlignet med de foregående år og over det dobbelte af det anslåede antal problematiske opioidbrugere. I Slovakiet var der ca. 5 800-15 700 problematiske metamfetaminbrugere i 2007 (1,5-4,0 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), ca. 20 % færre end det anslåede antal problematiske opioidbrugere.

Metamfetamin er også dukket op på narkotikamarkedene i andre lande, især i Nordeuropa (Letland, Sverige, Norge og i mindre grad Finland), hvor det ser ud til delvist at have erstattet amfetamin. I 2010 blev der rapporteret

yderligere tegn på problematisk metamfetaminbrug – om end formentlig på meget lave niveauer – af Tyskland, Grækenland, Ungarn, Cypern og Tyrkiet, mens beslaglæggelserne af stoffet er øget i Estland og Østrig.

En lille andel af dem, der påbegynder behandling i Europa, nævner amfetaminer som deres primære stof, nemlig omkring 5 % af de rapporterede narkotikaklienter i 2010 (23 000 klienter) ⁽⁶²⁾. Endvidere nævnes andre stimulanser (end kokain) som et sekundært stof af næsten 20 000 klienter, der påbegyndte behandling for problemer i forbindelse med andre primære stoffer. Primære amfetaminbrugere tegner sig for en anseelig andel af de anførte påbegyndte behandlinger i Sverige (28 %), Polen (24 %), Letland (19 %) og Finland (17 %), og metamfetamin anføres som det primære stof af en stor del af de klienter, som angiveligt påbegynder behandling i Tjekkiet (63 %) og Slovakiet (35 %). Amfetaminklienter

⁽⁶¹⁾ Problematiske brug af amfetaminer defineres som intravenøs eller langvarig og/eller regelmæssig brug af stofferne.

⁽⁶²⁾ I Tyskland, Litauen og Norge er det ikke muligt at skelne mellem amfetamin-, MDMA- og andre stimulansbrugere i de data, som indberettes til EONN, da disse anføres som brugere af »andre stimulanser end kokain«. I lande, hvor der blev indberettet data, tegnede brugere af amfetamin sig samlet for omkring 90 % af hele stoffekategorien »andre stimulanser end kokain«.

udgør 5-15 % af de anførte påbegyndte behandlinger i seks andre lande (Belgien, Danmark, Tyskland, Ungarn, Nederlandene og Norge). Andre steder er andelen under 5 %. Mellem 2005 og 2010 har tendenserne for primære amfetaminbrugere, som påbegynder behandling, ligget stabilt i de fleste lande med undtagelse af Tjekkiet og Slovakiet, som begge anfører en stigning i antallet og den samlede andel af nye påbegyndte behandlinger i forbindelse med metamfetamin i den periode og en betydelig stigning mellem 2009 og 2010 ⁽⁶³⁾.

Amfetaminbrugere, der påbegynder behandling, er gennemsnitligt 30 år gamle med et lavere forhold mellem mænd og kvinder (2:1) end for alle andre ulovlige stoffer. I lande, hvor amfetaminbrugere udgør en høj andel af dem, der påbegynder behandling, anfører mange, at de har injiceret stoffet. I Tjekkiet, Letland, Finland, Sverige og Norge anførte mellem 63 % og 80 % af de primære amfetaminklienter, at de havde injiceret stoffet ⁽⁶⁴⁾. Et lavere injektionsniveau anføres i Slovakiet (34 %), hvor det har været faldende siden 2005 ⁽⁶⁵⁾.

Ecstasy

Skøn over narkotikaprævalens tyder på, at omkring 11,5 millioner europæere har prøvet ecstasy, og omkring 2 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se et resumé af dataene i tabel 6). Brugen af stoffet i det seneste år er koncentreret blandt unge voksne, hvor mænd normalt anfører højere brugsniveauer end kvinder i alle lande. Langtidsprævalens for ecstasybrug blandt de 15-34-årige går fra under 0,6 % til 12,4 %, idet de fleste lande anfører skøn inden for området 2,1-5,8 % ⁽⁶⁶⁾.

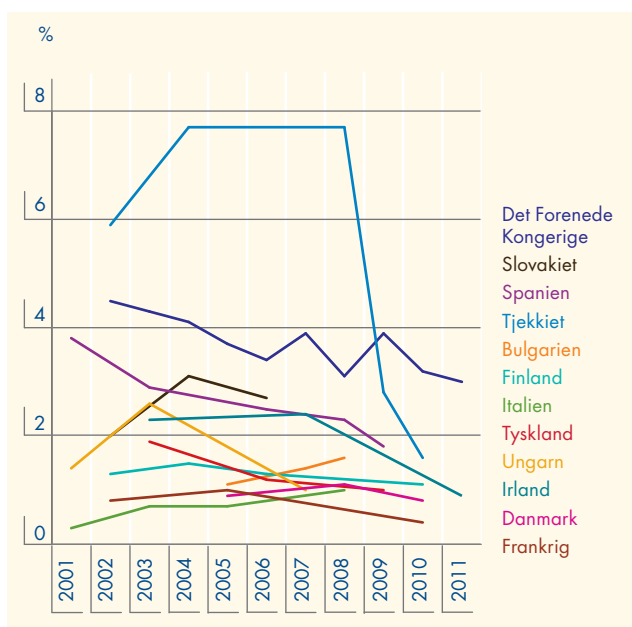
Langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15-16-årige skoleelever varierede fra 1 % til 4 % i de europæiske lande, der blev undersøgt i 2011 ⁽⁶⁷⁾, idet kun Det Forenede Kongerige anførte et prævalensniveau på 4 % både i ESPAD-undersøgelsen og i den engelske nationale skoleundersøgelse. Den nationale spanske skoleundersøgelse viser 2 %. Til sammenligning anslås langtidsbrugen af stoffet blandt skoleelever i samme alder i USA til 7 %.

Måltrettede undersøgelser giver et billede af unge voksnes »rekreative« brug af stimulerende stoffer, når de kommer forskellige steder i nattelivet i Europa. Information om prævalensen af ecstasybrug inden for de seneste 12 måneder blandt deltagere i nattelivet

og dansearrangementer foreligger for to lande, Tjekkiet (43 %) og Nederlandene (Amsterdam, 33 %). Brug af ecstasy var mere almindelig end brug af amfetaminer i de to prøver. En internetundersøgelse foretaget i Det Forenede Kongerige i 2012 viste, at brugen af ecstasy inden for de seneste 12 måneder oversteg brugen af cannabis for regelmæssige clubbere (Mixmag, 2012). I en natklubundersøgelse i Danmark anførte 40 % af de adspurgte (gennemsnitsalder 21 år), at de på et tidspunkt i deres liv havde prøvet et andet ulovligt stof end cannabis (typisk kokain, amfetamin eller ecstasy). Data fra testsites og internetundersøgelser skal dog fortolkes med forsigtighed.

I fem af de seks lande, der anfører højere niveauer for ecstasybrug inden for de seneste 12 måneder end gennemsnittet, og for hvilke der kan beskrives tendenser, toppede forbruget af stoffet blandt de 15-34-årige typisk i begyndelsen af 2000'erne, hvorefter det faldt (Tjekkiet, Estland, Spanien, Slovakiet, Det Forenede Kongerige) (figur 8). I perioden 2005-2010 har disse lande anført stabile eller nedadgående tendenser for brugen inden for de seneste 12 måneder hos unge voksne (15-34 år).

Figur 8: Tendenser i prævalensen af ecstasybrug blandt unge voksne (15-34 år)



NB: Kun data for lande med mindst tre undersøgelser er medtaget. Se yderligere oplysninger i figur GPS-21 i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxrapporter, der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

⁽⁶³⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) og TDI-22 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁶⁴⁾ Se tabel TDI-5 (del iv) og TDI-37 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁶⁵⁾ Se tabel TDI-2 (del ii), TDI-3 (del iii), TDI-5 (del ii) og TDI-36 (del iv) i Statistical bulletin 2012. Se også tabel TDI-17 i Statistical bulletin 2007 og 2012.

⁽⁶⁶⁾ Se tabel GPS-1 (del iii) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁶⁷⁾ Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2012.

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

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	De seneste 12 måneder
15-64 år		
Anslået antal brugere i Europa	11,5 mio.	2 mio.
Europæisk gennemsnit	3,4 %	0,6 %
Område	0,4–8,3 %	0,1–1,6 %
Lande med den laveste prævalens	Grækenland (0,4 %) Rumænien (0,7 %) Norge (1,0 %) Polen (1,2 %)	Sverige (0,1 %) Grækenland, Rumænien, Frankrig (0,2 %) Danmark, Polen, Norge (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (8,3 %) Irland (6,9 %) Nederlandene (6,2 %) Spanien (4,9 %)	Slovakiet (1,6 %) Letland (1,5 %) Nederlandene, Det Forenede Kongerige (1,4 %) Estland (1,2 %)
15-34 år		
Anslået antal brugere i Europa	7,5 mio.	1,5 mio.
Europæisk gennemsnit	5,7 %	1,3 %
Område	0,6–12,4 %	0,2–3,1 %
Lande med den laveste prævalens	Grækenland (0,6 %) Rumænien (0,9 %) Polen, Norge (2,1 %) Portugal (2,6 %)	Sverige (0,2 %) Grækenland, Rumænien, Frankrig (0,4 %) Norge (0,6 %) Polen (0,7 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (12,4 %) Nederlandene (11,6 %) Irland (10,9 %) Letland (8,5 %)	Nederlandene (3,1 %) Det Forenede Kongerige (3,0 %) Slovakiet, Letland (2,7 %) Estland (2,3 %)
NB: Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, der mangler prævalensdata (repræsenterer højst 3 % af målpopulationen). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 – 338 mio., 15-34 – 130 mio. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2004 og 2010-2011 (især 2008-2010), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2012.		

Få narkotikabrugere søger behandling for problemer i forbindelse med ecstasy. I 2010 blev ecstasy nævnt som det primære stof af 1 % eller derunder (næsten 1 000 klienter i alt) af de personer, der kom i behandling i alle europæiske lande ⁽⁶⁸⁾.

Hallucinogener, GHB og ketamin

Blandt unge voksne (15-34 år) ligger skøn over langtidsprævalensen af brug af lsd i Europa på 0,1-5,4 %. Der rapporteres om meget lavere prævalens for brug inden for de seneste 12 måneder ⁽⁶⁹⁾. I de få lande, der forelægger sammenlignelige data, melder de fleste om højere niveauer for brug af hallucinogene svampe end for lsd, både i den brede befolkning og blandt skoleelever. Skøn over langtidsprævalensen af hallucinogene svampe blandt unge voksne går fra 0,3-8,1 %, og skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder ligger

på 0,0-2,2 %. Blandt de 15-16-årige skoleelever anfører de fleste lande langtidsprævalensskøn for brugen af hallucinogene svampe på mellem 1 % og 4 % ⁽⁷⁰⁾.

Skøn over prævalensen af GHB- og ketaminbrug blandt voksne og skoleelever er meget lavere end for brug af ecstasy. I Nederlandene, hvor GHB var inkluderet i den generelle befolkningsundersøgelse for første gang i 2009, anførte 0,4 % af den voksne befolkning (15-64 år), at de havde brugt stoffet inden for det seneste år, hvilket svarer til prævalensen inden for de seneste 12 måneder af amfetaminbrug. British Crime survey, som er en af de få nationale undersøgelser, der følger ketamin, bemærkede en stigning i brugen af ketamin inden for de seneste 12 måneder blandt de 16-24-årige, fra 0,8 % i 2006-2007 til 2,1 % i 2010-2011.

⁽⁶⁸⁾ Se tabel TDI-5, TDI-8 og TDI-37 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁶⁹⁾ Se tabel GPS-1 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁷⁰⁾ Data fra ESPAD for alle lande undtagen Spanien. Se figur EYE-3 (del v) i Statistical bulletin 2011.

Måltrettede undersøgelser i nattelivet giver et fingerpeg om, hvilke stoffer der er tilgængelige disse steder, skønt prævalensgraderne er vanskelige at fortolke. Nylige undersøgelser fra Tjekkiet og Nederlandene samt en internetundersøgelse gennemført i Det Forenede Kongerige viser skøn over langtidsprævalensen af brug af GHB, der svinger fra 4 % til 11 %, og skøn for ketamin fra 8 % til 48 % alt efter miljø eller respondentgruppe. I Danmark viste en natklubundersøgelse, at omkring 10 % af de adspurgte havde brugt ketamin, GBH, hallucinogene svampe eller lsd. Resultaterne af en undersøgelse fra 2011, som blev foretaget i »homovenlige« danseklubber i det sydlige London, peger på brugsniveauer for disse stoffer blandt visse subgrupper i befolkningen, idet 24 % af respondenterne angav GHB som et favoritstof og udtrykte, at de havde til hensigt at bruge det den nat, undersøgelsen fandt sted, og over 10 % gav et lignende svar for ketamin (Wood et al., 2012b). Blandt britiske respondenter i en internetundersøgelse, der blev identificeret som regelmæssige clubbere, anførte 40 % brug af ketamin inden for de seneste 12 måneder og 2 % brug af GHB inden for de seneste 12 måneder (Mixmag, 2012).

Sundhedsmæssige konsekvenser af amfetaminer

Mange af undersøgelserne af de sundhedsmæssige følger af amfetaminbrug er gennemført i lande, hvor rygning af metamfetamin, som er næsten fraværende i Europa, er en væsentlig del af narkotikaproblemet. Skønt mange af de sundhedsvirkninger, der er dokumenteret i disse undersøgelser, også har været anført blandt amfetaminbrugere i Europa, er det ikke klart, at deres resultater kan overføres direkte på den europæiske situation.

Brug af ulovlige amfetaminer har været sat i forbindelse med en række akutte skadevirkninger, bl.a. ophidselse, hovedpine, skælven, kvalme, mavekrampe, svedeture, svimmelhed og nedsat appetit (EONN, 2010c). Brugere med underliggende mentale sundhedsproblemer har størst risiko for akutte psykologiske og psykiatriske skadevirkninger, som kan omfatte virkninger fra dårligt humør, angst, aggression og depression til akut paranoid psykose. I takt med at de stimulerende virkninger aftager, kan brugerne opleve døsighed, svigtende dømmekraft og læringsforstyrrelser.

De kroniske skadevirkninger i forbindelse med amfetaminbrug omfatter kardiovaskulære komplikationer på grund af den kumulative risiko for hjertekransårssygdomme og pulmonal hypertension.

I forbindelse med allerede eksisterende hjerte-kar-sygdom kan brug af amfetaminer udløse alvorlige og potentielt dødelige hændelser (myokardieiskæmi og infarkt). Endvidere er langvarig brug sat i forbindelse med skader på hjerne og nervesystem, psykoser og en række personligheds- og humørforstyrrelser.

Der er god dokumentation for amfetaminafhængighedssyndrom efter regelmæssig intensiv brug. Tilknyttede abstinenssymptomer kan omfatte trang og depression med øget selvmordsrisiko (Jones et al., 2011).

Intravenøs amfetaminbrug øger risikoen for smitsomme sygdomme (hiv og hepatitis), mens en høj grad af seksuel risikoadfærd gør brugerne mere sårbare over for seksuelt overførte sygdomme. Endvidere kan manglende mad og søvn have sundhedsskadelige virkninger. Brug af amfetaminer under graviditet sættes i forbindelse med lav fødselsvægt, for tidlig fødsel og øget fostermorbiditet.

Forebyggelse i fritidsmiljøer

Til trods for de høje stofbrugsniveauer, der er observeret i nogle fritidsmiljøer, rapporterer kun 11 lande om forebyggelses- og skadesbegrænsningsstrategier på disse områder. Disse strategier fokuserer normalt enten på det individuelle niveau eller på miljøniveauet. Projekter med fokus på individniveauet omfatter »peer education« og mobile team — som det er gennemført i Belgien, Tjekkiet og Det Forenede Kongerige — der tilbyder rådgivning og information om stoffer, giver lægebehandling og uddeler materialer om skadesbegrænsning. Andre anførte metoder med fokus på individet omfatter tiltag på musikfestivaler og store fritidsarrangementer, som er målrettet unge, der potentielt har høj risiko for at få problemer. Eksempler på tiltag her omfatter kvikscanninger med henblik på at opspore narkotikaproblemer samt førstehjælp og tiltag mod bad trips.

En række lovgivningsmæssige tiltag er målrettet nattelivet og fokuserer ofte på udstedelsen af bevilling til udskænkingssteder, der sælger alkohol, og ansvarlig servering af alkohol. Disse tiltag har til formål at forbedre medarbejderes og gæsters sikkerhed i natklubber ved at etablere et formelt samarbejde mellem de vigtigste interessenter i festmiljøer (lokale myndigheder, politi og ejere af lokalerne).

Miljømæssige tilgange kan omfatte initiativer til crowd management, adgang til gratis vand og sikker nattransport. »After taxi«-projektet i Slovenien støtter taxitransport til unge mellem 16 og 30 år.

Dokumentationen tyder på, at dette kan medvirke til at reducere antallet af ulykker, men reducerer ikke alkohol- eller narkotikarelateret skade (Calafat et al., 2009). Andre eksempler på miljømæssige forebyggelsesstrategier i fritidsmiljøer omfatter kvalitetsmærker for sikker fest, som fremmes af EU-projektet »Party+« i Belgien, Danmark, Spanien, Nederlandene, Slovenien og Sverige. Om lovgivningsmæssige foranstaltninger til forebyggelse af risikoadfærd i nattelivet bliver en succes, afhænger ifølge dokumentationen af gennemførelsesfaktorer. Det er også vigtigt, at narkotikaforebyggelsestiltag i pubber og klubber er målrettet medarbejderne på grund af deres egen brug af stoffer og alkohol og holdning hertil.

Den nyligt lancerede Healthy Nightlife Toolbox består af tre databaser (evaluerede tiltag, litteraturgennemgang og oplysninger om eksperter på området) og en håndbog med vejledning i at skabe et sundt og sikkert natteliv. Den understreger, at forebyggende foranstaltninger i fritidsmiljøet bør behandle alkohol og ulovlig narkotika sammen, da de forårsager de samme problemer og ofte bruges i kombination. Den fremhæver også, at forebyggende tiltag i fritidsmiljøer kan have gavnlige virkninger på en række former for problematisk adfærd og skader, fra akutte sundhedsproblemer i forbindelse med narkotika- og alkoholbrug til vold, kørsel i påvirket tilstand og ubeskyttet sex eller uønskede seksuelle kontakter.

Behandling

Problematiske brug af amfetaminer

De behandlingsmuligheder, der er tilgængelige for amfetaminbrugere i Europa varierer betydeligt landene imellem. I de nord- og centraleuropæiske lande, der har en lang tradition for behandling af amfetaminbrug, er nogle programmer skræddersyet til amfetaminbrugeres behov. I de central- og østeuropæiske lande, hvor et væsentligt problematisk amfetaminbrug er af nyere dato, er behandlingssystemerne primært rettet mod problematiske opioidbrugere, selv om de i stigende grad gør noget ved amfetaminbrugernes behov. I de vest- og sydeuropæiske lande med et lavt problematisk amfetaminbrugsniveau, mangler der specialiserede centre, hvilket kan hindre amfetaminbrugere i at få adgang til behandling (EONN, 2010c).

I 2011 melder 12 lande, at der findes specialiserede behandlingsprogrammer for amfetaminbrugere, som aktivt søger behandling, hvilket er en stigning fra 8 i 2008. Nationale eksperter fra Tjekkiet, Tyskland, Litauen, Slovakiet og Det Forenede Kongerige skønnede, at der var programmer til rådighed for et flertal af

amfetaminbrugere, som manglede behandling, mens de for andre 7 lande kun var tilgængelige for et mindretal af dem. Bulgarien og Ungarn anførte, at der er planer om at implementere specifikke behandlingsprogrammer for amfetaminbrugere inden for de næste tre år.

Psykosocial behandling i narkotikaambulatorier er den primære form for behandling til amfetaminbrugere. Behandlingen omfatter motivationsterapi, kognitiv adfærdsterapi, selvkontroltræning og adfærdsrådgivning. De psykologiske metoder, der oftere undersøges til metamfetamin- og amfetaminafhængighed, er kognitiv adfærdsterapi og contingency management, undertiden i kombination (Lee og Rawson, 2008). Begge disse metoder ser ud til at give positive resultater. De mere problematiske brugere, f.eks. personer, hvis amfetaminafhængighed kompliceres af samtidige psykiatriske lidelser, kan få behandling på døgnbehandlingscentre, psykiatriske klinikker eller hospitaler. I Europa gives der lægemidler (antidepressive, beroligende eller antipsykotiske midler) til behandling af abstinenssymptomer i begyndelsen af afgiftningen, og det sker normalt på specialiserede, psykiatriske døgnbehandlingsafdelinger.

Længerevarende behandling med antipsykotiske midler ordineres undertiden i tilfælde af varige psykopatologier på grund af kronisk brug af amfetaminer. Europæiske fagfolk anfører, at psykologiske symptomer såsom selvmålbæstelse, vold, ophidselse og depression, som problematiske amfetaminbrugere også ofte har, kan kræve en fuldstændig mental sundhedsvurdering, behandling og omhyggelig overvågning. Disse tilfælde håndteres ofte i tæt samarbejde med psykiatriske centre.

Undersøgelser af behandlingen af amfetaminafhængighed

Niveauerne for spontan remission fra amfetaminafhængighed uden behandlingstiltag var højere for amfetaminbrugere end for brugere af andre afhængighedsskabende stoffer, idet næsten hver anden kom sig et givet år (Calabria et al., 2010).

Flere stoffer er blevet undersøgt med henblik på behandling af amfetamin- og metamfetaminafhængighed, men der mangler stadig solid dokumentation for en farmakologisk terapi (Karila et al., 2010). Selv om der er meldt om en vis reduktion i amfetamin- eller metamfetaminbrug ved terapier baseret på modafinil, bupropion eller naltrexon, er der brug for yderligere forskning for at afklare disse stoffers mulige rolle i behandlingen af amfetaminafhængige patienter.

Dexamfetamin og methylfenidat har vist potentiale som substitutionsbehandlinger for amfetamin- og

metamfetaminafhængighed. En pilotundersøgelse tydede på, at dexamfetamin kan øge amfetaminafhængige patienters engagement i behandlingen (Shearer et al., 2001), mens dexamfetamin som depotpræparat øgede fastholdelsen og sikrede lavere metamfetaminafhængighed blandt patienter i et forsøg for nylig (Longo et al., 2010). En randomiseret undersøgelse viste, at methylfenidat effektivt kan reducere intravenøs brug hos patienter med alvorlig amfetaminafhængighed (Tiihonen et al., 2007).

Afhængighed af gamma-hydroxybutyrat og behandling

Afhængighed af gamma-hydroxybutyrat (GHB) er en anerkendt klinisk tilstand, der medfører et potentielt alvorligt abstinenssyndrom, hvis man pludselig ophører med stoffet efter regelmæssig eller kronisk brug. Der er bevis for, at fysisk afhængighed kan opstå hos fritidsbrugere, og tilfælde af abstinenssymptomer ved ophør af brug af GHB og dets prækursorer er

dokumenteret. GHB-afhængighed er også rapporteret hos tidligere alkoholikere (Richter et al., 2009).

Til dato har forskningen udelukkende fokuseret på beskrivelsen af GHB-abstinenssyndrom og komplikationer i den forbindelse, som kan være vanskelige at genkende i nødsituationer (van Noorden et al., 2009). Disse symptomer kan omfatte skælven, angstanfald, søvnløshed og ophidselse. Patienter med abstinenser kan også udvikle psykoser og delirium. Mild abstinens kan behandles ambulant, ellers anbefales tilsyn under indlæggelse. Indtil nu er der ikke udformet standardprotokoller for behandling af GHB-abstinenssyndrom.

Benzodiazepiner og barbiturater er de lægemidler, der oftest bruges til at behandle GHB-abstinenssyndrom. I Nederlandene er kontrolleret afgiftning på grund af GHB ved hjælp af GHB i en tilpasset dosis i øjeblikket ved at blive undersøgt.

Kapitel 5

Kokain og crackkokain

Indledning

Alt i alt er kokain fortsat det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof i Europa, om end der er betydelige forskelle på prævalensniveauer og tendenser landene imellem. Høje kokainbrugsniveauer bliver kun observeret i et mindre antal lande, for det meste i Vesteuropa, mens brugen af dette stof andre steder forbliver begrænset. Der er også betydelig diversitet blandt kokainbrugerne, som omfatter lejlighedsvis brugere, socialt integrerede regelmæssige brugere og mere marginaliserede og ofte afhængige brugere, der injicerer kokain eller bruger crackkokain.

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Dyrkning af kokabusken, der er kilden til kokain, er fortsat koncentreret i tre lande i Andesregionen, Colombia, Peru og Bolivia. UNODC (2012) anslog, at der i 2010 blev

dyrket kokabuske på i alt 149 000 ha, et fald på 6 % fra de anslåede 159 000 ha i 2009. Dette fald skyldtes i vid udstrækning en reduktion af det område, hvor der blev dyrket koka i Colombia, som til dels er blevet opvejet af stigninger i Peru og Bolivia. De 149 000 ha kokabuske blev omsat til en potentiel produktion på mellem 788 og 1 060 ton ren kokain sammenlignet med ca. 842-1 111 ton i 2009 (UNODC, 2012, se også tabel 7).

Omdannelsen af kokabladene til kokainhydroklorid foregår hovedsageligt i Colombia, Peru og Bolivia, skønt det også kan ske i andre lande. Colombias vigtige position i produktionen af kokain bekræftes af oplysninger om lukkede laboratorier og beslaglæggelser af kaliumpermanganat, et kemisk reagens, der bruges i blandingen af kokainhydroklorid. I 2010 blev 2 623 kokainlaboratorier lukket (UNODC, 2012), og i alt 26 ton kaliumpermanganat (81 % af beslaglæggelserne på verdensplan) blev beslaglagt i Colombia (INCB, 2012a).

Tabel 7: Kokain og crackkokain – produktion, beslaglæggelser, pris og renhed

	Kokainpulver (hydroklorid)	Crack (kokainbase) ⁽¹⁾
Anslået global produktion (ton ren kokain)	788-1 060	Ingen data
Global beslaglagt mængde (ton kokain, renhed ukendt)	694	Ingen renhed
Beslaglagt mængde (ton) EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	61 (61)	0,07 (0,07)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	86 000 (88 000)	7 000 (7 000)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	45-144 (49,9-73,4)	49-58
Gennemsnitlig renhed (%) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	22-55 (27,9-45,9)	10-62

⁽¹⁾ Da få lande har indberettet data, skal disse data fortolkes med forsigtighed.

⁽²⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.

NB: Alle data er for 2010, ingen data: data er ikke tilgængelige.

Kilder: UNODC (2012) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

Kokainen ser ud til at komme til Europa via de fleste lande i Syd- og Centralamerika, dog især Argentina, Brasilien, Ecuador, Mexico og Venezuela. Caribiske øer benyttes også hyppigt ved omladningen af stoffet til Europa. I de seneste år er der identificeret alternative ruter via Vestafrika (EONN og Europol, 2010) og Sydafrika (INCB, 2012b).

Spanien, Nederlandene, Portugal og Belgien ser ud til at være kokainens vigtigste indgange til Europa. I Europa er Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige ifølge rapporter ofte vigtige transit- eller destinationslande. Det Forenede Kongerige anslår, at der bliver importeret 25-30 ton kokain til landet hvert år. Nye rapporter viser også, at kokainsmuglingen er ved at blive udvidet østpå (EONN og Europol, 2010). Kokain bliver i stigende grad smuglet gennem Sydøst- og Østeuropa, især ad Balkanruterne (INCB, 2012b) og til havne i Letland og Litauen. Især blev der i 2010 konfiskeret usædvanligt store mængder kokain i Estland, Letland, Litauen og Tyrkiet.

Beslaglæggelser

Kokain er det mest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisharpiks. I 2010 lå de samlede beslaglæggelser af kokain stort set stabilt på omkring 694 ton (tabel 7) (UNODC, 2012). Sydamerika indberettede fortsat den største beslaglagte mængde og tegnede sig for 52 % af det samlede tal, efterfulgt af Nordamerika med 25 %, Centralamerika med 12 % og Europa med 9 % (UNODC, 2012).

Efter at være steget i 20 år toppede antallet af kokainbeslaglæggelser i Europa med omkring 100 000 tilfælde i 2008 og faldt herefter til ca. 88 000 i 2010. Den samlede konfiskerede mængde narkotika toppede i 2006 og er siden blevet halveret til 59 ton i 2009, i vid udstrækning på grund af fald i de mængder, som er blevet konfiskeret i Spanien og Portugal ⁽⁷¹⁾. De mængder kokain, der blev konfiskeret i Europa i 2010, steg lidt til ca. 61 ton, hovedsageligt på grund af betydelige stigninger i beslaglæggelserne i Belgien og et stop for den faldende tendens, der blev rapporteret i Portugal og Spanien. I 2010 var Spanien fortsat det land, som indberettede både det højeste antal beslaglæggelser af kokain og den største mængde beslaglagt kokain i Europa.

Renhed og pris

I 2010 lå den gennemsnitlige renhed for testede kokainprøver mellem 27 % og 46 % i halvdelen af de indberettende lande. De laveste værdier blev

rapporteret i Ungarn (22 %), Danmark og Det Forenede Kongerige (England og Wales) (begge kun detail, 24 %) og de højeste i Belgien (55 %), Tyrkiet (53 %) og Nederlandene (52 %) ⁽⁷²⁾. Af de 23 lande, der leverede tilstrækkelige data til analyse af tendenserne for kokainrenhed i løbet af perioden 2005-2010, meldte 20 om et fald, og 3 observerede en stabil eller stigende tendens (Tyskland, Letland, Portugal). Samlet faldt kokainrenheden med gennemsnitligt ca. 22 % i EU i perioden 2005-2010 ⁽⁷³⁾.

Den gennemsnitlige detailpris for kokain varierede mellem 49 EUR og 74 EUR pr. gram i de fleste indberettende lande i 2010. Nederlandene og Polen anførte de laveste gennemsnitspriser (45 EUR), mens Luxembourg anførte de højeste (144 EUR). Af de 23 lande med tilstrækkelige data til at foretage en sammenligning meldte 20 om en stabilisering eller et fald i detailpriserne for kokain mellem 2005 og 2010. I den samme periode faldt detailprisen på kokain i EU med gennemsnitligt ca. 18 % ⁽⁷⁴⁾.

Narkotikasmugling via almindelig luftfart

Smugling af narkotika via lufttransport er dukket op som en vigtig problemstilling i de seneste år, hvor UNODC (2011b) har rapporteret, at de fleste sendinger af stimulanter af heroin-, kokain- og amfetamintypen fra Afrika flyves ind i Europa. Lufthavnsgruppen under Europarådets Pompidougruppe blev nedsat for at udvikle og harmonisere værktøjer og systemer med henblik på at forbedre opsporingen af narkotika i europæiske lufthavne. Med støtte fra de regionale efterretningsforbindelseskontorer for Vesteuropa (Regional Intelligence Liaison Offices-Western Europe), og Verdenstoldorganisationen gennemgår embedsmænd fra 35 lande, hovedsageligt i Europa, årligt data om beslaglæggelser i forbindelse med flytransport eller postoperationer. I 2010 blev omkring 15 ton ulovlig narkotika, hvoraf over halvdelen var kokain, konfiskeret i lufthavne og postcentre af toldmyndigheder i de deltagende lande.

Almindelig luftfart og ikkeerhvervsmæssig brug af mellemstore lette fly, der normalt flyves fra små flyvepladser, er blevet afdækket som et stort problem, da det kan udnyttes af kriminelle organisationer til narkotikasmugling. Med henblik på at harmonisere tilgangene udgav Lufthavnsgruppen i 2003 en håndbog om, hvordan man organiserer og gennemfører kontroller med den almindelige luftfart. Som svar på Det Europæiske Råds konklusioner fra 2010, hvori medlemsstaterne opfordres til at fokusere på denne risiko, nedsatte Lufthavnsgruppen også en arbejdsgruppe, som har udviklet 20 centrale risikoindikatorer for narkotikasmugling via almindelig luftfart.

⁽⁷¹⁾ Se tabel SZR-9 og SZR-10 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁷²⁾ Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-3 og PPP-7 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁷³⁾ Se figur PPP-2 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁷⁴⁾ Se figur PPP-1 i Statistical bulletin 2012.

Spildevandsanalyse: en undersøgelse i 19 byer

Spildevandsepidemiologi eller spildevandsanalyse er en videnskabelig disciplin under hurtig udvikling med potentiale til at overvåge tendenser i ulovlig narkotikabrug på befolkningsniveau. Ved at samle stikprøver fra en spildevandskilde — f.eks. en kloak, der løber ud i et renseanlæg — kan videnskabsfolk anslå den samlede mængde narkotika, der bruges af et lokalsamfund, ved at måle niveauet af ulovlige narkotikametabolitter, der er udskilt i urinen.

I marts 2011 blev der til en europæisk pilotundersøgelse indsamlet og analyseret spildevandsprøver fra 19 byer i 12 europæiske lande ⁽¹⁾, som repræsenterede en kombineret befolkning på ca. 15 millioner europæere (Thomas et al., i trykken).

Brugen af kokain blev vurderet ved at måle koncentrationer af kokainmetabolitten benzoylcegonin i spildevandet. Resultaterne varierede meget mellem byer og lande, idet de højeste niveauer blev målt i byer i Belgien og Nederlandene, hvor kokainforbruget i lokalsamfundet blev anslået til mellem 500 og 2 000 mg pr. 1 000 indbyggere pr. dag. De laveste skøn var i byer de nord- og østeuropæiske lande (2-146 mg pr. 1 000 indbyggere pr. dag). I de fleste byer steg kokainbrugsniveauerne i weekenden, hvilket afspejler fritidsbrugen af dette stof.

Resultaterne af spildevandsundersøgelser skal fortolkes med forsigtighed. Resultaterne fra et byspecifikt snapshot kan ikke ekstrapoleres til at repræsentere nationale forbrugsniveauer. Endvidere er resultater fra forskellige byer måske ikke altid sammenlignelige på grund af forskellene i prøveindsamlingen og usikkerhedsmomenter i forbindelse med pålideligheden af målinger mellem laboratorier. Selv om sådanne metoder ikke giver de detaljerede prævalensdata, som narkotikaundersøgelser giver (f.eks. langtidsbrug, seneste brug, aktuel brug), gør deres evne til at give objektive og rettidige skøn over ulovlig narkotikabrug i en målpopulation dem dog til et nyttigt supplement til eksisterende overvågningsværktøjer.

⁽¹⁾ Se yderligere oplysninger på EONN's websted.

Udbredelse og brugsmønstre

I nogle europæiske lande bruger et betydeligt antal mennesker kokain eksperimentelt, men kun én eller to gange (Van der Poel et al., 2009). Blandt mere regelmæssige kokainbrugere kan der skelnes mellem to brede grupper. Den første gruppe består af socialt integrerede brugere, som bruger kokain i weekender, til fester eller ved andre særlige lejligheder, undertiden i store mængder. Mange af disse brugere anfører, at de kontrollerer deres kokainbrug ved at fastsætte regler, f.eks. om mængde, hyppighed eller den sammenhæng, stoffet bruges i. Den anden gruppe består af intensive kokain- og

crackbrugere, der tilhører mere socialt marginaliserede eller dårligt stillede grupper og også kan omfatte tidligere eller nuværende opioidbrugere, som bruger crack eller injicerer kokain.

Kokainbrug i befolkningen som helhed

I løbet af de sidste ti år er kokain blevet det mest almindeligt brugte ulovlige stimulerende stof i Europa, selv om de fleste brugere dog skal findes i et begrænset antal lande med høj prævalens, hvoraf nogle har store befolkninger. Det anslås, at ca. 15,5 millioner europæere mindst én gang i deres liv har brugt kokain, dvs. i gennemsnit 4,6 % af de voksne i alderen 15-64 år (se et resumé af dataene i tabel 8). De nationale tal svinger fra 0,3 % til 10,2 %, idet halvdelen af de 24 indberettende lande, herunder mest central- og østeuropæiske lande, har indberettet lave langtidsprævalenser (0,5-2,5 %).

Omkring 4 millioner europæere anslås at have brugt stoffet inden for det seneste år (1,2 % i gennemsnit). De seneste nationale undersøgelser melder om skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder på mellem 0,1 % og 2,7 %. Den skønnede prævalens for kokainbrug inden for den sidste måned i Europa udgør omkring 0,5 % af den voksne befolkning eller omkring 1,5 millioner individer.

Niveauer for kokainbrug inden for de seneste 12 måneder over det europæiske gennemsnit rapporteres af Irland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige. I alle disse lande viser data for langtidsprævalens, at kokain er det mest almindeligt brugte ulovlige stimulerende stof.

Brug af kokain blandt unge voksne

I Europa anslås det, at ca. 8 millioner unge voksne (15-34 år) eller gennemsnitligt 6,3 % har brugt kokain mindst én gang i deres liv. De nationale tal varierer fra 0,7 % til 13,6 %. Det europæiske gennemsnit for brug af kokain inden for de seneste 12 måneder i denne aldersgruppe anslås til 2,1 % (ca. 3 millioner) og for brug inden for den seneste måned til 0,8 % (1 million).

Brugen er særligt høj blandt unge mænd (15-34 år), idet det seneste års prævalens for kokainbrug ligger på mellem 4 % og 6,5 % i Danmark, Irland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige ⁽⁷⁵⁾. I 16 af de indberettende lande er forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere af kokain inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne mindst 2:1 ⁽⁷⁶⁾.

Måltrettede undersøgelser fremhæver de høje kokainbrugsniveauer blandt regelmæssige gæster i klubber og andre fritidsmiljøer. F.eks. viste en byundersøgelse

⁽⁷⁵⁾ Se figur GPS-13 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁷⁶⁾ Se tabel GPS-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2012.

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

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	De seneste 12 måneder	Den seneste måned
15-64 år			
Anslået antal brugere i Europa	15,5 mio.	4 mio.	1,5 mio.
Europæisk gennemsnit	4,6 %	1,2 %	0,5 %
Område	0,3–10,2 %	0,1–2,7 %	0,0–1,3 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,3 %) Litauen (0,5 %) Grækenland (0,7 %) Polen (0,8 %)	Grækenland, Rumænien (0,1 %) Ungarn, Polen, Litauen, Finland (0,2 %) Tjekkiet (0,3 %)	Rumænien, Grækenland, Finland (0,0 %) Tjekkiet, Sverige, Polen, Litauen, Estland (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Spanien (10,2 %) Det Forenede Kongerige (8,9 %) Italien (7,0 %) Irland (6,8 %)	Spanien (2,7 %) Det Forenede Kongerige (2,2 %) Italien (2,1 %) Irland (1,5 %)	Spanien (1,3 %) Det Forenede Kongerige (0,8 %) Cypern, Italien (0,7 %) Østrig (0,6 %)
15-34 år			
Anslået antal brugere i Europa	8 mio.	3 mio.	1 mio.
Europæisk gennemsnit	6,3 %	2,1 %	0,8 %
Område	0,7–13,6 %	0,2–4,4 %	0,0–2,0 %
Lande med den laveste prævalens	Litauen, Rumænien (0,7 %) Grækenland (1,0 %) Polen (1,3 %) Tjekkiet (1,6 %)	Grækenland, Rumænien (0,2 %) Polen, Litauen (0,3 %) Ungarn (0,4 %) Tjekkiet (0,5 %)	Rumænien, Finland (0,0 %) Grækenland, Polen, Litauen, Norge (0,1 %) Tjekkiet, Ungarn, Estland (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Spanien (13,6 %) Det Forenede Kongerige (12,8 %) Irland (9,4 %) Danmark (8,9 %)	Spanien (4,4 %) Det Forenede Kongerige (4,2 %) Italien (2,9 %) Irland (2,8 %)	Spanien (2,0 %) Det Forenede Kongerige (1,6 %) Cypern (1,3 %) Italien (1,1 %)
NB: Europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. For at få skøn over det samlede antal brugere i Europa anvendes EU-gennemsnittet for lande, der mangler prævalensdata (repræsenterer højst 3 % af målpopulationen for skøn over langtidsbrug og brug inden for de seneste 12 måneder, men 18 % for skøn over brug inden for den seneste måned). Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 – 338 mio., 15-34 – 130 mio. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2004 og 2010-2011 (især 2008-2010), vedrører de ikke et enkelt år. De data, der er sammenfattet her, findes under »General population surveys« i Statistical bulletin 2012.			

af gæster på pubber i Amsterdam i 2010 en prævalens af kokainbrug inden for de seneste 12 måneder på 24 %. I Tjekkiet anførte 29 % af de over 1 000 respondenter på et onlinespørgeskema, der blev støttet af elektroniske dansemusikmedier i 2010, at de havde brugt kokain inden for de seneste 12 måneder. En onlineundersøgelse, som blev foretaget i 2011, viste, at 42 % af de over 7 000 britiske respondenter havde brugt kokain i løbet af det sidste år (Mixmag, 2012).

I fritidsmiljøer hænger kokainbrug tæt sammen med forbrug af alkohol og andre ulovlige stoffer. Data fra generelle befolkningsundersøgelser i ni lande har vist, at udbredelsen af kokainbrug er mellem to og ni gange højere blandt personer, der lejlighedsvis drikker massivt ⁽⁷⁷⁾ end i befolkningen som helhed (EONN, 2009b). British Crime survey (2010-2011) viste, at voksne, som jævnligt drak alkohol, havde større sandsynlighed for at finde det acceptabelt at bruge kokain end voksne, der drak sjældnere eller slet ikke. Endvidere blev

der identificeret en sammenhæng mellem stigende besøgshyppighed på en natklub eller pub og stigende kokainbrugsniveauer.

Internationale sammenligninger

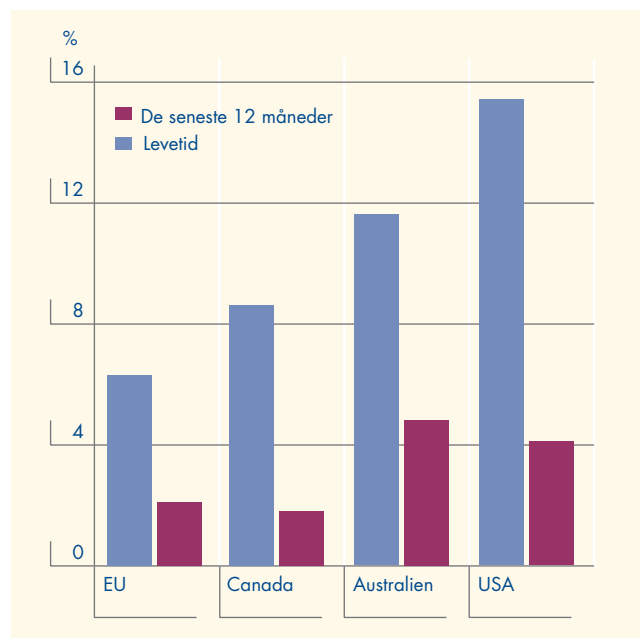
Sammenlignet med visse andre dele af verden, som der foreligger pålidelige data for, ligger den anslåede prævalens af kokainbrug inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne i Europa (2,1 %) under de niveauer, der er rapporteret for unge voksne i Australien (4,8 %) og USA (4,0 % blandt de 16-34-årige), men tæt på det, der er rapporteret for Canada (1,8 %). To europæiske lande, Spanien (4,4 %) og Det Forenede Kongerige (4,2 %), anfører tal, der ligner tallene for Australien og USA (figur 9).

Kokainbrug blandt skoleelever

Langtidsprævalensen af kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever i den nyeste ESPAD-skoleundersøgelse er mellem 1 % og 2 % i 13 af de 24 deltagende

⁽⁷⁷⁾ Massivt lejlighedsdrikkeri, også kendt som drukture, defineres her som seks glas eller derover af en alkoholisk drik indtaget ved samme lejlighed mindst én gang om ugen i løbet af det seneste år.

Figur 9: Prævalens af kokainbrug inden for de seneste 12 måneder og langtidsprævalens blandt unge voksne (15-34 år) i EU, Australien, Canada og USA



NB: De europæiske skøn beregnes ud fra nationale prævalensskøn vægtet efter befolkning i den relevante aldersgruppe i hvert land. Da europæiske skøn er baseret på undersøgelser gennemført mellem 2004 og 2010-2011 (især 2008-2010), vedrører de ikke et enkelt år. Undersøgelserne i lande uden for Europa blev foretaget i 2010. Aldersgruppen i den amerikanske undersøgelse er 16-34 år (beregnet fra oprindelige data).

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

EU-medlemsstater, Kroatien og Norge. Alle undtagen ét af de øvrige 12 lande anfører prævalensniveauer på mellem 3 % og 4 %, mens både Det Forenede Kongeriges ESPAD-undersøgelse og de engelske nationale skoleundersøgelser rapporterer om 5 %⁽⁷⁸⁾. Den spanske nationale skoleundersøgelse viser 3 %. Til sammenligning anslås langtidsbrugen af stoffet blandt skoleelever i samme alder i USA til 3 %. Hvor der foreligger data for ældre skoleelever (17-18 år), er langtidsprævalensen af kokainbrug normalt højere og stiger til 7 % i Spanien⁽⁷⁹⁾.

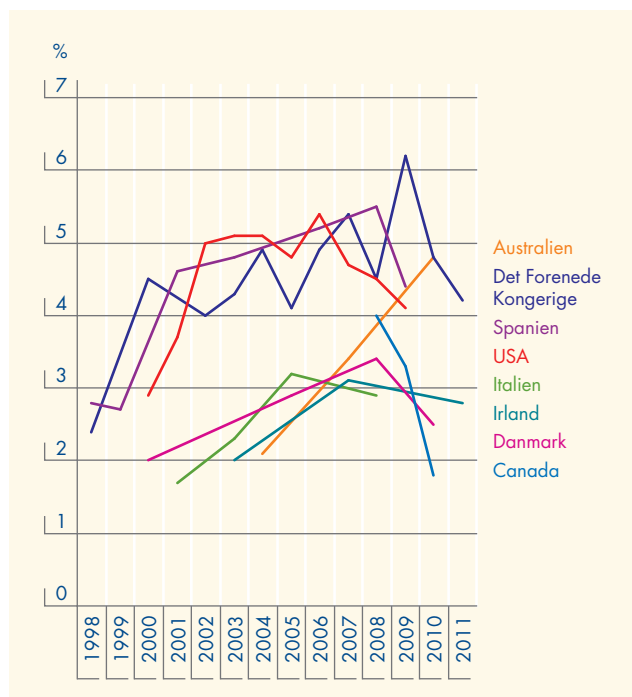
Tendenser i kokainbrug

I over ti år viste rapporter stigende tendenser i kokainbrug for et lille antal europæiske lande med de højeste prævalensniveauer, inden de toppede i 2008-2009. De seneste undersøgelser af kokainbrug afslører nogle positive tegn i disse lande, der åbner mulighed for, at stoffets popularitet er faldende. Kvalitative undersøgelser i fritidsmiljøer tyder også på, at der måske er ved at ske et skift i kokainens image væk fra et højstatusstof (i Danmark og Nederlandene).

7 lande melder om langtidsprævalens af kokain blandt unge voksne (15-34 år) over EU-gennemsnittet på 2,1 %⁽⁸⁰⁾. I deres seneste undersøgelser observerede, Danmark, Irland, Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige et fald eller en stabilisering i prævalensen af kokainbrug inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne, hvilket afspejler den tendens, der er observeret i Canada og USA, men ikke i Australien, hvor der meldes om en stigning (figur 10). Blandt de øvrige to lande med den højeste prævalens anførte Cypern en stigning i deres seneste undersøgelse, fra 0,7 % i 2006 til 2,2 % i 2009, og selv om Nederlandene anførte en kokainprævalens inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne på 2,4 % i 2009, er det på grund af ændringer i metodologi ikke hensigtsmæssigt at foretage sammenligninger med tidligere undersøgelser.

Brugen af kokain er relativt lav og i de fleste tilfælde stabil i 12 andre lande med tre gentagne undersøgelser. Mulige undtagelser herfra omfatter Bulgarien, Frankrig og Sverige, der har meldt om tegn på en stigning, og Norge, hvor tendensen ser ud til at være nedadgående.

Figur 10: Tendenser i prævalensen af kokainbrug i de seneste 12 måneder blandt unge voksne (15-34 år) i de fem EU-medlemsstater, der ligger højest, samt Australien, Canada og USA



NB: Se yderligere information i figur GPS-14 (del ii) i Statistical bulletin 2012. Aldersgrupperne for de ikkeeuropæiske undersøgelser er: USA, 16-34 år, Canada, 15-34 år, Australien, 15-34 år for 2010, 14-39 år for tidligere undersøgelser.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter, AIHW (2011), CADUMS (2010), SAMHSA (2010).

⁽⁷⁸⁾ Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁷⁹⁾ Se tabel EYE-10 til EYE-30 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁸⁰⁾ Se tabel GPS-2 i Statistical bulletin 2012.

Man skal imidlertid huske på, at mindre ændringer ved lav udbredelse skal fortolkes med forsigtighed. I Bulgarien steg kokainbrugen blandt unge voksne inden for de seneste 12 måneder fra 0,7 % i 2005 til 1,5 % i 2008, i Frankrig steg den fra 1,2 % i 2005 til 1,9 % i 2010 og i Sverige fra 0 i 2000 til 1,2 % i 2008 ⁽⁸¹⁾. Norge meldte om et fald fra 1,8 % i 2004 til 0,8 % i 2009.

Af de 23 lande, som deltog i både 2011-runden og enten 1995- eller 1999-runden af ESPAD, observerede 18 en stigning i langtidsprævalensen af kokainbrug på mellem 1 og 3 procentpoint, mens ingen observerede et fald. Skønt prævalensniveauerne samlet forbliver lave, kræver den generelle stigning på tværs af landene fortsat opmærksomhed.

Sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug

De sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug bliver formentlig undervurderet. Det kan skyldes den ofte uspecifikke eller kroniske karakter af de patologier, der typisk opstår som følge af langvarig kokainbrug (se kapitel 7). Regelmæssig brug, bl.a. ved snifning, kan sættes i forbindelse med kardiovaskulære, neurologiske og psykiatriske problemer og med risikoen for ulykker og for overførsel af smitsomme sygdomme gennem ubeskyttet sex (Brugal et al., 2009) og muligvis gennem deling af rør (Aaron et al., 2008). Undersøgelser i lande med høje brugsniveauer viser, at en betydelig andel af hjerteproblemer hos unge kan sættes i forbindelse med kokainbrug.

Injektion af kokain og brug af crack er forbundet med de største sundhedsrisici blandt kokainbrugere, herunder kardiovaskulære problemer og mentale sundhedsproblemer (EONN, 2007a). Sammenlignet med den bredere population af kokainbrugere viser de seneste data fra skadestuer i Spanien en overrepræsentation af brugere, som enten injicerer eller ryger stoffet.

Problematisk kokainbrug

De mere problematiske former for kokainbrug omfatter regelmæssig eller langvarig brug af stoffet eller injektion af det. Da der ikke foreligger nyere indirekte nationale skøn over problematisk kokainbrug for noget europæisk land, er de vigtigste informationskilder om omfanget af de mere skadelige former for kokainbrug de generelle befolkningsundersøgelser, data om stofbrugere,

Kokainrelaterede hasteindlæggelser: potentiale for tidlige tiltag?

En europæisk undersøgelse afdækkede for nylig en tredobbelst stigning i de kokainrelaterede akutte indlæggelser i nogle lande siden slutningen af 1990'erne, som toppede omkring 2008 i Det Forenede Kongerige og Spanien (Mena et al., i trykken). Det svarer til tendenserne i brugsprævalensen i den almindelige befolkning og til rapporter om kokainrelaterede dødsfald. Fem ud af de seks lande, som anførte de højeste antal akutte indlæggelser i forbindelse med kokain i 2008-2010 (Danmark, Irland, Spanien, Nederlandene, Det Forenede Kongerige), melder også om en prævalens af kokainbrug over det europæiske gennemsnit. Det hænger også sammen med prævalensdataene, at de fleste kokainrelaterede akutte indlæggelser skete blandt unge voksne, og de to tredjedele var mænd.

Nogle europæiske lande overvåger nu kokainrelaterede skader ved hjælp af data fra skadestuer og hospitalsindlæggelser. Casedata kan også komme fra toksikologiske afdelinger, centre, der yder førstehjælp til narkotikabrugere, opringninger til giftcentre eller politiets narkotikaafdelings registre. Især Spanien og Nederlandene fremlægger relativt solide data. Andre lande bygger ofte på sentinelsystemer baseret på et udvalg af sygehuse.

De europæiske skadestuedata er heterogene, men er alligevel en nyttig indikator for tendenser og fremhæver også et område med et stærkt uudforsket potentiale, nemlig vurdering, tidlige tiltag og henvisning af tusinder af kokainpatienter hvert år.

der kommer i behandling, og undersøgelser af crackkokainbrug.

En række lande har indsamlet data om intensiv brug af kokain i generelle befolkningsundersøgelser. Selv om sådanne undersøgelser har tendens til ikke at få marginaliserede brugere med, har de potentiale til at nå socialt integrerede intensive kokainbrugere. En spansk generel befolkningsundersøgelse, der foretog brugsfrekvensmålinger, anslog over 140 500 intensive brugere af kokain ⁽⁸²⁾ eller omkring 4,5 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. En byundersøgelse i Oslo, Norge, som også var baseret på en brugsfrekvensmåling i en række undersøgelser (den brede befolkning, indsatte i fængsler og intravenøse stofbrugere) identificerede mellem 1 600 og 2 000 problematiske kokainbrugere ⁽⁸³⁾ eller 4 pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. I Tyskland blev prævalensen af kokainrelaterede problemer anslået til ca. 2 tilfælde pr. 1 000

⁽⁸¹⁾ Se figur GPS-14 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁸²⁾ Defineret som personer over 20 år, der havde brugt kokain i mindst 30 dage inden for de seneste 12 måneder eller i mindst 10 dage inden for den seneste måned, eller personer under 20, som havde brugt kokain i 10 dage eller derover inden for de seneste 12 måneder og mindst én dag inden for den seneste måned.

⁽⁸³⁾ Defineret som personer, der brugte stoffer mere end én gang om ugen.

indbyggere i alderen 15-64 år ved hjælp af skalaen for afhængighedsgrad, Severity of dependence scale.

Brug af crack er usædvanlig blandt socialt integrerede kokainbrugere og forekommer hovedsageligt i marginaliserede og dårligt stillede grupper såsom sexarbejdere og problematiske opioidbrugere. I Europa er det i høj grad et fænomen i byerne (Connolly et al., 2008, Prinzleve et al., 2004) med tegn på en meget lav samlet prævalens. I London betragtes crackbrug som en væsentlig del af byens narkotikaproblem. Regionale skøn over crackkokain foreligger kun for England, hvor der var ca. 184 000 problematiske crackkokainbrugere i 2009-2010, hvilket svarer til 5,4 (5,2-5,7 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år). Det blev anført, at et flertal af disse crackbrugere også var opioidbrugere.

Behandlingsefterspørgsel

Yderligere indblik i de mere problematiske former for kokainbrug kan fås fra data om antal af og kendetegn ved personer, der påbegynder behandling på grund af kokainbrug. Næsten alle rapporterede kokainklienter behandles på ambulatorier, selv om nogle muligvis behandles på private klinikker, som der ikke foreligger data for. Mange problematiske kokainbrugere søger imidlertid ikke behandling (Reynaud-Maurupt og Hoareau, 2010).

Kokain blev anført som den primære årsag til at komme i behandling af 15 % af alle rapporterede narkotikabrugere, som påbegyndte behandling i 2010. Andelen, der anfører kokain som deres primære stof, var højere (21 %) blandt dem, der kom i behandling for første gang.

Der er store forskelle mellem landene på andelen og antallet af kokainklienter, idet de højeste andele anføres af Spanien (44 %), Italien (29 %) og Nederlandene (26 %). Kokainklienter udgør mellem 10 % og 15 % af alle narkotikaklienter i Belgien, Irland, Cypern, Luxembourg, Malta, Portugal og Det Forenede Kongerige. Andre steder i Europa tegner kokain sig for under 10 % af de klienter, der påbegynder behandling, og 7 lande rapporterer om mindre end 1 % af alle, der påbegynder behandling, og anfører det som deres primære stof. I alt tegner 5 lande (Spanien, Tyskland, Italien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) sig til sammen for omkring 90 % af alle kokainklienter, der blev anført af 29 europæiske lande ⁽⁸⁴⁾.

På grundlag af 25 lande, der har leveret data i perioden 2005-2010, steg tendensen i det indberettede antal klienter, der har påbegyndt behandling for primær kokainbrug, indtil 2008 (fra 55 000 til 71 000 klienter), stabiliserede sig i 2009 (70 000) og faldt lidt i 2010 (67 000) ⁽⁸⁵⁾. Antallet af kokainklienter faldt i 13 lande mellem 2007-2008 og 2010, idet nogle lande (Spanien, Nederlandene, Portugal, Det Forenede Kongerige) meldte om fald på op til 40 % i det antal, som påbegyndte behandling for første gang i deres liv. I Nederlandene faldt antallet af nye kokainklienter mellem 2009 og 2010, mens antallet af kokainklienter, som blev genindskrevet til behandling, især personer, der nævner opioider som et sekundært stof, anføres som stabilt (Ouweland et al., 2011).

Profil for klienter i ambulant behandling

Klienter, der påbegynder ambulant behandling for primær kokainbrug, har et højt forhold mellem mænd og kvinder (omkring 5:1) og en af de højeste gennemsnitsaldrer (33 år) blandt narkotikabehandlingsklienter. Primære brugere af kokain anfører første brug af stoffet ved en gennemsnitsalder på 22 år, idet 87 % af dem begyndte før 30-årsalderen ⁽⁸⁶⁾.

De fleste kokainklienter anfører snifning (65 %) eller rygning (27 %) af stoffet som deres vigtigste indtagelsesmåde, og kun 6 % anfører, at de primært injicerer stoffet. Næsten halvdelen af kokainklienterne har brugt stoffet op til 6 gange om ugen i måneden inden påbegyndelse af behandling, omkring en fjerdedel har brugt det dagligt, og en fjerdedel har ikke brugt det eller har kun brugt det lejlighedsvist i den periode ⁽⁸⁷⁾.

Kokain bruges ofte i kombination med andre stoffer, især alkohol, cannabis, andre stimulanser og heroin. En nederlandsk analyse, som blev foretaget i 2011, viste, at de fleste kokainklienter bruger kokain sammen med andre stoffer (64 %), for det meste alkohol (Ouweland et al., 2011).

En subgruppe af kokainbrugere, der påbegynder ambulant behandling i Europa, er de 7 500 primære brugere af crackkokain ⁽⁸⁸⁾. De udgør 13 % af alle kokainklienter og under 2 % af alle narkotikaklienter, der kommer på ambulatorierne. De fleste crackklienter (ca. 5 000) kom i behandling i Det Forenede Kongerige, hvor de tegnede sig for 36 % af landets primære kokainklienter og 4 % af alle ambulante narkotikaklienter. De resterende 2 000 crackklienter indberettes hovedsageligt af Frankrig

⁽⁸⁴⁾ Se tabel TDI-5 (del i) og (del ii) og TDI-24 i Statistical bulletin 2012. For Spanien vedrører dataene 2009.

⁽⁸⁵⁾ Se figur TDI-1 og TDI-3 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁸⁶⁾ Se tabel TDI-4 (del ii), TDI-10 (del iii), TDI-11 (del iii) og TDI-18 (del ii) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁸⁷⁾ Se tabel TDI-17 og TDI-18 (del ii) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁸⁸⁾ Se tabel TDI-115 i Statistical bulletin 2012.

og Nederlandene, hvor de udgør henholdsvis 23 % og 30 % af kokainklienterne, og af Spanien og Italien (3 % og 1 % af kokainklienterne). Crackklienter bruger også ofte stoffet sammen med andre stoffer, bl.a. injiceret heroin (EONN, 2007a, Escot og Suderie, 2009).

Behandling og skadesbegrænsning

Historisk set har behandlingen af narkotikaafhængighed i Europa fokuseret på opioidafhængighed. Med den voksende bekymring for folkesundheden i forbindelse med brug af kokain og crackkokain er der dog i mange lande lagt mere vægt på løsning af problemer vedrørende disse stoffer. De primære behandlingsmuligheder for kokainafhængighed er psykosociale tiltag, herunder motiverende samtaler, kognitive adfærdsterapier, adfærdsmæssig selvkontroltræning, foranstaltninger til forebyggelse af tilbagefald og rådgivning.

11 medlemsstater, bl.a. alle med høje kokainbrugsniveauer og mange påbegyndte behandlinger, anfører, at der sammen med generelle behandlingstilbud er specifikke behandlingsprogrammer til rådighed for kokain- eller crackbrugere. Mens nationale eksperter fra Tyskland, Italien, Litauen og Det Forenede Kongerige anslø, at disse specifikke programmer var tilgængelige for de fleste kokainbrugere, der manglede behandling, anslø eksperter fra Belgien, Danmark, Irland, Spanien, Østrig, Rumænien og Slovenien imidlertid, at de kun var tilgængelige for et mindretal.

Nogle lande anfører, at de skræddersyr deres kokainbehandlingstiltag til særlige klientgruppers behov. I Det Forenede Kongerige prioriterer specialiserede behandlingscentre f.eks. behandlingstilbud til problematiske stofbrugere, bl.a. crackkokainbrugere. Både Danmark og Østrig anfører, at de yder behandling til kokainbrugere inden for rammerne af et blandingsbrugsprogram. I Danmark har en behandlingsmodel for kokain-, cannabis- og alkoholproblemer været kørt som pilotprojekt. Der skal udarbejdes kliniske retningslinjer, og modellen vil blive anvendt i en række kommuner i de næste fire år med et budget på omkring 1 mio. EUR. Endvidere anfører Bulgarien, Malta og Nederlandene, at man har planer om specifikke behandlingsprogrammer til kokainbrugere i de næste tre år.

Undersøgelser af behandlingen af kokainafhængighed

EONN og Cochrane Group on Drugs and Alcohol offentliggjorde for nylig en oversigt over litteraturgennemgange af den farmakologiske behandling

af kokainafhængighed (Amato et al., i trykken). Her analyserede man acceptabilitet, effektivitet og sikkerhed for psykostimulanter, krampestillende midler, antipsykotiske midler, dopaminagonister og disulfiram til behandling af kokainafhængighed. De fleste af disse stoffer har potentiale til at blokere eller reducere belønningseffekten af kokain i hjernen. Endvidere kan antipsykotiske midler dæmpe kokainfremkaldte psykoselignende symptomer. Disse undersøgelser er ikke direkte sammenlignelige, da de har forskellige formål og resultatmål såsom nedbringelse af brug, reduktion eller behandling af abstinenssymptomer og identifikation af substitutionsbehandlinger.

Gennemgangen af undersøgelser af psykostimulanter afdækkede nogle positive resultater med henblik på at hjælpe kokainbrugere til at opnå afholdenhed. Især var resultaterne lovende for behandling af patienter med samtidig opioid- og kokainafhængighed med bupropion og dexamfetamin. Dog fandt man ikke, at psykostimulanter var effektive til substitutionsbehandling. Evalueringerne af antipsykotiske og krampestillende midler til kokainafhængige patienter var usikre. Den aktuelle dokumentation støtter ikke brugen af dopaminagonister til behandling af kokainafhængighed. Mens disulfiram viste positive resultater for fastholdelse af patienter i behandling, ser eventuelle fordele ud til at blive opvejet af stoffets mulige skadelige bivirkninger.

Blandt de ikkefarmakologiske tiltag til behandling af kokainafhængighed er contingency management fortsat det psykosociale tiltag, der har den højeste effektivitet (Vocci og Montoya, 2009). En ny belgisk undersøgelse viste, at afholdenhedsraten blandt kokainbrugere efter seks måneders deltagelse i et contingency management-program med »community reinforcement« var tre gange højere end for klienter i standardbehandling (Vanderplasschen et al., 2011).

Skadesbegrænsning

Skadesbegrænsningstiltag rettet mod mere socialt integrerede kokainbrugere, for det meste pulverkokainbrugere, kan gennemføres via særlige opsøgende programmer i nattelivet. Der er to nye eksempler: »Know the Score Cocaine Awareness Campaign« i Skotland og den belgiske Partywise-kampagne »How is your friend on coke?«. Disse kampagner sigter mod at øge bevidstheden og give information (se nærmere om tiltag i fritidsmiljøer i kapitel 4).

Tiltag med det formål at mindske skader forårsaget af problematisk kokain- og crackkokainbrug er et nyt

Vacciner mod ulovlige stoffer

Dyreforsøg med vacciner mod narkotika går tilbage til 1972 (Berkowitz og Spector), men interessen for at udvikle et farmakologisk middel mod kokainafhængighed har for nylig igen samlet opmærksomhed om emnet.

Vacciner mod narkotika virker ved at fremkalde produktionen af antistoffer i blodbanen og kan, når det lykkes, reducere de psykoaktive virkninger af narkotika og forhindre trang (Fox et al., 1996). I øjeblikket undersøges narkotikavacciner for kokain, nikotin, metamfetamin og heroin (Shen et al., 2011). De mest avancerede vacciner bekæmper kokain- og nikotinafhængighed og har vist sig at være effektive med hensyn til at hjælpe patienter med at forblive afholdende. Den vigtigste begrænsning, der er observeret, er, at antistofresponsen hos flertallet af patienter er lav (Hatsukami et al., 2005, Martell et al., 2005). Der foretages dog undersøgelser for at forbedre dette, og kommercielle produkter kan være tilgængelige snart, i hvert fald for så vidt angår nikotin (Polosa og Benowitz, 2011). Forskningen i vacciner mod metamfetamin er stadig i den prækliniske fase, hvor der fokuseres på at karakterisere antistoffet. Der er udviklet vacciner mod opioider, som virker på rotter, og undersøgelserne koncentrerer nu om strategier til at mindske antallet af nødvendige indgivelser for at opretholde antistofkoncentrationen i blodet (Stowe et al., 2012).

arbejdsområde i mange medlemsstater. Generelt er de tjenester og faciliteter, der er etableret for intravenøse kokainbrugere, blevet udviklet, så de opfylder

opioidbrugeres behov. Der er imidlertid knyttet særlige risici til injektion af kokain. Især indebærer det en potentielt højere injektionsfrekvens, kaotisk injektionsadfærd og øget seksuel risikoadfærd. anbefalinger af sikrere brug skal skræddersys til denne gruppes behov. På grund af den potentielt høje injektionsfrekvens bør udbuddet af sterilt udstyr til intravenøse brugere ikke begrænses, men i stedet for baseres på lokal vurdering af kokainbrugsmønstre og de intravenøse brugeres sociale situation (Des Jarlais et al., 2009).

Udbuddet af særlige skadesbegrænsningsprogrammer for crackkokainrygere i Europa er begrænset. Nogle stofbrugsfaciliteter i tre lande (Tyskland, Spanien og Nederlandene) tilbyder faciliteter til inhalering af stoffer, bl.a. crackkokain. Det anføres, at visse lavtærskeltjenester i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrig, Luxembourg og Nederlandene sporadisk stiller hygiejniske inhaleringsanordninger, bl.a. rene crackpiber eller »crack kits« (glasstilk med mundstykke, metalskærm, læbepomade og papirservietter), til rådighed for stofbrugere, der ryger crackkokain. Stanniøl stilles også til rådighed for heroin- eller kokainrygere af visse lavtærskeltjenester i 13 EU-medlemsstater. I Det Forenede Kongerige gennemgik Advisory Council on the Misuse of Drugs for nylig brugen af stanniøl som et skadesbegrænsende tiltag og fandt bevis for, at det kan fremme rygning i stedet for intravenøs brug, hvis man stiller det til rådighed (ACMD, 2010).

Kapitel 6

Opioidbrug og intravenøs stofbrug

Indledning

Heroinbrug, især injektion af stoffet, har været tæt forbundet med folkesundhed og sociale problemer i Europa siden 1970'erne. I dag tegner dette stof sig stadig for den største andel af narkotikarelateret sygdom og dødelighed i EU. Efter en snes år med for det meste voksende heroinproblemer har Europa oplevet et fald i heroinbruget og dertil knyttede skader i slutningen af 1990'erne og de første år af det nuværende århundrede. I løbet af den sidste halve snes år er tendensen imidlertid blevet mindre tydelig. Billedet er stadig blandet, men det er i stigende grad blevet bemærket, at den nye rekruttering til heroinbrug er faldet i dele af Europa, stoffets tilgængelighed er gået tilbage, og for nylig har nogle lande oplevet akut mangel. Det har været ledsaget af rapporter om, at heroin bliver erstattet af andre stoffer, bl.a. syntetiske opioider såsom fentanyl, men også injektion af stimulerende stoffer, bl.a. amfetamin, metamfetamin og syntetiske cathinoner. En stigning i injektionen af stimulerende stoffer medfører bekymringer om en stigning i sundhedsrisiciene.

Udbud og tilgængelighed

Der har traditionelt været adgang til to former for importeret heroin i Europa. Den mest almindelige af disse er brun heroin (stoffets kemiske grundform), der hovedsageligt kommer fra Afghanistan. Mindre almindelig er hvid heroin (en saltform), som traditionelt kom fra Sydøstasien. Skønt hvid heroin er blevet sjælden, har nogle lande for nylig meldt om hvide krystallinske heroinprodukter, der formentlig kommer fra det sydvestlige Asien. En vis begrænset produktion af opioider finder stadig sted i Europa, især hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder), som indberettes i Estland, Litauen og Polen.

Produktion og ulovlig handel

Ud over at stå bag det meste af Europas heroinforsyning er Afghanistan fortsat den vigtigste kilde til dette

stof på verdensplan. Andre producentlande omfatter Burma/Myanmar, der primært forsyner markeder i Øst-, og Sydøstasien, Pakistan, Laos, efterfulgt af Mexico og Colombia, som anses for at være de største leverandører af heroin til USA (UNODC, 2012). Den potentielle globale opiumproduktion anslås at være steget fra 4 700 ton i 2010 til 7 000 ton i 2011 og har nået et niveau, der svarer til tidligere års. Meget af denne stigning skyldes en genopretning af den potentielle opiumproduktion i Afghanistan, som er steget fra 3 600 ton i 2010 til 5 800 ton i 2011 (UNODC, 2012). Det seneste skøn over den samlede potentielle heroinproduktion er 467 ton (se tabel 9), en stigning fra ca. 384 ton i 2010 (UNODC, 2012).

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

Produktion og beslaglæggelser	Heroin
Anslået global produktion (ton)	467
Global beslaglagt mængde (ton)	81
Beslaglagt mængde (ton) EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	6 (19)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	50 000 (55 000)
Pris og renhed i Europa ⁽¹⁾	Heroinbase («brun»)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	23–160 (24,6–73,6)
Gennemsnitlig renhed (%) Område (Kvartilafstand) ⁽²⁾	13–57 (17,7–28,0)

⁽¹⁾ Da kun få lande indberetter detailpris og renhed for heroinhydroklorid («hvid»), er dataene ikke anført her. De kan ses i tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2012.

⁽²⁾ Område for midterste halvdel af de rapporterede data.
NB: Data er for 2010 med undtagelse af den anslåede globale produktion (2011).

Kilder: UNODC (2012) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

Heroinen føres ind i Europa ad navnlig to smuglerruter, skønt der sker en stigende diversificering i de metoder og ruter, der benyttes til at smugle stoffet. Den historisk vigtige Balkanroute bringer heroin produceret i Afghanistan gennem Pakistan, Iran og Tyrkiet og herefter mod andre transit- eller destinationslande, især i Vest- og Sydeuropa. Heroin smugles også ad »silkevejen« gennem Centralasien mod Rusland. Noget af denne heroin smugles herefter gennem Belarus, Polen og Ukraine til destinationer som de skandinaviske lande. Afrika ser ud til at være ved at få større betydning og er nu det vigtigste transitområde for heroinsmugling til Europa ad luftvejen (INCB, 2012b). I EU er Nederlandene og i mindre grad Belgien sekundært distributionscenter.

Beslaglæggelser

På verdensplan faldt de rapporterede beslaglæggelser af opium fra 653 ton i 2009 til 492 ton i 2010. Iran tegnede sig for omkring 80 % af den samlede mængde og Afghanistan for næsten 12 %. I 2010 steg de indberettede beslaglæggelser på verdensplan af heroin (81 ton) og morfin (19 ton) med hver 5 ton (UNODC, 2012).

I Europa resulterede anslået 55 000 beslaglæggelser i konfiskering af 19 ton heroin i 2010, hvoraf de to tredjedele (12,7 ton) blev indberettet af Tyrkiet. Det Forenede Kongerige (efterfulgt af Spanien) rapporterede fortsat om det højeste antal beslaglæggelser⁽⁸⁹⁾. Data for årene 2005-2010 fra 28 indberettende lande viser en samlet stigning i antallet af beslaglæggelser, selv om der skete et lille fald i 2010. Mellem 2005 og 2010 har de beslaglagte mængder i EU været svingende, idet der blev indberettet et markant fald i 2010, primært på grund af fald i de mængder, som blev konfiskeret i Bulgarien og Det Forenede Kongerige. Tyrkiet rapporterede også om et betydeligt fald i den konfiskerede mængde i 2010, hvilket skal forstås på baggrund af tidligere forbudsaktiviteter, som ser ud til at have afbrudt heroinmarkedet i dele af Europa.

De globale beslaglæggelser af eddikesyreanhydrid, der bruges til fremstilling af heroin, steg fra ca. 21 000 liter i 2009 til 59 700 liter i 2010. Tallene for EU har varieret stærkt i de senere år — fra et rekordhøjt niveau på ca. 151 000 liter i 2008 til 912 liter i 2009. En enkelt beslaglæggelse på omkring 21 100 liter i Bulgarien tegnede sig for næsten alle de 21 200 liter, der blev beslaglagt i 2010 (INCB, 2012a).

Over den sidste halve snes år har Estland anført, at heroin i vid udstrækning er blevet erstattet af fentanyl på det ulovlige marked. Senere har Slovakiet rapporteret om et

lignende fænomen, om end antallet af beslaglæggelser og beslaglagte mængder forbliver lavt. I 2010 meldte Slovakiet om 17 beslaglæggelser af fentanyl, mens der i Estland blev beslaglagt et halvt kilo af dette syntetiske opioid.

Renhed og pris

Den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin, der blev testet i 2010, svingede mellem 17 % og 28 % i de fleste indberettende lande, men der blev også meldt om lavere gennemsnitsværdier i Frankrig (13 %) og Østrig (kun detailhandel, 13 %) og højere i Malta (30 %), Spanien (32 %) og Tyrkiet (57 %). Mellem 2005 og 2010 steg renhedsgraden for brun heroin i fire lande, mens den i fire andre forblev stabil og faldt i to. Den gennemsnitlige renhed for hvid heroin lå generelt højere (25-45 %) i de fire europæiske lande, der indberettede data⁽⁹⁰⁾.

Detailprisen på brun heroin var fortsat betydeligt højere i de nordiske lande end i resten af Europa, idet Sverige meldte om en gennemsnitspris på 160 EUR pr. gram (som følge af en kraftig stigning i 2010) og Danmark 83 EUR i 2010. Samlet set svingede den mellem 24 EUR og 74 EUR pr. gram i halvdelen af de indberettende lande. I perioden 2005-2010 faldt detailprisen på brun heroin i 10 af de 14 europæiske lande, der indberettede tidstendenser. Gennemsnitsprisen på hvid heroin var generelt højere (61-251 EUR) i de 3 europæiske lande, der indberettede data.

Problematiske stofbrug

Problematiske stofbrug defineres af EONN som intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opioider, kokain eller amfetaminer. Intravenøs stofbrug og brug af opioider udgør størstedelen af det problematiske stofbrug i Europa, selv om brugere af amfetaminer og kokain er vigtige elementer i nogle få lande. Problematiske stofbrugere er for det meste blandingsbrugere, og prævalensstallene er meget højere i byområder og blandt marginaliserede grupper. I lyset af den relativt lave udbredelse og denne stofbrugstypes skjulte natur kræves der statistiske ekstrapoleringer for at nå frem til prævalensskøn på grundlag af de foreliggende datakilder (hovedsageligt data om narkotikabehandling og data om retshåndhævelse).

Problematiske opioidbrug

De fleste europæiske lande kan nu fremlægge prævalensskøn over problematisk opioidbrug. De seneste

⁽⁸⁹⁾ Se tabel SZR-7 og SZR-8 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁹⁰⁾ Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2012.

ationale skøn varierer mellem under 1 og 7 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (figur 11). De højeste skøn over problematisk opioidbrug anføres af Irland Letland, Luxembourg og Malta og de laveste af Cypern, Ungarn, Polen og Finland. Tyrkiet rapporterer om under ét tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år.

Den gennemsnitlige udbredelse af problematisk opioidbrug i EU og Norge, som beregnes ud fra nationale undersøgelser, anslås at ligge på 4,2 (mellem 3,9 og 4,4) tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Det svarer til ca. 1,4 millioner problematiske opioidbrugere i EU og Norge i 2010 ⁽⁹¹⁾.

Til sammenligning er skøn for Europas nabolande høje, idet Rusland har 16,4 problematiske opioidbrugere pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (UNODC, 2011b) og Ukraine 10-13 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (UNODC, 2010). Både Australien og USA anfører højere skøn over problematisk opioidbrug, henholdsvis 6,3 og 5,8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, mens det tilsvarende tal for Canada er 3,0 tilfælde. Sammenligninger mellem landene bør foretages med forsigtighed, da definitioner på målbefolkningen kan variere. Hvis ikkemedicinsk brug af ordinerede opioider

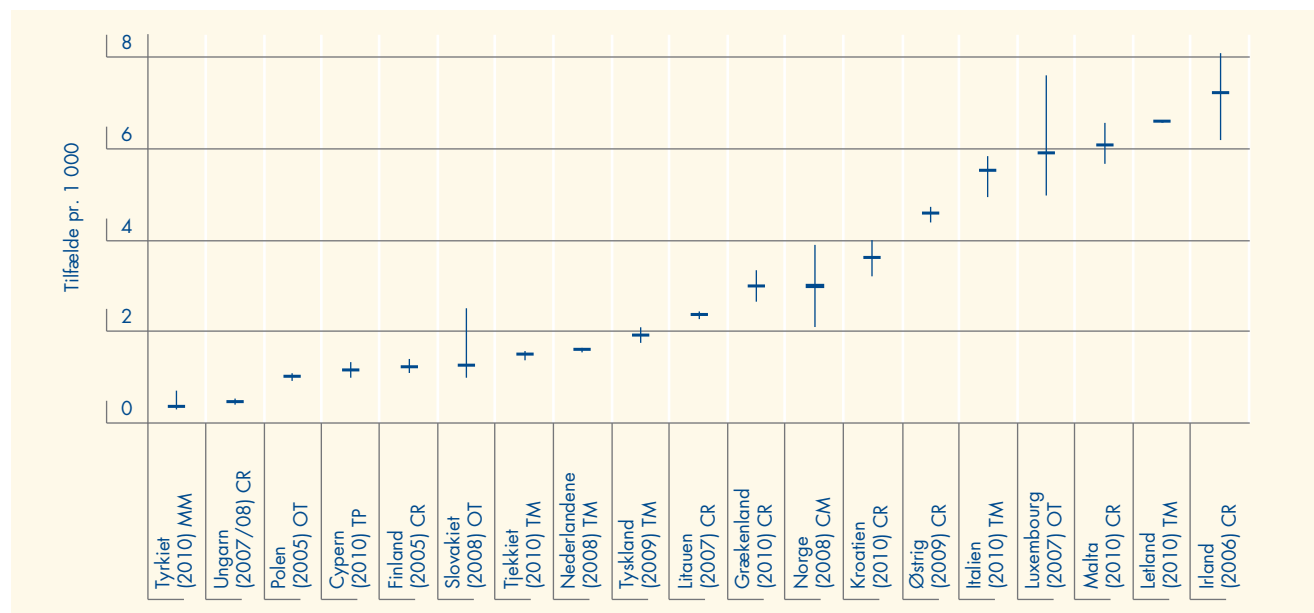
f.eks. blev tilføjet, ville prævalenstallet stige til 39-44 pr. 1 000 nordamerikanere i alderen 15-64 år (UNODC, 2011b).

Opioidbrugere, der går i behandling

Opioider, især heroin, blev anført som det primære stof af over 200 000 klienter, der ifølge indberetningerne påbegyndte specialiseret narkotikabehandling i 29 europæiske lande i 2010, eller 48 % af alle rapporterede påbegyndte behandlinger. Imidlertid er der betydelige forskelle i Europa, hvor opioidklienter tegner sig for over 70 % af dem, der påbegynder behandling i 7 lande, mellem 40 % og 70 % i 12 og under 40 % i 10 lande (figur 12). Næsten 80 % af alle opioidbrugere, der påbegynder narkotikabehandling i Europa, indberettes af kun 5 lande, nemlig Tyskland, Spanien, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige ⁽⁹²⁾.

Andre opioider end heroin anføres som det primære stof af en høj andel af de klienter, der påbegynder behandling, i en række lande, nemlig fentanyl i Estland, buprenorphin i Finland og andre opioider i Danmark, Letland og Østrig ⁽⁹³⁾.

Figur 11: Skøn over den årlige prævalens af problematisk opioidbrug (i aldersgruppen 15-64 år)



NB: En horisontal markering angiver et punktestimat, en vertikal markering 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, og sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Ikkestandardiserede aldersgrupper blev anvendt i undersøgelser fra Finland (15-54 år) og Polen (alle aldersgrupper). Begge tal blev justeret til aldersgruppen 15-64 år. Forkortelser for skønsmetoderne: CR = capture-recapture, TM = treatment multiplier, MM = mortality multiplier, CM = combined methods, TP = truncated Poisson, OT = other methods. Se yderligere oplysninger i figur PDU-1 (del ii) og tabel PDU-102 i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reioxxknudepunkter.

⁽⁹¹⁾ Anførte skøn fra 18 lande giver et gennemsnit på 3,1 (3,0-3,2) tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Hvis de vægtede skøn over problematisk stofbrug fra yderligere 8 lande medtages, øges gennemsnitsantallet til 4,2 (3,9-4,4), som er blevet anvendt på befolkningen i EU og Norge i 2010.

⁽⁹²⁾ Se tabel TDI-5 og TDI-22 i Statistical bulletin 2012.

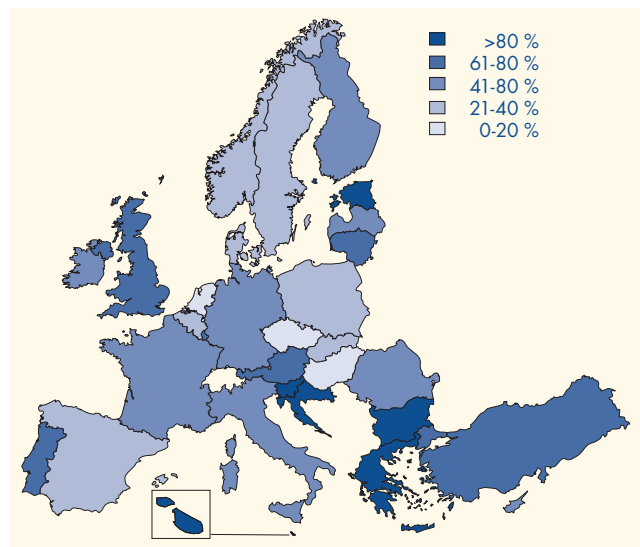
⁽⁹³⁾ Se tabel TDI-113 i Statistical bulletin 2012.

Opioidbrugere, der påbegynder en specialiseret behandling, er gennemsnitligt 33 år gamle, mens kvinder er yngre i de fleste lande ⁽⁹⁴⁾. I Europa er der næsten tre gange så mange mandlige opioidklienter som kvindelige. Det store flertal af opioidklienter anfører, at de begyndte at bruge stoffet før 30-års-alderen, idet næsten halvdelen (46 %) af alle opioidklienter havde gjort det, før de fyldte 20 ⁽⁹⁵⁾. Opioidbrugere anfører generelt en højere grad af hjemløshed og arbejdsløshed og lavere uddannelsesniveau end primære brugere af andre stoffer, og de er normalt koncentreret i byområder.

Tendenser for problematisk opioidbrug

Data fra ni lande med gentagne prævalensskøn for problematisk opioidbrug i perioden 2005-2010 tyder på en relativt stabil situation. Dog er prævalensmål måske ikke følsomme over for tendenserne for introduktion til stofbrug og skal sættes ind i den sammenhæng, der kommer fra andre datakilder. I perioden 2005-2010 steg antallet af klienter, der påbegyndte specialiseret narkotikabehandling for primær heroinbrug for første gang i deres liv i 24 europæiske lande fra 51 000 i 2005 til en rekord på 61 000 i 2007, før det faldt til 46 000 i 2010 ⁽⁹⁶⁾. Dette fald er mest synligt i vesteuropæiske lande.

Figur 12: Primære opioidbrugere som en procentdel af alle, der ifølge rapporterne påbegyndte narkotikabehandling i 2010



NB: Data udtrykt som en procentdel af brugere, hvis primære stof er kendt (92 % af de rapporterede klienter). Data for 2010 eller senest tilgængelige år. Data for Litauen vedrører klienter, der har påbegyndt behandling for første gang i deres liv. Primære opioidbrugere kan være underreporteret i nogle lande, bl.a. Belgien, Tjekkiet, Tyskland og Frankrig, da mange behandles af alment praktiserende læger eller psykiatriske klinikker, som ikke indberettes til behandlingsefterspørgselsindikatoren.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

Der kan gå lang tid fra den første brug af heroin til påbegyndelsen af behandling. Derfor afspejler antallet af heroinbrugere, der påbegynder behandling for første gang, både den traditionelle tendens for introduktion til heroin (forekomst) og det aktuelle billede. En indsigelse mod den fortolkning er, at den kan være påvirket af ændringer i rapporteringsmetoder, og at de europæiske tal i uforholdsmæssig grad kan afspejle tendenserne i de større lande. Til trods for en betydelig variation mellem landene tyder dokumentationen dog på, at ny heroinbrug i Europa samlet set er faldende.

Denne analyse kan også ses sammen med tendenser i andre indikatorer, bl.a. intravenøs stofbrug (se nedenfor), narkotikaforårsagede dødsfald og narkotikarelaterede lovovertrædelser, selv om disse datakilder nok er bedre indikatorer for prævalens end for forekomst. Der har i de seneste år kunnet konstateres et fald i antallet af heroinrelaterede narkotikalovovertrædelser i Europa. Dataene om narkotikaforårsagede dødsfald er mere tvetydige. Stigninger eller en stabil situation blev bemærket af landene indtil 2008. I 2009 var en overordnet stabil situation tydelig, og foreløbige data for 2010 tyder på et senere fald ⁽⁹⁷⁾.

Indikatorer for opioidmarkedet giver også supplerende oplysninger her. Akut heroinmangel indberettet af en række lande i slutningen af 2010 og begyndelsen af 2011 (EONN, 2011a) samt et fald i heroinbeslaglæggelserne for nylig peger på ændringer i tilgængeligheden af heroin i Europa, som også kan hænge sammen med et skift i stofbrugsmønstre. Disse omfatter rapporter om øget injektion af cathinoner (Ungarn) blandinger indeholdende koffein og kreatin (Rumænien), øget brug af benzodiazepiner og andre lægemidler (Irland, Slovenien, Det Forenede Kongerige), øget injektion af amfetaminer (Ungarn, Letland) og bekymrende rapporter om brug af det syntetiske opioid fentanyl (f.eks. Estland, Slovakiet).

Tilsammen tyder oplysningerne på, at Europa oplever et gradvist fald i ny heroinbrug, som er sket på baggrund af en stigende behandlingstilgængelighed og -dækning. Heroinpopulationen som helhed ser ud til at være både aldrende og overordnet karakteriseret ved en relativt høj grad af kontakt til behandlingscentre. Selv om dette fænomen er tydeligst i de EU-medlemsstater, der var medlemmer før 2004, tyder de seneste data nu på, at det også kan være ved at ske i mange af de nyere medlemsstater.

⁽⁹⁴⁾ Se tabel TDI-10, TDI-21, TDI-32 og TDI-103 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁹⁵⁾ Se tabel TDI-33, TDI-106 (del i) og TDI-107 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽⁹⁶⁾ Se figur TDI-1 og TDI-3 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁹⁷⁾ Se tabel DRD-2 (del i) i Statistical bulletin 2012.

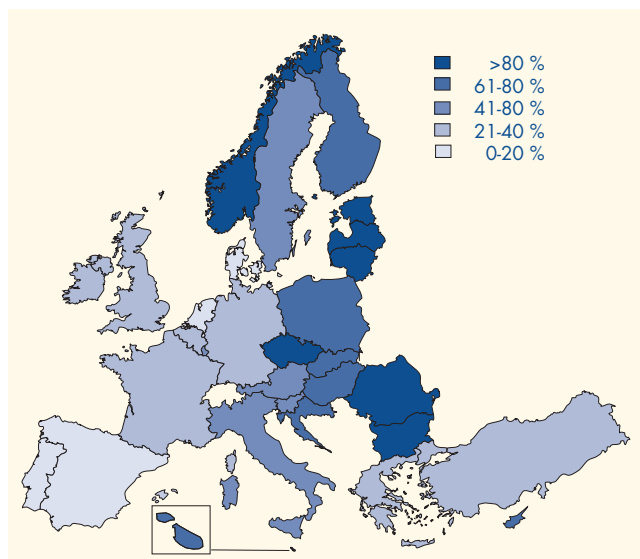
Intravenøs stofbrug

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 narkotikaoverdoser. I de fleste europæiske lande forbindes injektion sædvanligvis med opioidbrug, selv om det i nogle få lande forbindes med brug af amfetaminer.

Kun 14 lande kunne fremlægge nylige skøn over udbredelsen af intravenøs stofbrug ⁽⁹⁸⁾. De foreliggende data tyder på store forskelle mellem landene, idet skønnene ligger fra under ét til 5 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. I de 13 lande, der har anført et skøn over nuværende intravenøse brugere, var der gennemsnitligt 2,4 intravenøse stofbrugere pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Ud over aktive intravenøse brugere er der et stort antal tidligere intravenøse stofbrugere i Europa (f.eks. Sweeting et al., 2008), men tallene er ikke tilgængelige.

Omkring 37 % af de primære opioidklienter, der kom i specialiseret narkotikabehandling i 2010, hovedsageligt heroinbrugere, anførte injektion som deres sædvanlige indtagelsesmåde. Niveauerne for intravenøs stofbrug blandt opioidbrugere svinger mellem landene, fra 7 % i Nederlandene til 94 % i Letland. Høje andele af intravenøse brugere findes i Central- og Østeuropa samt i nogle nordlige lande (figur 13).

Figur 13: Injektion som sædvanlig indtagelsesmåde blandt primære opioidbrugere, der påbegyndte behandling i 2010



NB: Data udtrykt som en procentdel af de rapporterede klienter, hvis indtagelsesmåde er kendt. Data for 2010 eller senest tilgængelige år. Se tabel TDI-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

De manglende data og i nogle tilfælde statistisk usikkerhed i skønnene gør det vanskeligt at drage konklusioner om tidstendenser i udbredelsen af intravenøs stofbrug baseret på gentagne skøn over udbredelsen. Af de otte lande med tilstrækkelige data til at analysere tendenser ser injektionsniveauerne ud til at være faldet i Det Forenede Kongerige og forblevet relativt stabile i Grækenland, Ungarn, Cypern, Slovakiet, Kroatien og Norge. Tjekkiet meldte om en stigning i antallet af intravenøse brugere, for det meste metamfetaminbrugere, mellem 2005 og 2010 ⁽⁹⁹⁾.

Ud fra tilgængelige data fra en række andre indikatorer ser der ud til at være et samlet fald i intravenøs opioidbrug og — især — i heroininjektion i Europa. De fleste europæiske lande har rapporteret et fald i andelen af intravenøse brugere blandt de primære heroinklienter, der kom i behandling for første gang i deres liv mellem 2005 og 2010, en tendens, der bliver bekræftet i en længerevarende analyse (2000-2009) af heroinbrugere, som påbegynder specialiseret behandling for første gang i Europa (EONN, 2012c). Faldet i intravenøs heroinbrug observeres i alle lande, om end faldet er mere markant i vesteuropæiske lande. Mens de vestlige lande i 2009 anførte, at rygning af heroin var blevet den vigtigste måde at indtage stoffet på for over halvdelen af heroinklienterne (53 %), anførte 70 % af heroinklienterne i de østlige lande, at injektion var den vigtigste indtagelsesmåde (EONN, 2012c). Endvidere afdækker nylige undersøgelser fra Irland og Norge et voksende tidsinterval mellem første heroinbrug og første intravenøse heroinbrug (Bellerose et al., 2011, Bretteville-Jensen og Skretting, 2010).

Behandling af problematisk opioidbrug

Udbud og dækning

Der er mulighed for både stoffri behandling og substitutionsbehandling for opioidbrugere i alle EU-medlemsstater samt Kroatien, Tyrkiet og Norge. I de fleste lande foregår behandlingen i ambulatorier, der kan omfatte specialiserede centre, praktiserende lægers klinikker og lavtærskeltjenester. I nogle få lande spiller stationær behandling en stor rolle i behandlingen af opioidafhængighed ⁽¹⁰⁰⁾. Et mindre antal lande tilbyder heroinunderstøttet behandling til en udvalgt gruppe af kroniske heroinbrugere.

Forud for den stoffrie behandling gennemgår opioidbrugere normalt et afgiftningsprogram, hvor de får støtte i form af lægemidler til at klare de fysiske abstinenssymptomer.

⁽⁹⁸⁾ Se figur PDU-2 i Statistical bulletin 2012.

⁽⁹⁹⁾ Se tabel PDU-6 (del iii) i Statistical bulletin 2012

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2012.

Denne terapeutiske tilgang kræver normalt, at personerne afholder sig fra alle stoffer, også substitutionsmedicin. Patienterne deltager i daglige aktiviteter og modtager intensiv psykologisk støtte. Selv om stoffri behandling kan finde sted i ambulatorier og døgnbehandlingscentre, er de mest almindeligt rapporterede former stationær og hospitalsbaseret stoffri behandling.

Den mest almindelige type behandling for opioidafhængighed i Europa er substitutionsbehandling, der normalt integreres med psykosocial støtte og gives i specialiserede ambulatorier. 16 lande anfører, at den også ydes af praktiserende læger. I nogle lande ydes behandlingen også af praktiserende læger i delte omsorgsordninger med specialiserede behandlingscentre. Det samlede antal opioidbrugere i substitutionsbehandling i EU, Kroatien, Tyrkiet og Norge anslås til 709 000 (698 000 for EU-medlemsstaterne) i 2010, hvilket er

Injektion og andre indtagelsesmåder

Data indsamlet om stofbrugere, der påbegynder behandling, er den største og mest omfattende kilde til information om stofbrugsadfærd hos personer, som har narkotikarelaterede problemer i Europa (¹).

Alt i alt var injektion den næstmest almindeligt anførte indtagelsesmåde for stofbrugere, der påbegyndte behandling, primært for problemer med opioider i 2010. Af de 140 000 primære opioidklienter, der kom i behandling på ambulatorier, og for hvem indtagelsesmåden er kendt, anførte 36 %, at de injicerede stoffet, mens 45 % anførte, at de røg eller inhalerede det, og 19 % anførte snifning eller indtagelse af stoffet oralt. I modsætning hertil anførte 3 % af de 53 000 kokainbrugere, der påbegyndte behandling på samme centre, at de injicerede stoffet, 68 % anførte, at de sniffede det, og resten anførte rygning eller inhalering. Blandt de 9 000 brugere af amfetaminer eller andre stimulanser end kokain anførte 24 % injektion som den vigtigste indtagelsesmåde, mens 40 % indtog stoffet oralt, 32 % sniffede det, og 4 % anførte andre indtagelsesmåder.

Stofbrugsmønstrene har ændret sig over tid. En analyse af behandlingsstarter mellem 2000 og 2009 viste et fald i intravenøs stofbrug blandt primære heroinklienter i alle europæiske lande (fra 58 % til 36 %), især i den vestlige del af Europa (EONN, 2012c). Desuden er der blandt de opioidbrugere, der er kommet i ambulant behandling siden 2009, flere, som ryger stoffet, end som injicerer det (²).

(¹) Det skal bemærkes, at data om behandlingsstart ikke kan ekstrapoleres til hele populationen af stofbrugere i behandling og måske ikke er repræsentative for den bredere population af stofbrugere, der omfatter personer, som ikke er i behandling. Yderligere oplysninger om størrelsen af den samlede behandlede population foreligger på EONN's websted.

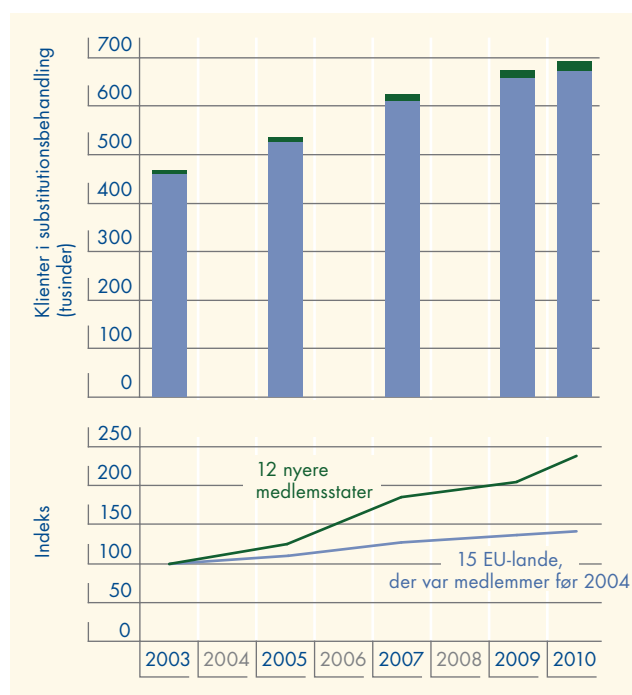
(²) Se tabel TDI-17 i Statistical bulletin 2010, 2011 og 2012.

en stigning fra 650 000 i 2008 og omkring 500 000 i 2003 (¹⁰¹). Det store flertal af substitutionsbehandlinger bliver fortsat givet i de 15 EU-medlemsstater, der var medlemmer før 2004 (ca. 95 % af det samlede antal), og tendenserne på mellemlang sigt (2003-2010) viser fortsatte stigninger (figur 14). De største stigninger i tilbuddene blandt disse lande blev observeret i Grækenland, Østrig og Finland, hvor behandlingsantallene næsten tredobledes.

En endnu højere stigningstakt blev observeret i de 12 lande, der har tilsluttet sig EU siden 2004. I de lande steg antallet af substitutionsklienter fra 7 800 i 2003 til 20 400 i 2010, idet en stor del af stigningen skete efter 2005. Proportionalt var udvidelsen af substitutionsbehandlingen i disse lande over den syvårige periode højest i Estland (16 gange, fra 60 til over 1 000 klienter, om end man stadig kun nåede 5 % af de intravenøse opioidbrugere) og Bulgarien (8 gange). De mindste stigninger blev anført af Litauen, Ungarn og Slovakiet.

En sammenligning af det anslåede antal problematiske opioidbrugere med antallet af klienter i substitutionsbehandling tyder på varierende dækningsniveauer i Europa. Af de 18 lande, for hvilke der foreligger pålidelige skøn over antallet af problematiske opioidbrugere, anfører 9 et antal klienter

Figur 14: Klienter i opioidsstitutionsbehandling i de 15 EU-lande, der var medlemmer før 2004, og de 12 nyere EU-medlemsstater — anslået antal og indekserede tendenser



NB: År, der ikke blev indsamlet data for, er trykt med gråt. Se yderligere information i figur HSR-2 i Statistical bulletin 2012.

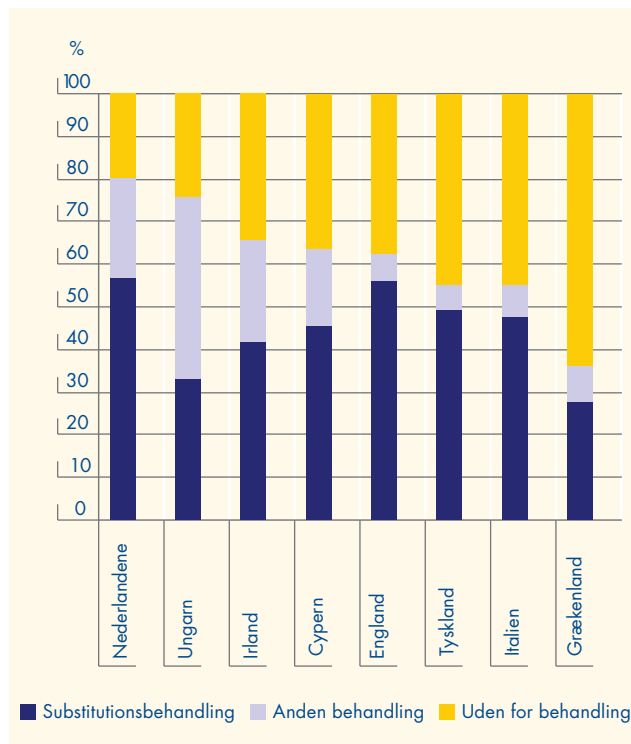
Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

i substitutionsbehandling svarende til omkring 50 % eller mere af målpopulationen ⁽¹⁰²⁾. 6 af disse lande er stater, der var medlemmer af EU før 2004, og de sidste lande er Tjekkiet, Malta og Norge.

Mens i gennemsnit omkring halvdelen af alle problematiske opioidbrugere i EU og Norge har adgang til substitutionsbehandling, er der betydelige forskelle mellem de lande, som har væsentligt lavere dækningsgrader: Grækenland (28 %), Litauen (17 %), Slovakiet (12 %), Polen (8 %) og Letland (2 %).

Skøn over andelen af problematiske opioidbrugere i en hvilken som helst form for behandling er mulige for 8 lande (figur 15). I Irland, Cypern, Ungarn, Nederlandene og Det Forenede Kongerige (England) skønnes det, at over 60 % af de problematiske opioidbrugere er i behandling, mens denne andel anslås til under 40 % i Grækenland. Dataene tyder også på forskelle i den foretrukne behandling for opioidafhængighed. Andre behandlinger end opioids substitution, for det meste stoffrie modaliteter,

Figur 15: Behandlingsdækning for problematiske opioidbrugere i udvalgte europæiske lande: andel (%) af den anslåede population af problematiske opioidbrugere i eller uden for behandling



NB: Medtagne lande, for hvilke der foreligger pålidelige skøn over populationen af problematiske opioidbrugere, det antal, som modtager substitutionsbehandling, og det samlede antal opioidbrugere i behandling. Se yderligere information i figur HSR-1 i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

udgør under 10 % af alle behandlinger, som gives til problematiske opioidbrugere i Tyskland, Grækenland, Italien og Det Forenede Kongerige (England). I Irland, Cypern og Nederlandene udgør andre behandlinger end opioids substitution mellem 15 % og 25 % af alle behandlinger til problematiske opioidbrugere, mens denne andel i Ungarn er 43 %. Mens både Grækenland og Ungarn anfører lave dækningsskøn for opioids substitutionsbehandling (omkring 30 %), varierer de andele af problematiske opioidbrugere, som anslås ikke at være i kontakt med noget behandlingscenter, på samme måde betydeligt, fra over 60 % i Grækenland sammenlignet med ca. 25 % i Ungarn. Det illustrerer behovet for at se på både niveauet for den tilgængelige substitutionsbehandling og adgangen til andre behandlingsmetoder.

Lange ventetider på substitutionsbehandling kan være en væsentlig barriere for adgangen til behandling. Ifølge en undersøgelse, der blev foretaget i 2011, er begrænset adgang til behandling og manglende ressourcer samt forsinkelser af proceduremæssige årsager de vigtigste grunde til lange ventetider. Ekspertter fra 12 af de 29 indberettende lande anslog, at den gennemsnitlige ventetid var under to uger, og i yderligere 6 lande blev den anslået til at være mellem to uger og en måned. I 5 andre lande (Litauen, Ungarn, Rumænien, Finland, Norge) var ventetiden mellem 1 og 6 måneder, mens ventetiderne i Grækenland oversteg 6 måneder. De nationale gennemsnitlige ventetider kan dog dække over en betydelig regional variation. F.eks. blev ventetiderne i Athen og Thessaloniki anslået til at være nået op på omkring 3 år på grund af begrænset kapacitet, selv om der i andre græske byer blev meldt om kortere ventetider i 2010. Ekspertter fra 4 lande kunne ikke give et skøn over ventetider.

I Europa er metadon den mest almindeligt ordinerede opioids substitutionsmedicin, der modtages af op til tre fjerdedele af substitutionsklienterne. Buprenorfinbaserede substitutionsmidler ordineres til op mod en fjerdedel af de europæiske substitutionsklienter og er det vigtigste substitutionsstof i Tjekkiet, Grækenland, Frankrig, Cypern, Finland og Sverige ⁽¹⁰³⁾. Kombinationen buprenorfin-naloxon er tilgængelig i 15 lande. Behandlinger med depotmorfine (Bulgarien, Østrig, Slovenien), kodein (Tyskland, Cypern) og diacetylmorfine (Belgien, Danmark, Tyskland, Spanien, Nederlandene, Det Forenede Kongerige) repræsenterer en lille andel af alle behandlinger.

Opioidafgiftning, effektivitet og resultater

Der er stadig flere beviser for, at opioidafgiftning har bedre resultater, når den støttes af psykoterapi og efterfølges af farmakologisk forebyggelse af tilbagefald.

⁽¹⁰²⁾ Se figur HSR-1 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹⁰³⁾ Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2012.

Ved en ny gennemgang af undersøgelser konstateredes det, at denne behandlingskombination kan hjælpe patienter til at fuldføre behandlingen, reducere deres brug af opioider og forblive afholdende ved opfølgningen (Amato et al., 2011). Endvidere var antallet af udeblivelser fra klinikken under behandling lavere hos patienter, som fik tilbudt psykosocial støtte. Day og Strang (2011) konstaterede, at døgnbehandlingscentre var mere effektive end ambulatorier til at hjælpe klienter til at fuldføre afgiftning (51 % mod 36 % i den ambulante gruppe).

Forebyggelse af tilbagefald efter heroinafgiftning kan støttes af opioidantagonisten naltrexon. Dog er overholdelsen af den medicinske behandling og fastholdelsesgraden med naltrexonbehandling i den samlede undersøgelsespopulation fortsat lav. Det blev konstateret, at naltrexon var effektiv for personer, der var nødt til at overholde behandlingen for at undgå alvorlige følger, f.eks. sundhedsfaglige personer og personer under retsligt tilsyn (Minozzi et al., 2011). Selv om afgiftning alt i alt ser ud til at være mindre effektiv for opioidafhængighed end substitutionsbehandling, anbefaler Verdenssundhedsorganisationen (2009) alligevel, at afgiftning tilbydes som en mulighed for klienter, der søger behandling.

Livskvalitet for stofbrugere i substitutionsbehandling

Opioidafhængige stofbrugere som gruppe oplever en dårligere livskvalitet sammenlignet med den almindelige befolkning og mennesker med andre medicinske sygdomme. Det har været kernen i nye undersøgelser i Tyskland, Letland og Det Forenede Kongerige, hvis resultater støtter værdien af substitutionsbehandling. Faktorer for dårlig livskvalitet kan også forudsige tilbagefald, især blandt ældre stofbrugere (EONN, 2010d). En ny systematisk gennemgang (De Maeyer et al., 2010) viste, at deltagelse i behandling forbedrede personernes livskvalitet fra de første måneders behandling. Alle substitutionsbehandlingsmuligheder så ud til at være lige effektive med hensyn til at forbedre livskvaliteten, om end personer, der fik ordineret metadon, normalt oplevede forbedringer tidligere (efter omkring en måned) end personer, som fik buprenorfin. I subjektive rapporter var der dog større tilfredshed med buprenorfin end metadon, muligvis fordi man ikke behøver indtage stoffet dagligt. At få gode resultater for livskvalitet er et centralt mål for narkotikabehandlingen, og det kan være gavnligt med yderligere forskning i de tilgængelige substitutionsmuligheders relative effektivitet.



Kapitel 7

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

Indledning

Stofbrug har både direkte og indirekte en række negative sundhedsmæssige og sociale konsekvenser. Problemer ses i uforholdsmæssig grad blandt langvarige brugere af opioider, nogle former for stimulanser og blandt intravenøse stofbrugere. Især brugen af opioiddroger sættes i forbindelse med dødsfald som følge af overdosis, og omfanget af dette problem illustreres af, at Europa i løbet af den sidste halve snes år har oplevet omkring ét overdosisdødsfald hver time. Det er imidlertid også vigtigt at huske på, at kroniske stofbrugere også har langt større risiko for at dø af andre årsager, bl.a. organiske sygdomme, selvmord, ulykker og traumer. Uanset, hvilket stof der bruges, er intravenøs stofbrug fortsat en vigtig vektor for overførsel af smitsomme sygdomme, bl.a. hiv og hepatitis C, og da nogle europæiske lande for nylig har haft nye udbrud af hiv, understreger det betydningen af at opretholde en effektiv indsats for folkesundheden på dette område.

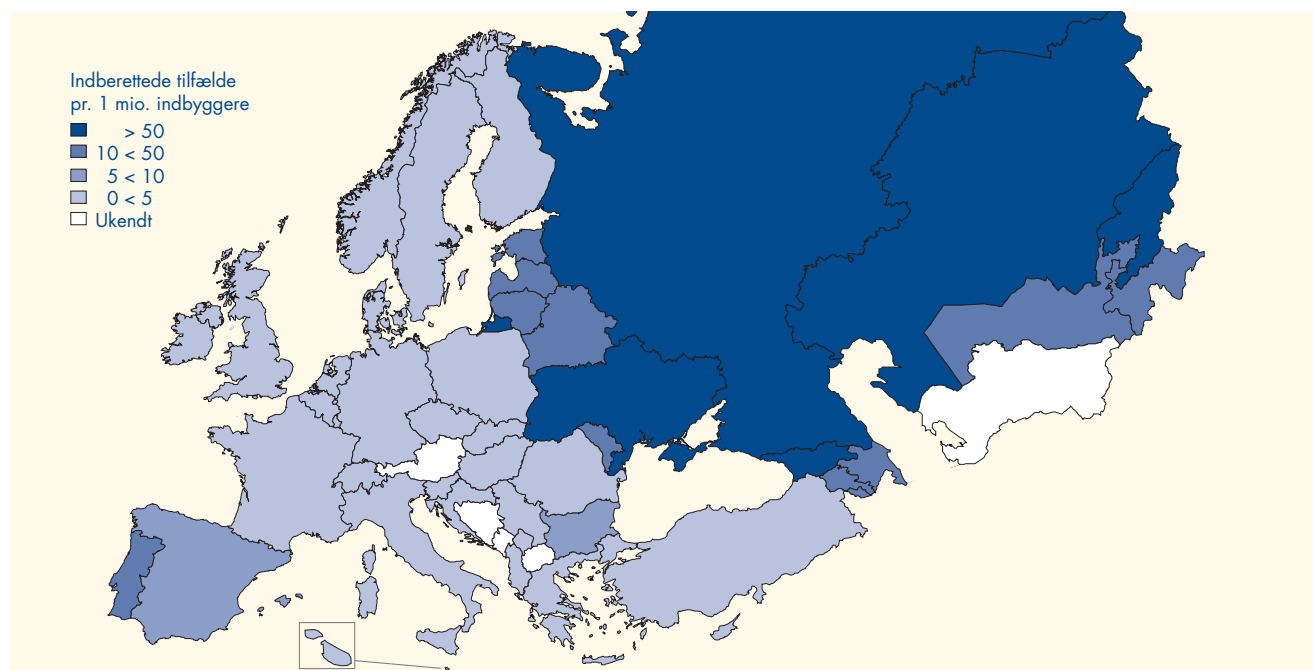
Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

EONN overvåger systematisk infektion med hiv- og hepatitis B- og C-vira blandt intravenøse stofbrugere ⁽¹⁰⁴⁾. Den sygelighed og dødelighed, disse infektioner forårsager, er blandt de alvorligste sundhedsmæssige følger af narkotikabrug. Andre smitsomme sygdomme kan også i uforholdsmæssig grad ramme stofbrugere, bl.a. hepatitis A og D, seksuelt overførte sygdomme, tuberkulose, stivkrampe, botulisme, miltbrand og infektion med humant T-celle lymfotroft virus.

Hiv og aids

Ved udgangen af 2010 er antallet af indberettede nye hivdiagnoser blandt intravenøse stofbrugere fortsat lavt i de fleste EU-lande, og den samlede situation i EU ser positiv ud både i en global og en bredere europæisk sammenhæng (figur 16).

Figur 16: Nydiagnosticerede hivinfektioner hos intravenøse stofbrugere i 2010 i Europa og Centralasien



NB: Farven angiver antal nydiagnosticerede hivtilfælde pr. 1 mio. indbyggere, der tilskrives den risikogruppe af intravenøse stofbrugere, som blev diagnosticeret i 2010. Data for Albanien, Rusland og Tyrkiet er for 2009.
Kilde: ECDC og WHO, 2011.

⁽¹⁰⁴⁾ Se nærmere oplysninger om metoder og definitioner i Statistical bulletin 2012.

Det gennemsnitlige antal nye diagnosticerede tilfælde i de 26 EU-medlemsstater, der kan fremlægge data for 2010, kom ned på 2,54 pr. 1 million indbyggere eller 1 192 nye indberettede tilfælde, hvilket er det hidtil laveste niveau ⁽¹⁰⁵⁾. Det skal sammenlignes med tal på 19,7 pr. 1 million indbyggere i USA (CDC, 2009), 104,3 pr. 1 million indbyggere i Rusland, begge for 2009, og 151,5 pr. 1 million indbyggere i Ukraine i 2010 (ECDC og WHO, 2011). De tilgængelige data om udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere i EU tåler også sammenligning med udbredelsen i nabolandene mod øst ⁽¹⁰⁶⁾, skønt sammenligninger mellem landene bør foretages med forsigtighed på grund af forskelle i undersøgelsesmetoder og -dækning.

Det kan, i det mindste delvis, skyldes den øgede adgang til forebyggelse, behandling og skadesbegrænsende foranstaltninger, herunder substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer. Andre faktorer såsom det fald i intravenøs stofbrug, der er rapporteret om i flere lande, kan også have spillet en vigtig rolle (EONN, 2010e).

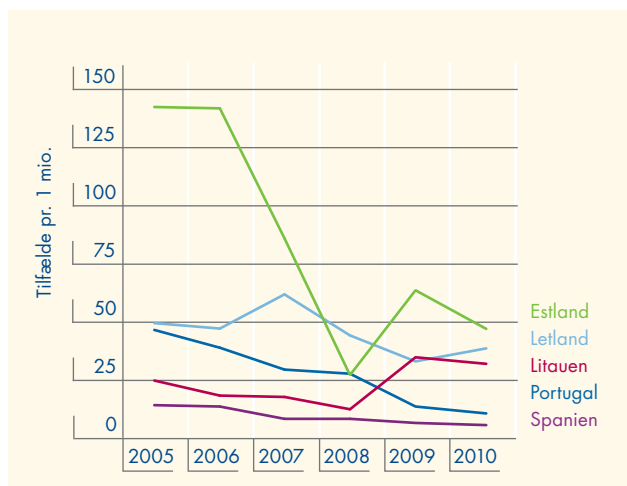
På trods af det alt i alt positive billede tyder nye data på, at hivoverførslen i forbindelse med intravenøs stofbrug fortsatte i 2010, idet især to lande (Grækenland og Rumænien) anførte nye hivudbrud blandt intravenøse stofbrugere i 2011 ⁽¹⁰⁷⁾. Forud for disse udbrud var der i begge lande stigninger i udbredelsen af hepatitis C blandt intravenøse stofbrugere, hvilket tyder på, at stigende HCV-prævalens kan fungere som en tidlig indikator for stigninger i injektionsrisici i intravenøse stofbrugerpopulationer, muligvis før hiv er begyndt at spredes (Vickerman et al., 2010).

Tendenser i hivinfektion

Data om indberettede nye diagnosticerede tilfælde i forbindelse med intravenøs stofbrug for 2010 tyder på, at antallet af infektioner stadig er generelt faldende i EU efter at have toppet i 2001-2002. Af de fem lande, der indberettede de højeste antal nye diagnosticerede infektioner blandt intravenøse stofbrugere mellem 2005 og 2010, fortsatte Spanien og Portugal deres nedadgående tendens, mens bl.a. Letland indberettede en lille stigning (figur 17) ⁽¹⁰⁸⁾.

Disse data er positive, men de skal ses på baggrund af, at der fortsat er mulighed for nye hivudbrud blandt intravenøse stofbrugere i nogle lande. Set i et toårigt perspektiv mellem

Figur 17: Tendenser i nyligt indberettede hivinfektioner hos intravenøse stofbrugere i de fem EU-medlemsstater, som har indberettet de højeste frekvenser



NB: Data indberettet ved udgangen af oktober 2010, se figur INF-2 i Statistical bulletin 2012.

Kilde: ECDC og WHO, 2011.

2008 og 2010 gik de observerede stigninger i Estland fra 26,8 tilfælde pr. 1 million til 46,3 pr. 1 million og i Litauen fra 12,5 tilfælde pr. 1 million til 31,8 pr. 1 million. Bulgarien, der traditionelt har en meget lav infektionsgrad, oplevede også en rekord på 9,7 tilfælde pr. 1 million i 2009, før den faldt igen til 7,4 pr. million i 2010.

Prævalensdata fra stikprøver af intravenøse stofbrugere er tilgængelige fra 25 europæiske lande for perioden 2005-2010 ⁽¹⁰⁹⁾, og skønt forskelle i prøveindsamlingen betyder, at disse oplysninger skal fortolkes med forsigtighed, giver det en supplerende datakilde. I 17 af disse lande forblev skønnene over hivprævalensen uændrede. I 7 (Tyskland, Spanien, Italien, Letland, Polen, Portugal og Norge) viste dataene for hivprævalens et fald. Kun ét land (Bulgarien) meldte om stigende hivprævalens, nemlig i hovedstaden Sofia svarende til stigningen i antallet af nye diagnosticerede infektioner. Stigningerne i hivoverførsel i Grækenland og Rumænien, der blev indberettet i 2011, blev ikke observeret i hivprævalens eller indberettede casedata før 2011. Mulige yderligere tegn på igangværende hivoverførsel blev observeret blandt små stikprøver af unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) i 6 lande — med prævalensniveauer over 5 % i Estland, Frankrig, Letland, Litauen og Polen og stigende prævalens i Bulgarien i perioden 2005-2010.

⁽¹⁰⁵⁾ Der foreligger ikke data for Østrig og Tyrkiet. For EU-medlemsstaterne plus Kroatien, Tyrkiet og Norge var antallet 2,52 tilfælde pr. 1 million indbyggere eller 1 204 nyrapporterede tilfælde i 2010.

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabel INF-1 og INF-108 og figur INF-3 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽¹⁰⁷⁾ Se boksen »Hivudbrud i Grækenland og Rumænien«.

⁽¹⁰⁸⁾ Data for Spanien har ikke national dækning. Den seneste stigning i Estland kan skyldes ændringer i overvågningssystemet siden 2009. Hvor meget er dog uklart.

⁽¹⁰⁹⁾ Der foreligger ikke tendensdata fra Estland, Irland, Frankrig, Nederlandene og Tyrkiet. Se tabel INF-108 i Statistical bulletin 2012.

Aidsincidens og adgang til HAART

Information om incidensen af aids kan være vigtig til at vise nye udbrud af symptomatisk sygdom, selv om det er en dårlig indikator for overførsel af hiv. En høj incidens af aids kan vise, at mange intravenøse stofbrugere, der er inficeret med hiv, ikke modtager højaktiv antiretroviral behandling på et tilstrækkeligt tidligt tidspunkt af deres infektion til at kunne drage maksimal nytte af behandlingen. En samlet oversigt tyder på, at det stadig kan være tilfældet i nogle europæiske lande (Mathers et al., 2010).

Letland er fortsat det land, der melder om den højeste aidsforekomst i forbindelse med intravenøs stofbrug med anslået 27,1 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2010, dvs. en stigning fra 20,8 pr. 1 million året før. En relativt høj forekomst af aids blandt intravenøse stofbrugere indberettes også for Estland (9,7 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere), Portugal (8,3), Litauen (6,0) og Spanien (5,7), skønt tendensen for 2010 var nedadgående for alle disse lande ⁽¹¹⁰⁾.

Hepatitis B og C

Viral hepatitis, især infektion forårsaget af hepatitis C-virus (HCV), er stærkt udbredt hos intravenøse stofbrugere i hele Europa (figur 18). Blandt de nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere i 2009-2010 svingede udbredelsen af HCV-antistoffer fra 14 % til 70 %, idet 7 ud af 11 lande med nationale data (Grækenland, Italien, Cypern, Østrig, Portugal, Finland og Norge) melder om en udbredelse over 40 % ⁽¹¹¹⁾, et niveau, der kan vise, at injektionsrisiciene er tilstrækkelige til hivoverførsel (Vickerman et al., 2010). Prævalensniveauer for HCV-antistoffer på over 40 % blev også anført i de seneste nationale data, som er tilgængelige for Danmark, Luxembourg og Kroatien samt 9 andre lande, der leverede subnationale data (2005-2010). Tjekkiet, Ungarn, Slovenien (alle nationale, 2009-2010) og Tyrkiet (subnationale, 2008) melder om en HCV-udbredelse på under 25 % (5-24 %), om end forekomsten af infektion på det niveau stadig er et betydeligt problem for folkesundheden.

I perioden 2005-2010 blev der rapporteret om faldende HCV-prævalens hos intravenøse stofbrugere på enten nationalt eller subnationalt niveau fra 6 lande, mens 5 andre observerede en stigning (Østrig, Bulgarien, Cypern, Grækenland og Rumænien). Italien rapporterede om et fald på nationalt niveau mellem 2005 og 2009 — senere data foreligger ikke — med stigninger i 3 af de 21 regioner (Abruzzo, Umbria, Valle D'Aosta).

Hivudbrud i Grækenland og Rumænien

I 2011 opsporede tidlige varslingsystemer udbrud af hivoverførsel i Grækenland og Rumænien, hvilket gav anledning til en hurtig indsats i begge lande. Som svar på en opfordring fra Europa-Kommissionen foretog ECDC og EONN en hurtig vurdering af risiciene for yderligere hivudbrud i Europa (EONN og ECDC, 2012).

Antallet af nye diagnosticerede intravenøse stofbrugere, der var smittet med hiv, steg fra 9-19 om året indtil 2010 til 241 tilfælde i 2011 i Grækenland og fra 1-6 tilfælde om året indtil 2012 til 114 tilfælde i 2011 i Rumænien. Selv om disse stigninger skete på baggrund af lave niveauer eller fald i myndighedernes forebyggelsestilbud i Grækenland og Rumænien, kan andre faktorer såsom øget brug af stimulanser også have spillet en rolle.

Som svar på disse udbrud øgede Grækenland dækningen af nåle- og sprøjteprogrammer og narkotikabehandlingskapacitet betydeligt, idet der blev etableret 22 nye opioidsstitutionsenheder inden december 2011.

Den hurtige risikovurderingsrapport tydede på, at muligheden er der, for at lignende udbrud kan forekomme i andre EU-lande i betragtning af de rapporterede stigninger i hepatitis C-infektion (en indikator for injektionsrisiko) og lav dækning af hivforebyggelsestilbud.

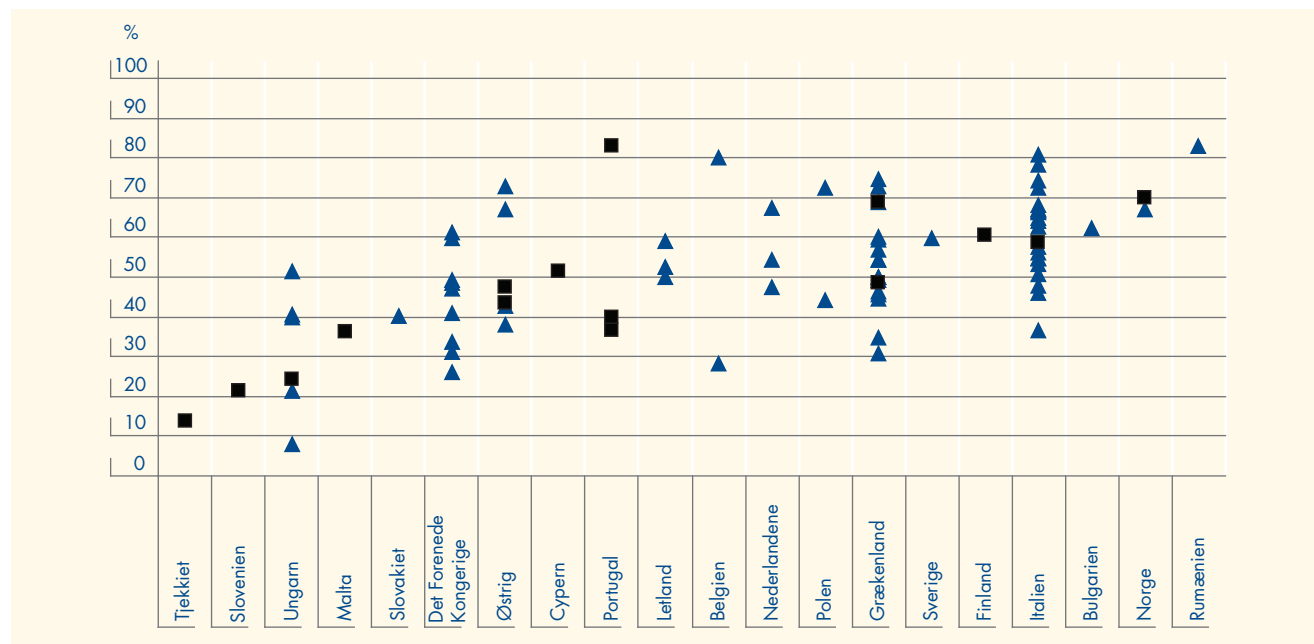
Undersøgelser om unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) tyder på et fald i udbredelsen af HCV på subnationalt niveau i Slovakiet, hvilket kan tyde på faldende smitteoverførsel. Stigninger blandt unge intravenøse stofbrugere blev anført af Bulgarien, Grækenland, Cypern og Østrig, skønt stikprøvestørrelserne i Grækenland, Cypern og Østrig var små. Stigende HCV-prævalens blandt nye intravenøse brugere (der har injiceret stoffer i under to år) blev indberettet i Grækenland (nationalt og i én region) ⁽¹¹²⁾. Selv om det af metodologiske årsager er vanskeligt at fortolke disse undersøgelser, illustrerer de, at mange intravenøse stofbrugere fortsat får virussen tidligt i deres forløb som intravenøse stofbrugere, hvilket tyder på, at tidsvinduet for iværksættelse af HCV-forebyggelsesforanstaltninger ofte kan være lille.

Tendenserne i de anmeldte tilfælde af hepatitis B og C er vanskelige at tolke, da datakvaliteten er ringe. En vis indsigt i epidemiologien i disse infektioner kan man dog få ved at se på andelen af intravenøse stofbrugere blandt alle anmeldte tilfælde, hvor risikofaktorerne er kendte (Wiessing et al., 2008). Beregnet som et gennemsnit i de 16 lande, der har fremlagt data for perioden 2009-2010, tegner intravenøs stofbrug sig for 48 % af alle HCV-tilfælde og 32 % af anmeldte akutte HCV-tilfælde, hvor

⁽¹¹⁰⁾ Se tabel INF-104 (del iii) og figur INF-1 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽¹¹¹⁾ Se tabel INF-2 og INF-111 og figur INF-6 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽¹¹²⁾ Se tabel INF-112 og INF-113 og figur INF-6 (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2012.

Figur 18: Prævalens af HCV-antistoffer blandt intravenøse stofbrugere

NB: Data for årene 2009 og 2010. Sorte firkanter er prøver med national dækning. Blå trekanter er prøver med subnational (lokal eller regional) dækning. Forskelle landene imellem skal fortolkes med forsigtighed på grund af forskelle i miljøtyper og undersøgelsesmetoder; endvidere varierer strategierne for stikprøveudvælgelse i de enkelte lande. Landene er opstillet i rækkefølge efter stigende prævalens baseret på gennemsnittet af nationale data eller, hvis de ikke foreligger, af subnationale data. Se yderligere information i figur INF-6 i Statistical bulletin 2012.

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

risikokategorien er kendt. For hepatitis B repræsenterer intravenøse stofbrugere 6 % af alle anmeldte tilfælde og 12 % af akutte tilfælde. Disse data bekræfter, at intravenøse stofbrugere fortsat udgør en vigtig risikogruppe for viral hepatitisinfektion i Europa (¹¹³).

Andre infektioner

Ud over virusinfektioner er intravenøse stofbrugere sårbare over for bakterielle sygdomme. Udbruddet af miltbrand blandt intravenøse stofbrugere i Europa (se EONN, 2010a) har sat fokus på et aktuelt problem med alvorlig sygdom på grund af sporedannende bakterier blandt intravenøse brugere. En europæisk undersøgelse af fire bakterielle infektioner (botulisme, stivkrampe, Clostridium novyi og miltbrand) viste store niveauvariationer hos intravenøse stofbrugere landene imellem i 2000-2009 med en uforklaret koncentration af indberettede tilfælde i det nordvestlige Europa: Irland, Det Forenede Kongerige og Norge (Hope et al., 2012).

I Europa er tuberkulose (en bakteriesygdom, der normalt angriber lungerne) fortrinsvis koncentreret i højrisikogrupper såsom migranter, hjemløse, stofbrugere og indsatte. Hvis man er hivpositiv, øger det risikoen for at udvikle sygdommen med en faktor på 20-30 (WHO, 2010). Data om udbredelsen af tuberkulose i udbrud

blandt stofbrugere i behandling foreligger fra fem lande, hvor den svinger fra 0 (Østrig, Slovakiet) til 3,1 % (Litauen) med mellemniveauer i Grækenland (0-0,5 %) og Portugal (0,1-1 %). Endvidere anførte Norge, at tilfældene er »meget sjældne«. Endvidere anfører fire lande andelen af »stofbrugere« blandt nye tilfælde af tuberkulose med kendte oplysninger om risikofaktoren i 2010: 0,9 % i Ungarn, 1,2 % i Belgien (intravenøse stofbrugere), 3,3 % i Det Forenede Kongerige (England og Wales, problematiske stofbrugere) og 5,9 % i Letland.

Forebyggelse af og tiltag over for smitsomme sygdomme

Forebyggelse af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere er et vigtigt mål for folkesundheden i EU og indgår i de fleste medlemsstaters narkotikapolitikker. Landene sigter mod at forebygge og kontrollere spredningen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere gennem en kombination af metoder, bl.a.: tilbud om sterilt injektionsudstyr, vaccination, test for og behandling af infektioner samt narkotikabehandling, især opioidsstitutionsbehandling. Desuden stiller opsøgende tjenester eller lavtærskelcentre information, uddannelse og adfærdsforanstaltninger til rådighed. Disse foranstaltninger er blevet fremmet af EU-institutionerne som kernetiltag

⁽¹¹³⁾ Se tabel INF-105 og INF-106 i Statistical bulletin 2012.

for forebyggelsen af hiv og hepatitis samt behandling og støtte til intravenøse stofbrugere (ECDC og EONN, 2011).

Foranstaltninger

Det er blevet bekræftet i flere undersøgelser og oversigter, at opioidsubstitutionsbehandling virker, når det gælder om at nedbringe hivoverførsel og selvrapporteret intravenøs risikoadfærd. Der er stadig mere dokumentation for, at kombinationen af opioidsubstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer er mere effektiv til at reducere udbredelsen af hiv og HCV og intravenøs risikoadfærd end hver metode alene (ECDC og EONN, 2011).

I Europa er tilgængeligheden og dækningen af nåle- og sprøjteprogrammer stigende. Af de 30 lande, der svarede på en undersøgelse i 2011, anfører 26 nemlig nåle- og sprøjteprogrammer som en prioritet sammenlignet med 23 lande i 2008. I Sverige, hvor man har haft nålebytningsprogrammer siden 1986, men kun i Skåne, skulle et nyt program i Stockholm åbne i 2011. Selv om eksperter alt i alt mener, at de nuværende sprøjtebudsniveauer opfylder flertallet af intravenøse stofbrugeres behov i to tredjedele af de europæiske lande, anførte nationale eksperter i fem lande, at gratis sterile sprøjter og andet rent narkotikainjektionsudstyr kun var tilgængeligt for et mindretal af intravenøse stofbrugere. Ikke desto mindre steg antallet af lande, der meldte om fuldstændig eller omfattende dækning af nåle- og sprøjteprogrammer, i perioden 2008-2011 med en tredjedel, fra 15 til 20.

Information om, hvor mange sprøjter der blev uddelt af specialiserede programmer i 2005 og 2010, foreligger for 22 EU-lande og Norge ⁽¹¹⁴⁾. I denne delmængde af lande blev der observeret en stor stigning i antallet af uddelte sprøjter, fra 34,5 millioner i 2005 til over 51 millioner i 2010 (37 %). Denne samlede stigning kan dække over delregionale tendenser. I de 10 lande, for hvilke der foreligger pålidelige skøn over intravenøs stofbrug, svarer antallet af sprøjter uddelt af specialiserede programmer i 2010 til 110 sprøjter pr. intravenøs stofbruger ⁽¹¹⁵⁾.

I Europa modtager kun få aktive intravenøse stofbrugere antiviral behandling mod hepatitis C. Potentialet i at udvide strategierne for behandling af hepatitis C blandt intravenøse stofbrugere ses dog i fremskridtene med behandlingen af sygdommen ⁽¹¹⁶⁾ og et voksende dokumentationsgrundlag for, at den virker blandt intravenøse stofbrugere, bl.a. modelundersøgelser, som tyder på, at det er muligt at reducere overførslen af virus (Martin et al., 2011).

Frivillig rådgivning kombineret med fortrolig testning identificeres af nationale eksperter som prioriteter i tiltag mod hepatitis C hos intravenøse stofbrugere i 19 lande. Siden 2008 er der sket en stigning på over 50 % i antallet af lande, hvor eksperter anfører tilstrækkelig HCV-testningsdækning, og en mindre stigning i antallet af lande, der anfører, at mindst halvdelen af målpopulationen får rådgivning om risikoen for smitsom sygdom. Blandt intravenøse stofbrugere, der deltog i Unlinked Anonymous Monitoring-undersøgelsen i England i 2010, anførte 83 %, at de havde fået foretaget en frivillig fortrolig HCV-test sammenlignet med 49 % i 2000. Endvidere var 55 % af de HCV-smittede klar over deres status i 2010 sammenlignet med 40 % i 2000 (HPA, 2011). I Budapest blev et unikt skadesbegrænsningsprogram iværksat i 2010, hvor kvindelige opsøgende hjælpearbejdere tilbød hiv- og hepatitis B- og C-test målrettet kvinder, der injicerer stoffer eller har forbindelse til intravenøse stofbrugere.

I modsætning til HCV findes der en sikker og effektiv vaccine, der kan forebygge spredning af hepatitis B-virus (HBV). I øjeblikket indgår hepatitis B i nationale vaccinationsprogrammer i 25 europæiske lande, og 16 anfører, at der findes specifikke HBV-vaccinationsprogrammer for intravenøse stofbrugere ⁽¹¹⁷⁾.

Hepatitis C-behandling til intravenøse stofbrugere: nye lægemidler

Patienter med kronisk hepatitis C-virusinfektion (HCV), herunder intravenøse stofbrugere, kan behandles ved hjælp af farmakologisk terapi.

Pegyleret interferon (peg-IFN) alpha-2a og alpha-2b, der først blev indført i 2001, er blevet standardbehandling for kronisk hepatitis C. I Europa er disse to former for peg-IFN godkendt til brug med forskellige doser oral ribavirin (afhængigt af HCV-genotypen) og med lidt forskellige dosisanbefalinger. Peg-IFN alfa plus ribavirin anses for at være den bedste tilgængelige behandling. Den har vist sig at være effektiv hos mindst 50 % de behandlede (Rosen, 2011), og der er opnået tilsvarende responstal hos HCV-smittede intravenøse stofbrugere (Hellard et al., 2009). Patienter bevarer efter en vellykket behandling en lav viral belastning i flere måneder efter behandlingen og kan have en rimelig livskvalitet, forudsat at de opretholder en sund livsstil. Den kombinerede terapi kan imidlertid være giftig, og det er delvis for at overvinde bivirkningerne, men også for at styrke den eksisterende HCV-behandling, at forskere undersøger andre terapeutiske strategier. De tiltag, der undersøges, omfatter proteaseinhibitorerne telaprevir og boceprevir, som blev godkendt i USA i 2011 efter positive resultater i kliniske forsøg (Rosen, 2011).

⁽¹¹⁴⁾ Se tabel HSR-5 (del i) og (del ii) i Statistical bulletin 2012.

⁽¹¹⁵⁾ Se figur HSR-3 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹¹⁶⁾ Se boksen »Hepatitis C-behandling til intravenøse stofbrugere: nye lægemidler«.

⁽¹¹⁷⁾ Se tabel HSR-6 i Statistical bulletin 2012.

Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed

Stofbrug er en af de vigtigste årsager til sundhedsproblemer og død blandt unge i Europa. Dødelighed i forbindelse med stofbrug omfatter dødsfald forårsaget direkte eller indirekte af brugen af stoffer. Dette omfatter dødsfald af overdoser (narkotikaforårsagede dødsfald), hiv/aids, ulykker, vold, selvmord og kroniske helbredsproblemer forårsaget af gentagen brug af stoffer ⁽¹¹⁸⁾. Sådanne dødsfald er især koncentreret blandt problematiske stofbrugere, om end nogle (f.eks. trafikulykker) forekommer blandt lejlighedsvis brugere.

Den samlede narkotikarelaterede dødelighed kan anslås på forskellige måder, f.eks. ved at kombinere data fra kohorteundersøgelser af dødelighed med skøn over udbredelsen af stofbrug. En anden metode er at benytte eksisterende generelle dødelighedsstatistikker og vurdere den andel, der er relateret til stofbrug. Kohorteundersøgelser af dødelighed følger de samme grupper af problematiske stofbrugere over tid og bruges gennem kobling til dødelighedsregistre til at forsøge at afdække de dødsårsager, der forekommer i gruppen. Med denne type undersøgelse kan man fastslå alle de samlede og årsagsspecifikke dødelighedstal for kohorten og kan anslå gruppens overdødelighed i forhold til den almindelige befolkning ⁽¹¹⁹⁾.

Afhængigt af rekrutteringsbaggrunden (f.eks. narkotikabehandlingscentre) og kriterier for medtagelse (f.eks. intravenøse stofbrugere, heroinbrugere) viser de fleste kohorteundersøgelser en dødelighed på 1-2 % om året blandt problematiske stofbrugere. På baggrund af en analyse af data fra over 30 kohorteundersøgelser, der fulgte patienter indtil 2010, blev det anslået, at mellem 10 000 og 20 000 opioidbrugere dør hvert år i Europa (EONN, 2011c). Typisk er den årlige dødelighed mellem 10 og 20 pr. 1 000 personår, hvilket er en overdødelighed, der ligger 10-20 gange over det forventede. De fleste dødsfald forekommer blandt mænd i midten af trediverne. Der kan identificeres fire brede kategorier af dødsårsager, nemlig overdoser, sygdomme, selvmord og traumer. Den relative betydning af dødsårsagerne varierer på tværs af befolkninger, fra land til land og over tid. Generelt er den vigtigste og mest veldokumenterede dødsårsag blandt problematiske stofbrugere i Europa dog overdosis.

Narkotikaforårsagede dødsfald

De seneste skøn tyder på, at der var omkring 7 000 tilfælde af overdosis eller narkotikaforårsagede dødsfald i 2010 i EU-medlemsstaterne og Norge, hvilket viser et fald i forhold til de over 7 600, der blev indberettet i 2009 ⁽¹²⁰⁾. Tallene er sandsynligvis konservative, eftersom nationale data kan være påvirket af underrapportering eller underberegning af narkotikaforårsagede dødsfald. I løbet af perioden 1996-2009 indberettede EU-medlemsstaterne og Norge hvert år mellem 6 300 og 8 400 narkotikaforårsagede dødsfald. I 2009, som er det seneste år, for hvilket der foreligger data for næsten alle lande, blev over halvdelen af alle rapporterede narkotikaforårsagede dødsfald tilskrevet to lande, Tyskland og Det Forenede Kongerige.

For 2010 anslås den gennemsnitlige dødelighed i EU på grund af overdoser til 20 dødsfald pr. 1 million indbyggere i alderen 15-64 år med betydelige forskelle mellem landene. Tal på over 20 dødsfald pr. 1 million findes i 14 af 30 europæiske lande og over 40 dødsfald pr. 1 million i 7 lande.

Dødsfald i forbindelse med opioider

Heroin

Opioider, hovedsageligt heroin eller metabolitter heraf, er til stede i de fleste tilfælde af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes i EU. I de 23 lande, der leverede data i 2009 eller 2010, tegnede opioider sig for det store flertal af alle tilfælde, idet 15 lande indberettede andele på 80 % eller derover, heraf lå 6 over 90 %. Stoffer, som ofte findes ud over heroin, omfatter alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i nogle lande kokain. Dette tyder på, at en betydelig andel af alle narkotikaforårsagede dødsfald forekommer i forbindelse med blandingsbrug.

De fleste, der dør som følge af en overdosis i Europa, er mænd (i alt 81 %) ⁽¹²¹⁾. Mønstrene er forskellige fra land til land, idet der indberettes en højere andel af mænd i de sydlige lande (Grækenland, Italien, Portugal, Rumænien, Kroatien) og i Estland, Letland og Litauen samt i Tyrkiet. I de medlemsstater, der har tilsluttet sig EU siden 2004, er det også mere sandsynligt, at narkotikaforårsagede dødsfald forekommer blandt mænd og yngre mennesker.

⁽¹¹⁸⁾ Se udvalgt tema fra 2011 om dødelighed i forbindelse med narkotikabrug.

⁽¹¹⁹⁾ For oplysninger om kohorteundersøgelser af dødelighed se Key indicators på EONN's websted.

⁽¹²⁰⁾ Det europæiske skøn er baseret på data fra 2010 for 20 af de 27 EU-medlemsstater og data fra 2009 fra 7 andre og Norge. Belgien er ikke med, da der ikke er tilgængelige data. Se yderligere oplysninger i tabel DRD-2 (del i) i Statistical bulletin 2012.

⁽¹²¹⁾ Da de fleste af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes til EONN, er opioidoverdoser (primært heroin), bruges de generelle træk ved de indberettede narkotikaforårsagede dødsfald til at beskrive og analysere dødsfald i forbindelse med heroinbrug. Se figur DRD-1 i Statistical bulletin 2012.

Danmark, Spanien, Nederlandene og Norge melder om højere andele af ældre tilfælde. I de fleste lande er personer, der dør af en heroinoverdosis, gennemsnitligt midt i trediverne, og i mange lande er alderen stigende. Det tyder på en stabilisering eller et fald i antallet af unge heroinbrugere og en aldrende kohorte af problematiske opioidbrugere. Samlet set sker 11 % af de overdosisdødsfald, der indberettes i Europa, blandt personer under 25 år og 57 % blandt personer på 35 år og derover ⁽¹²²⁾.

En række faktorer sættes i forbindelse med dødelige og ikkedødelige heroinoverdoser. Blandt disse finder man injektion, samtidig brug af andre stoffer, navnlig alkohol og benzodiazepiner, comorbiditet, tidligere tilfælde af overdoser, det forhold, at man ikke er i narkotikabehandling, og hjemløshed. Tiden umiddelbart efter løsladelse fra fængsel eller afsluttet narkotikabehandling er en særlig højrisikoperiode for overdoser, som det fremgår af en række længdesnitsundersøgelser (EONN, 2011c). Der er også øget dødsrisiko, hvis man er alene på tidspunktet for overdosen.

Andre opioider

Ud over heroin finder man en række andre opioider i toksikologiske rapporter, bl.a. metadon (EONN, 2011a) og — sjældnere — buprenorphin ⁽¹²³⁾. Der er voksende international bekymring (især i Australien, Canada og USA) for dødsfald i forbindelse med misbrug af ordinerede smertestillende midler såsom oxycodon. Selv om der i Europa fortsat er begrænset dokumentation for dødsfald som følge af brug af ordinerede opioider smertestillende midler, har der været »udbrud« af overdoser i forbindelse med syntetiske opioider såsom ulovligt fremstillet 3-methylfentanyl i Estland i de senere år, hvilket peger på behovet for nøje at overvåge ændringer i de stofbrugsmønstre, som kan sættes i forbindelse med øgede dødelighedsrisici.

Dødsfald i forbindelse med andre stoffer

Dødsfald forårsaget af akut kokainforgiftning ser ud til at være forholdsvis sjældne, og kokain identificeres meget sjældent som det eneste stof, der bidrager til et narkotikaforårsaget dødsfald. Men da kokainoverdoser er mere vanskelige at definere og afdække end dødsfald i forbindelse med opioider, kan de være underrapporteret (se kapitel 5).

I 2010 blev der indberettet omkring 640 kokainrelaterede dødsfald i 16 lande. På grund af den begrænsede sammenlignelighed i de tilgængelige data er det vanskeligt at beskrive tendensen i Europa. De seneste data for Spanien og Det Forenede Kongerige, som er de to lande, der har de højeste kokainprævalensniveauer, bekræfter et fald i antallet af dødsfald i forbindelse med stoffet, som har været observeret siden 2008.

Dødsfald, hvor andre stimulanser end kokain er til stede, såsom amfetaminer og ecstasy (MDMA), indberettes sjældent, og i mange af disse tilfælde er stoffet ikke blevet identificeret som den direkte dødsårsag ⁽¹²⁴⁾. Tilgængeligheden af psykoaktive stoffer, som i øjeblikket ikke er kontrolleret, er også i medier og toksikologiske rapporter sat i forbindelse med narkotikarelaterede dødsfald, skønt overvågningen på dette område er vanskelig. Dødsfald i forbindelse med cathinoner, bl.a. mephedron og MDPV, er blevet indberettet, men ikke i store tal. Nogle dødsfald har også været knyttet til andre nye stoffer — et eksempel herpå er 4-methylamfetamin — hvor data om dødeligheden fik EONN og Europol til at iværksætte en vurdering på EU-niveau ⁽¹²⁵⁾.

Tendenser i narkotikaforårsagede dødsfald

Antallet af narkotikaforårsagede dødsfald steg stejl i Europa i løbet af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne sideløbende med stigningen i heroinbrug og intravenøs stofbrug og forblev herefter på et højt niveau ⁽¹²⁶⁾. Fra 2000 til 2003 indberettede de fleste EU-medlemsstater et fald. Det blev fulgt af en stigning fra 2003 til 2008-2009, hvor niveauet stabiliserede sig. Foreløbige data for 2010 tyder på et samlet tal under tallet for 2009, idet der er indberettet et fortsat fald i antal dødsfald i Tyskland, Spanien, Italien, Nederlandene, Østrig, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet.

Et flertal af lande med en dødelighed over gennemsnittet i 2010 ligger i Nordeuropa, mens mange af landene med en dødelighed under det europæiske gennemsnit ligger i Sydeuropa. I figur 19 vises data for et udvalg af lande, som tilsluttede sig EU før 2004, samt Norge. På grund af metodologiske forskelle skal der udvises forsigtighed ved sammenligning af landene.

Det er vanskeligere at vurdere tendenserne i de nyere EU-medlemsstater og kandidatlandene, da antallet af indberettede dødsfald er lille, og forbedringer i indberetningskapaciteten kan reducere dataenes sammenlignelighed over tid. På trods af disse vanskeligheder er der observeret en stigning

⁽¹²²⁾ Se figur DRD-2 og DRD-3 og tabel DRD-1 (del i) i Statistical bulletin 2012.

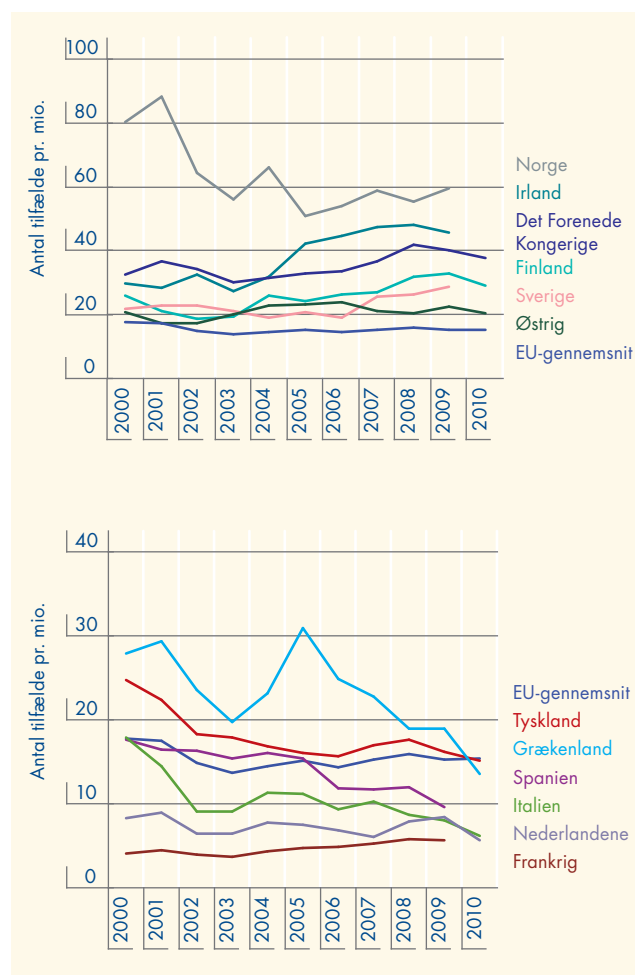
⁽¹²³⁾ Se tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹²⁴⁾ Oplysninger om dødsfald relateret til andre stoffer end heroin findes i tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹²⁵⁾ Se mere information om nye stoffer og det europæiske tidlige varslingsystem i kapitel 8.

⁽¹²⁶⁾ Se figur DRD-8 og DRD-11 i Statistical bulletin 2012.

Figur 19: Tendenser i dødelighed blandt den almene befolkning på grund af narkotikaforårsagede dødsfald i et udvalg af EU-lande, der blev medlemmer før 2004, og Norge — lande med dødelighed over EU-gennemsnittet i 2010 (øverst) og under EU-gennemsnittet (nederst)



NB: EU-gennemsnittet er beregnet for de 27 EU-medlemsstater og Norge. Tallet for 2010 er foreløbigt, da der kun forelå data for 20 lande. Data er medtaget for Norge og de lande, der blev medlemmer af EU før 2004, hvis de har indberettet over 100 narkotikaforårsagede dødsfald i det seneste år.

i dødelighed i forbindelse med narkotikaforårsagede dødsfald i Estland og, i mindre grad, i Tjekkiet, Ungarn, Litauen, Kroatien og Tyrkiet.

Det er vanskeligt at forklare det fortsat høje antal indberettede narkotikaforårsagede dødsfald i nogle lande, især fordi der er tegn på fald i intravenøs stofbrug og stigninger i antallet af opioidbrugere, som er i kontakt med behandlings- og skadesbegrænsningstjenester. Mulige forklaringer kan være stigninger i blandingsbrug (EONN, 2009b) eller højrisikoadfærd, stigninger i antallet af tilbagefald blandt opioidbrugere, der har afsluttet en fængselsstraf eller et behandlingsforløb, samt en gruppe af ældre, mere sårbare stofbrugere.

Dødsfald, der er indirekte relateret til stofbrug

Ved at kombinere eksisterende data fra Eurostat og hiv/aids-overvågningen har EONN anslået, at ca. 1 830 mennesker i EU døde af hiv/aids som følge af stofbrug i 2009 (¹²⁷), idet 90 % af disse dødsfald skete i Spanien, Frankrig, Italien og Portugal. Blandt lande med en anslået dødelighed langt over de øvrige lande faldt dødeligheden på grund af hiv/aids, der blev tilskrevet intravenøs stofbrug, i Spanien, Italien og Portugal, men steg i Letland og Litauen i forhold til 2008. De nyligt indberettede udbrud af hivtilfælde blandt intravenøse stofbrugere i Grækenland og Rumænien (EONN og ECDC, 2012) vil skulle overvåges nøje med hensyn til patientpleje og omfanget af de hiv/aidsrelaterede dødsfald.

Andre sygdomme, som også tegner sig for en del af dødsfaldene blandt stofbrugere, er kroniske lidelser som leversygdomme, især på grund af infektion med hepatitis C-virus (HCV) og ofte forværret af massiv alkoholbrug og samtidig hivinfektion. Følgerne af HCV-infektion kan være særdeles alvorlige for stofbrugere, da dokumentation tyder på, at det kan fordoble deres risiko for narkotikarelateret død og være årsag til den høje risiko for narkotikarelateret død blandt ældre stofbrugere (Merrall et al., 2012). Dødsfald forårsaget af andre smitsomme sygdomme er sjældnere. Der har været langt mindre opmærksomhed om årsager til dødsfald blandt stofbrugere, såsom selvmord og traume samt manddrab, trods tegn på, at de har en betydelig indvirkning på dødeligheden.

Mens den langsigtede tendens for hivrelateret dødelighed blandt stofbrugere er nedadgående, har andre dødsårsager ikke vist mange tegn på at være faldet i de seneste år, selv om behandlingen er blevet optrappet, især opioidsstitutionsbehandling og andre tilbud. En række indbyrdes forbundne faktorer kan bidrage til at forklare dette vanskelige problem. Ud over de tidligere nævnte faktorer, specielt vedrørende risikofaktorer for narkotikaforårsagede dødsfald, omfatter de: brug af alkohol og andre stoffer, høj sygelighed, comorbiditet, social udstødelse og marginalisering. Der er brug for flere bestræbelser for bedre at forstå og målrette både direkte og indirekte faktorer i tilknytning til dødeligheden blandt problematiske stofbrugere, hvis denne store sundhedsmæssige kostning i forbindelse med stofbrug skal reduceres i Europa.

Nedbringelse af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

Det er en central politisk prioritering at nedbringe tabet af liv på grund af stofbrug i flertallet af europæiske lande, idet 16 anfører, at det er kernen i deres nationale eller

(¹²⁷) Se tabel DRD-5 (del iii) i Statistical bulletin 2012.

regionale narkotikapolitiske dokumenter, eller at det er emnet for en særlig handlingsplan. I nogle af de øvrige europæiske lande, såsom Østrig og Norge, har stigninger i antallet af narkotikarelaterede dødsfald i de foregående år øget bevidstheden om behovet for en forbedret indsats.

Det mindsker dødsrisikoen for stofbrugere betydeligt, hvis de er i narkotikabehandling, og på grund af den bedre farmakologiske sikkerhedsprofil er buprenorfin det anbefalede lægemiddel til opioidvedligeholdelse i nogle lande ⁽¹²⁸⁾. Der er givet markedsføringstilladelse til en kombination af buprenorfin og naloxon ⁽¹²⁹⁾ i halvdelen af de europæiske lande ⁽¹³⁰⁾. Betydelige risici er også identificeret i forbindelse med stoftolerance for narkotikabrugere, som påbegynder eller går ud af behandling. Undersøgelser viser, at risikoen for narkotikaforårsaget død ved tilbagefald efter behandling eller i ugerne efter løsladelse fra fængsel øges betydeligt.

Sammen med en forbedret adgang til narkotikabehandling omfatter andre tiltag til at mindske risici blandt stofbrugere tilbud om uddannelse og information om risikoen for overdosis. Overdosisundervisning kombineret med en dosis naloxon til hjemmebrug er en foranstaltning, der kan forhindre dødsfald som følge af opioidoverdosis. I 2011 anførte to tredjedele af de europæiske lande, at ambulancefolk er uddannet i brug af naloxon, og i lige over halvdelen af landene anføres det, at naloxon er et af de standardlægemidler, ambulancerne har med. Kun Italien, Rumænien og Det Forenede Kongerige anfører, at der findes fællesskabsbaserede skadesbegrænsningsprogrammer, som udleverer naloxon til hjemmebrug til opioidbrugere, deres familiemedlemmer og plejere. Der er fortsat juridiske barrierer i andre europæiske lande, bl.a. Estland, som har den højeste narkotikarelaterede dødelighed blandt voksne (15-64 år) i EU. Imidlertid blev det påvist i Det

Forenede Kongerige, at sundhedsfagligt personale, bl.a. socialarbejdere, med minimal uddannelse kan øge deres viden, færdigheder og tillid til at styre en opioidoverdosis og indgive naloxon (Mayet et al., 2011).

Flertallet af lande melder om uddeling af information om risiko for overdosis — ofte på flere sprog for at nå vandrende stofbrugere — gennem specialiserede narkotikacentre og websteder, og i den seneste tid også gennem telefonmeddelelser og e-post. Mellem 2008 og 2011 meldte yderligere tre lande om fuldstændig eller omfattende dækning med hensyn til informationsmaterialer om overdosisrisiko.

Der kan også være brug for ekstra omsorg og støtte for at opfylde behovene hos sårbare grupper af stofbrugere såsom HCV-smittede og ældre stofbrugere. En vurdering af risikoen for overdosis udført af uddannede social- eller sundhedsarbejdere kan medvirke til en tidlig identificering af højrisikopersoner og kan potentielt fungere som en katalysator for skadesbegrænsningen. Selv om nationale eksperter anfører, at der er tilstrækkelige tilbud om vurdering af risikoen for overdosis til at opfylde de fleste opioidbrugeres behov i under halvdelen af de europæiske lande, er der sket en markant stigning (44 %) mellem 2008 og 2011.

Særdeles målrettede tiltag såsom overvågede fixerum når ud til bestemte subgrupper af stærkt marginaliserede stofbrugere og bidrager til at mindske sygelighed og dødelighed. I Danmark etablerede en privat organisation i 2011 et mobilt fixerum med lægetilsyn i København for at skabe et sikrere injektionsmiljø ⁽¹³¹⁾. På samme måde som de overvågede fixerum i Tyskland, Spanien, Luxembourg, Nederlandene og Norge er det nye fixerum i Danmark udstyret, så virkningen af ikkedødelige overdoser kan begrænses.

⁽¹²⁸⁾ Se behandlingsretningslinjer på Portalen for bedste praksis.

⁽¹²⁹⁾ Naloxon modvirker virkningerne af opioider og bruges ofte på hospitaler og skadestuer.

⁽¹³⁰⁾ Se Table HSR-1 i Statistical bulletin 2012.

⁽¹³¹⁾ Se yderligere oplysninger på webstedet Mobile Fixerum.



Kapitel 8

Nye stoffer og nye tendenser

Indledning

I Europa og på verdensplan tiltrækker nye stoffer og nye stofbrugsmønstre sig stigende politisk, mediemæssig og offentlig opmærksomhed. Dette skyldes til dels den kommunikationsteknologiske udvikling, som har påvirket alle sider af det moderne liv, bl.a. nu narkotikamarkedets karakter og forbrugerefterspørgslen. På denne hastigt skiftende baggrund er tilbud om rettidig og objektiv information om nye stoffer og nye tendenser blevet stadig vigtigere. Det europæiske svar herpå bygger på et tidligt varslingsnet, som benytter information fra en række kilder, bl.a. retsvidenskab, undersøgelser, internetovervågning og data fra skadestuer.

Indsats over for nye stoffer

Den Europæiske Unions system for tidlig varsling rummer en mekanisme for hurtig reaktion på fremkomsten af nye psykoaktive stoffer. Efter en revision af systemet i 2011 arbejder Europa-Kommissionen på et nyt instrument, der skal erstatte Rådets afgørelse 2005/387/RIA ⁽¹³²⁾.

Nye psykoaktive stoffer

Mellem 2005 og 2011 blev der formelt anmeldt over 164 nye psykoaktive stoffer gennem det tidlige varslingsystem. I 2011 blev der for tredje år i træk og for første gang i Europa opsporet et rekordhøjt antal stoffer (49), hvilket er en stigning fra 41 stoffer i 2010 og 24 i 2009.

Denne markante stigning i antallet af anmeldte stoffer sker i forbindelse med et »legal high«-fænomen i stadig udvikling og afspejler både antallet af stoffer, som er blevet lanceret på det europæiske narkotikamarked, og de nationale tidlige varslingssystemers forbedrede indberetningskapacitet. Tilstedeværelsen af nogle af disse nye stoffer på markedet er påvist igennem testkøb af »legal high«-produkter på internettet og i specialbutikker. I de fleste tilfælde blev de dog opsporet gennem retsvidenskabelig analyse af beslaglæggelser. Der blev ikke indberettet nogen første identifikationer i biologiske prøver (blod, urin) i 2010 eller

Diskussion om nye stoffer: nye psykoaktive stoffer eller »legal highs«?

Der benyttes en række termer til at beskrive nye stoffer, og nogle af EONN's definitioner på almindeligt brugte begreber anføres nedenfor.

I forbindelse med EU's tidlige varslingsystem **defineres et nyt psykoaktivt stof** som et narkotisk stof eller et nyt psykotropt stof, der ikke er blevet opført på listen under FN's narkotikakontrolkonventioner fra 1961 og 1971, og som kan udgøre en trussel mod folkesundheden i lighed med de deri opførte stoffer ⁽¹⁾.

Udtrykket »designer drug« kom frem i 1980'erne, samtidig med at sammensætninger af »ecstasy« (MDMA og andre) dukkede op på det ulovlige narkotikamarked. Det henviser til uregulerede psykoaktive stoffer, som er designet til at efterligne virkningerne af kontrollerede stoffer ved at ændre lidt på deres kemiske struktur med henblik på at omgå eksisterende kontroller. Udtrykket antydede, at disse stoffer typisk fremstilles af kemiske prækursorer på et hemmeligt laboratorium.

EONN definerer »legal highs« som et paraplyudtryk for uregulerede psykoaktive stoffer eller produkter, som hævdes at indeholde sådanne, og som specifikt har til formål at efterligne virkningerne af kontrollerede stoffer. Udtrykket omfatter en bred vifte af syntetiske og plantederiverede stoffer, der normalt sælges på internettet eller i smartshopper eller headshopper. At beskrive disse stoffer som »legal« (lovlige) kan være ukorrekt eller vildledende, da nogle produkter kan indeholde stoffer, der kontrolleres i henhold til narkotikalovgivning, mens andre kan være dækket af lægemiddel- eller fødevarer sikkerhedslove (EONN, 2011a).

Et andet benyttet udtryk er »herbal highs«, som understreger et produkts påståede naturlige oprindelse.

For at omgå forbruger- og markedsføringsbestemmelser sælges nye psykoaktive stoffer også under forskellige produktmærker såsom »research chemicals«, »badesalt« og »plantegødning«.

⁽¹⁾ Rådets afgørelse 2005/387/RIA indeholder en retligt bindende definition af de stoffer, den dækker.

⁽¹³²⁾ Rådets afgørelse 2005/387/RIA om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer. Den Europæiske Unions Tidende L 127 af 20.5.2005.

2011, hvorimod en fjerdedel af de stoffer, som blev anmeldt i 2009, blev sporet i biologiske prøver.

Som i 2010 var omkring to tredjedele af de nye stoffer, der blev anmeldt i 2011, syntetiske cannabinoider eller syntetiske cathinoner. Disse to grupper udgør også to tredjedele af alle nye stoffer, som er blevet indberettet til det tidlige varslingsystem siden 2005 (EONN og Europol, 2011). Syntetiske cannabinoider er den største af de seks forskellige overvågede grupper (se figur 20). En række lægemidler (f.eks. fenazepam og etizolam), metabolitter eller medicinprækursorer (5-hydroxytryptophan) samt stoffer baseret på lægemidler (f.eks. amfetamin — et derivat af fencamfamin) bliver også overvåget. Et eksempel herpå er methoxetamin, et ketaminderivat, der blev indberettet i 2010 og aktivt overvåget af det tidlige varslingsystem. Det er et stof med potentiale for akut (Wood et al., 2012a) og kronisk toksicitet i lighed med, hvad der ses for ketamin.

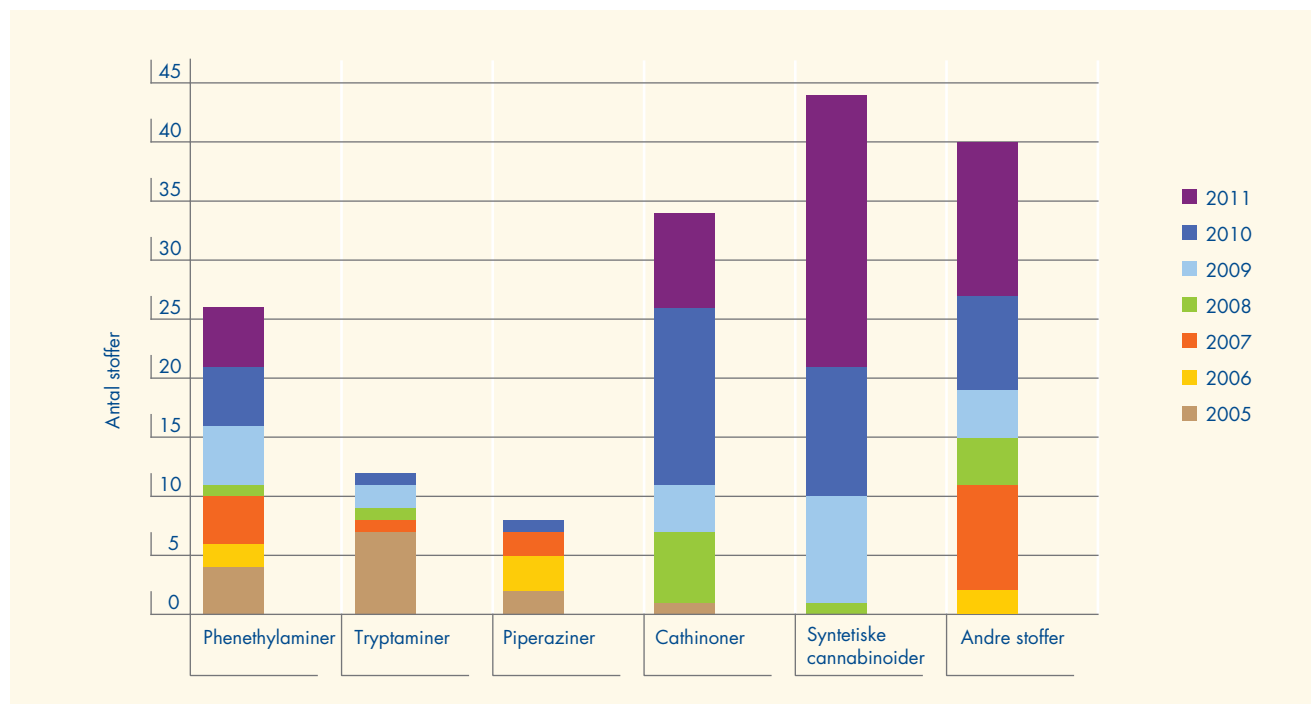
Produktion og udbud af nye stoffer

De fleste nye psykoaktive stoffer, der dukker op på det ulovlige narkotikamarked i Europa, siges at være syntetiseret uden for Europa, hvor Kina og i mindre grad Indien identificeres som de primære kildelande. De europæiske

retshåndhævende myndigheder har afdækket faciliteter til import, blanding og pakning af disse stoffer. Ifølge rapporter er der organiseret kriminalitet bag både pakning og markedsføring af disse stoffer, der hovedsageligt sælges som »legal highs« på internettet og i smart- og headshopper. I nogle tilfælde sælges de dog som ulovlige stoffer, f.eks. »ecstasy«, under anvendelse af logoer, der normalt sættes i forbindelse med den type stof.

Der meldes om en stigning i de seneste år i de europæiske retshåndhævende myndigheders inddragelse i tværnationale sager med forbindelse til smugling, blanding og pakning af nye psykoaktive stoffer. Efterforskning med fokus på mephedron viste, at stoffet i vid udstrækning blev fremstillet i Kina og ofte kom ind i europæiske lande, hvor det blev kontrolleret, via et tredjeland, hvor det ikke blev det (Europol). Mindre beslaglæggelser, primært af cathinoner og syntetiske cannabinoider blev indberettet af Tyskland, Estland og Ungarn og af Danmark vedrørende mCPP⁽¹³³⁾. Større beslaglæggelser, som hovedsageligt omfattede uspecificerede nye psykoaktive stoffer, blev indberettet af Letland (omkring 5 kg), Spanien (beslaglæggelse fra en headshop på i alt 96 kg) samt Tjekkiet (beslaglæggelse af over 20 kg mephedron fra Indien). Andre produktionsrelaterede anlæg blev lukket eller beslaglagt

Figur 20: De vigtigste grupper af nye psykoaktive stoffer, der er blevet identificeret gennem det tidlige varslingsystem siden 2005



NB: Antal nye psykoaktive stoffer, der er indberettet til det europæiske tidlige varslingsystem i henhold til Rådets afgørelse 2005/387/RIA. Se EONN's narkotikaprofiler online, og få yderligere information om phenethylaminer, tryptaminer, piperaziner, cathinoner og syntetiske cannabinoider. Kategorien »andre stoffer« omfatter forskellige plantederiverede og syntetiske psykoaktive stoffer, som strengt taget ikke tilhører nogen af de øvrige kemiske familier, og et lille antal lægemidler og derivater.

Kilder: Det tidlige varslingsystem.

⁽¹³³⁾ 1-(3-chlorophenyl)piperazin.

i Irland, Belgien, Polen (5 kg mephedron) og Nederlandene, hvor 150 kg hvide pulvere og ca. 20 000 pakker med flere syntetiske cannabinoider blev beslaglagt på én fabrik.

Undertiden har beslaglagte stoffer, der blev solgt som »plantegødning« eller »research chemicals«, vist sig at indeholde kontrollerede stoffer, især cathinoner og piperaziner. Et eksempel har været opsporingen af PMMA i »legal high«-produkter, som klart udgør en trussel mod brugerne (EONN og Europol, 2011, Sedefov et al., 2011). En ny rapport fra Det Forenede Kongerige viste, at 19 % af testkøbene på internettet af prøver, som var annonceret til salg som »legal highs«, indeholdt et kontrolleret stof, mens 22 % indeholdt piperaziner, 20 % cathinoner og 18 % syntetiske cannabinoider (Serious Organised Crime Agency, 2011). I hvor høj grad der er organiseret kriminalitet bag handelen med nye stoffer er dog uklart. I øjeblikket ser markedet ud til hovedsageligt at være drevet af opportunistiske iværksættere, der udnytter internettet til markedsføring og salg af deres produkter.

Tilgængelighed via internettet

Tilgængeligheden af »legal highs« online overvåges regelmæssigt af EONN gennem målrettede internetundersøgelser (snapshot) (se EONN 2011a). Det seneste snapshot blev taget i januar 2012, hvor der blev benyttet 20 af de 23 officielle EU-sprog samt norsk, russisk og ukrainsk ⁽¹³⁴⁾.

Antallet af onlineshopper, der tilbyder at levere psykoaktive stoffer eller produkter, der sandsynligvis indeholder dem, til kunder i mindst ét EU-medlemsland, er fortsat med at stige. I snapshotet fra januar 2012 blev der identificeret 693 onlineshopper, dvs. en stigning fra 314 i januar 2011 og 170 i januar 2010.

Tre naturprodukter — kratom, salvie og hallucinogene svampe — er fortsat de »legal highs«, der oftest tilbydes online, efterfulgt af otte syntetiske stoffer, hvis tilgængelighed er steget i løbet af 2011 (tabel 10). Snapshotet fra 2012 viste en bemærkelsesværdig stigning i tilgængeligheden af forskellige syntetiske cathinoner, hvilket kan tyde på, at onlineoperatørerne løbende søger efter en erstatning for mephedron. Mephedron var selv fortsat tilgængeligt online og ser ud til at være kommet tilbage efter en større tilbagegang i onlinetilgængeligheden fra marts 2010 til juli 2011, hvor stoffet blev sat under kontrol af et stigende antal EU-medlemsstater (EONN, 2011a). »Spice«-lignende produkter blev identificeret i 21 onlineshopper i 2012, hvilket er en betydelig reduktion, eftersom 55 onlineshopper tilbød disse produkter i 2009.

Tabel 10: 10 nye psykoaktive stoffer eller »legal highs«, der oftest udbydes til salg i onlineshopper, som blev undersøgt i 2011 og 2012

	Antal onlineshopper, der tilbyder produktet		
	Januar 2012	Juli 2011	Januar 2011
Kratom (naturlig)	179	128	92
Salvia (naturlig)	134	110	72
Hallucinogene svampe (naturlige)	95	72	44
Methoxetamin (arylcyclohexylamin)	68	58	14
MDAI (aminoindan)	65	61	45
6-APB (benzofuran)	54	49	35
MDPV (cathinon)	44	32	25
4-MEC (cathinon)	43	32	11
Methiopropamin (thiophen)	39	28	5
5-IAI (aminoindan)	38	27	25

Kilde: EONN.

Internettet er en global markedsplads, og onlineshopper, der sælger nye stoffer, ser ud til at have deres oprindelse i mange lande. Dog er markedsadfærd og præferencer ikke nødvendigvis globale, da mange produktlinjer tilsyneladende er målrettet bestemte geografiske markeder. F.eks. bliver produktet »Kronic« næsten udelukkende solgt af operatører i Australien og New Zealand.

Selv om disse data måske giver et vist fingerpeg om udbuddet af »legal highs« online, foreligger der ingen oplysninger om det faktiske salg. For at måle brugsniveauerne for nye psykoaktive stoffer i Europa, hvad enten de erhverves gennem internettet eller ved andre midler, skal de tilgængelige data om brugsprævalens undersøges.

Udbredelse

Prævalensdata om nye psykoaktive stoffer er knappe og er ofte behæftet med metodologiske begrænsninger, bl.a. manglende fælles definitioner og brug af selvudvalgte eller ikke repræsentative stikprøver. I 2011 blev der for første gang gennemført repræsentative undersøgelser af udbredelsen af »legal highs« og nye psykoaktive stoffer i den brede befolkning (Irland, Det Forenede Kongerige) og blandt studerende (Spanien). Resultaterne viser, at prævalensniveauerne generelt er lave, men at der kan være et potentiale for en hurtig stigning i brugen i visse subpopulationer.

⁽¹³⁴⁾ De anvendte søgetermer var »legal highs«, »herbal highs« (»Spice«, kratom og salvie), GBL (gamma-butyrolacton), hallucinogene svampe, mephedron og pipradolrelaterede stoffer: 2-DPMP (desoxypipradol), desoxy-D2PM (2-(diphenylmethyl)pyrrolidin) og D2PM (diphenylprolinol).

Samlede, anonyme urinprøver — en objektiv informationskilde vedrørende narkotikabrug

Nye metoder til at afdække og måle narkotikabrug i befolkningen på grundlag af spildevandsanalyser har potentiale til at overvinde nogle af begrænsningerne i befolkningsundersøgelser. Pålideligheden af data baseret på selvrapportering af narkotikabrug kan påvirkes af variationer i indholdet af de stoffer, der bruges. Det gælder især for syntetiske stoffer og nye psykoaktive stoffer, hvor brugeren måske ikke kender det stof, som bruges. Analyser af kommunalt spildevand fra renseanlæg er blevet brugt til at bestemme brugen af ulovlige stoffer som MDMA og kokain på befolkningsniveau. Denne teknik er dog problematisk for nye psykoaktive stoffer, da man ikke ved meget om deres metabolisme og stabilitet.

En pilotundersøgelse for at vurdere, om samlet urin kan bruges til at afdække, hvilke stoffer der bruges i nattelivet i London, blev iværksat i 2011 (Archer et al., 2012). Ved undersøgelsen sporedes både kendte ulovlige stoffer og nye psykoaktive stoffer, bl.a. mephedron, TFMPP (3-trifluoromethylphenylpiperazin) og 2-AI (2-aminoindan). De stoffer, der var til stede i de højeste koncentrationer i prøverne, var mephedron, ketamin og MDMA. Ud over moderstofferne blev der også sporet metabolitter af de relevante moderstoffer.

Denne undersøgelse påviser, at det kan lade sig gøre at bruge samlede urinprøver til at identificere, hvilke stoffer der bruges i nattelivet. Denne metode har potentiale til at skaffe objektive data om narkotikabrug i disse miljøer og navnlig spore nye psykoaktive stoffer.

Også i 2011 blev det i en europæisk holdningsundersøgelse blandt unge, hvor over 12 000 unge (15-24 år) blev interviewet, anslået, at 5 % af de unge europæere havde brugt »legal highs«, idet halvdelen af landene lå på 3-5 %. De højeste skøn blev anført af Irland (16 %) efterfulgt af Letland, Polen og Det Forenede Kongerige (alle på næsten 10 %) (Gallup, 2011).

I Spanien indførte den nationale undersøgelse for 2010 om narkotikabrug blandt skoleelever i alderen 14-18 år et særligt modul om nye stoffer. De ni undersøgte stoffer var ketamin, »Spice«, piperaziner, mephedron, nexus (2C-B), metamfetamin, psilocybinsvampe, »research chemicals« og »legal highs«. I alt anførte 3,5 % af eleverne, at de havde brugt et eller flere af disse stoffer i deres liv (2,5 % inden for det seneste år). Der blev anført lave niveauer for brug af »Spice«-produkter: 1,1 % for langtidsprævalens og 0,8 % for prævalens inden for de seneste 12 måneder. Brugen af mephedron lå også meget lavt i denne gruppe (langtidsprævalens på 0,4 %).

Mephedron og »legal highs« blev for første gang inkluderet i en fælles husholdningsundersøgelse i Irland og

Nordirland (Det Forenede Kongerige), der blev gennemført i 2010-2011, efter at mephedron var blevet sat under kontrol (NACD og PHIRB, 2011). Stikprøven omfattede over 7 500 respondenter i alderen 15-64 år. I Nordirland blev langtidsprævalensen anslået til 2 % og prævalensen inden for de seneste 12 måneder til 1 % for både mephedron og »legal highs«⁽¹³⁵⁾. Langtidsprævalensniveauerne var højere blandt de 15-24-årige og nåede op på 6 % for både mephedron og »legal highs«. I Irland var nye psykoaktive stoffer (prævalens inden for de seneste 12 måneder, 4 %) de næsthøypigst anførte ulovlige stoffer efter cannabis (6 %). De højeste niveauer for brug af nye psykoaktive stoffer inden for de seneste 12 måneder blev anført af de 15-24-årige (10 %).

Resultater fra British Crime Survey 2010-2011 (Smith og Flatley, 2011) viser, at brug af mephedron inden for de seneste 12 måneder i den brede befolkning (16-59 år) i England og Wales (1,4 %) lå på samme niveau som ecstasy. Blandt de 16-24-årige var prævalensen for mephedron inden for de seneste 12 måneder den samme som for pulverkokain (4,4 %). De fleste af dem, der anførte, at de havde brugt mephedron inden for de seneste 12 måneder, anførte også, at de havde brugt et andet ulovligt stof (hovedsageligt cannabis, kokain eller ecstasy). En vigtig forudsætning for at forstå betydningen af disse resultater er, at dataindsamlingen til undersøgelsen dækkede perioderne før og efter mephedronforbuddet.

Der er foretaget et mindre antal internetundersøgelser med selvvalgte »convenience samples« til overvågning af brug og tilgængelighed af nye psykoaktive stoffer. En onlineundersøgelse af »legal highs« gennemført blandt 860 respondenter med erfaring med »legal highs« i Tyskland viste, at planteblandinger var de mest udbredte »legal highs«-produkter efterfulgt af »research chemicals«, »badesalte« og lignende produkter. Tilsvarende konstateredes det i en undersøgelse i nattelivet i Tjekkiet, at plantestoffer var de »legal highs«, der oftest blev nævnt, idet 23 % af de 1 099 respondenter anførte, at de havde brugt Salvia divinorum. Ligeledes i Tjekkiet anførte 4,5 % af en prøve på 1 091 internetbrugere i alderen 15-34 år, at de havde brugt et nyt psykoaktivt stof.

Andre undersøgelser fokuserer ofte på brugen af én type stof såsom »Spice«, BZP eller mephedron. I 2011 rapporterede den årlige amerikanske skoleundersøgelse »Monitoring the Future« for første gang om udbredelse af brugen af syntetiske cannabinoider blandt unge mennesker. Blandt 3. g'ere blev der konstateret brug af produkter indeholdende syntetiske cannabinoider (»Spice« og K2) inden for de seneste 12 måneder på lige godt 11 %.

⁽¹³⁵⁾ I Nordirland omfatter kategorien »legal highs« partypiller, »herbal highs«, partypulvere, kratom og Salvia divinorum, mens Irland også inkluderer planteblandinger til rygning eller som røgelse, badesalte, plantegødning eller andre pulvere, magisk mynte, »divine mint« eller Sally D samt andre nye psykoaktive stoffer anført af respondenterne.

Ved 2011-runden af en onlinenarkotikabrugundersøgelse for det britiske klubmagasin Mixmag og avisen The Guardian (Mixmag, 2012), som trækker på tidligere Mixmagundersøgelser (EONN, 2009a, 2010a) blev der indsamlet 15 500 svar, for det meste fra Det Forenede Kongerige, men også fra andre steder i verden. I 2010-2011 var de anførte niveauer for brug af mephedron inden for de seneste 12 måneder og inden for den seneste måned tre gange højere blandt clubbere (30 % og 13 %) end blandt andre personer (10 % og 3 %) (Mixmag, 2012). Data fra selvudvalgte prøver som disse kan naturligvis ikke betragtes som repræsentative på nogen måde, men sådanne undersøgelser kan dog give et interessant billede af stofbrug blandt de personer, der svarer.

Tiltag mod nye stoffer

I hele Europa er man ved at begynde at udvikle foranstaltninger til at reducere både efterspørgslen efter og udbuddet af nye psykoaktive stoffer. De enkelte medlemsstater har taget initiativer til at forbedre og fremskynde deres juridiske foranstaltninger mod nye psykoaktive stoffer og produkter og de foretagender, der sælger dem (se kapitel 1).

Skøn over psykoaktivitet

Når et stigende antal nye stoffer indberettes til EU's tidlige varslingsystem, bliver det vigtigt på et tidligt tidspunkt at fastslå, om stofferne har psykoaktive egenskaber. Man er i øjeblikket ved at undersøge, om det er muligt at benytte billige metoder til at forudsige nye stoffers egenskaber (toksicitet, farmakologi, psykoaktivitet) uden at behøve at foretage forsøgsundersøgelser på dyr eller mennesker.

En teknik, der undersøges nærmere, er opbygning af matematiske modeller til at forudsige de nye stoffers adfærd. De bygger på »similaritetsprincippet«, som forudsætter, at molekyler med nært beslægtede kemiske strukturer besidder de samme psykokemiske egenskaber og samme aktivitet. På den måde bruges viden om et kendt stof til at forudsige virkningerne af et ukendt stof.

Muligheden for at forudsige virkemåden for nye forbindelser, som man ikke kender meget til, synes lovende. I en ny undersøgelse blev det psykoaktive potentiale for lægemidlet ostarin vurderet ved hjælp af beregningsmetoder (Mohd-Fauzi og Bender, 2012). Analysen faldt i to faser. Den første gik ud på at forudsige, om lægemidlet havde nogen sandsynlighed for at rette sig mod proteiner, der er kendt for at være til stede i forbindelse med psykoaktive virkninger. Den anden fase gik ud på at undersøge sandsynligheden for, at stoffet ville trænge gennem centralnervesystemet. Resultaterne af undersøgelsen viste, at ostarin ikke havde nogen sandsynlighed for at forårsage psykoaktive virkninger hos mennesker.

I 2011 satte »First international multidisciplinary forum on new drugs« fokus på behovet for at styrke foranstaltningerne for at begrænse efterspørgslen efter nye psykoaktive stoffer, bl.a. forebyggelse, skadesbegrænsning og behandling. Tilgængeligheden af en lang række forbindelser med varierende indhold og kvalitet komplicerer dog leveringen af klare forebyggende og skadesbegrænsende budskaber.

I Det Forenede Kongerige giver onlinetjenesten »Talk to Frank« fakta om »legal highs« og information om akut hjælp og narkotikabehandling. I Irland har information om forebyggelse og skadesbegrænsning i forbindelse med nye stoffer været i omløb siden 2010.

I Polen har det nationale kontor for narkotikaforebyggelse siden 2008 forberedt og iværksat tre forebyggelseskampagner: en webbaseret kampagne med information om de mulige konsekvenser og trusler ved at bruge »legal highs«, møder mellem forældre og skolerepræsentanter med information om nye psykoaktive stoffer under ledelse af rådgivere eller lærere samt et generelt forebyggelsesprogram målrettet skoleelever på 15-18 år, der blev gennemført af lærere og skolevejledere.

Projektet Recreational Drugs European Network (ReDNet) er en multisite forskningsundersøgelse med det formål at forbedre den tilgængelige information for unge (16-24 år) og fagfolk om virkningerne af disse nye rekreative stoffer og potentielle sundhedsrisici i forbindelse med brugen af dem. Der benyttes en række innovative informations- og kommunikationsteknologier til formidling af ikkefordømmende information til målgrupperne.

Der er behov for bedre at forstå de mulige akutte og kroniske sundhedsproblemer ved at bruge nye stoffer. Lægehjælp til akut forgiftning er nødvendig, men der er også behov for specifik uddannelse i medicinsk håndtering af personer, der får det dårligt i fritidsmiljøet, og vejledning i, hvornår man bør ringe til lægevakten. Men på baggrund af lighederne med amfetaminer og MDMA vil forvaltningsstrategier i lighed med behandlingstiltag for disse mere velkendte stoffer sandsynligvis også være nyttige for brugere af nogle typer af nye psykoaktive stoffer.

Behandling til personer, der har været udsat for nye psykoaktive stoffer og søger formel hjælp, er primært støttende, og der foreligger begrænset information om, hvad der er en passende psykosocial behandling til brugere af »legal highs«. I Det Forenede Kongerige har en tværfaglig specialklinik for brugere af klubstoffer, bl.a. »legal highs«, været kørt som pilotprojekt og har med tilbud om en række foranstaltninger, herunder korte tiltag, farmakologiske terapier og planlagt social støtte, vist gode fastholdelsesresultater.





Referencer ⁽¹³⁶⁾

- Aaron, S., McMahon, J. M., Milano, D., Torres, L., Clatts, M. et al. (2008), »Intranasal transmission of hepatitis C virus: virological and clinical evidence«, *Clinical Infectious Diseases* 47, s. 931–4.
- ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2010), *Consideration of the use of foil, as an intervention, to reduce the harms of injecting heroin*, Advisory Council on the Misuse of Drugs, London (tilgængelig online).
- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare) (2011), *2010 National Drug Strategy Household Survey report*. Drug statistics series nr. 25, AIHW, Canberra.
- Allen, G. (2011), *Early intervention: the next steps*, Independent Report, Her Majesty's Government, London (tilgængelig online).
- Amato, L., Minozzi, S., Davoli, M. og Vecchi, S. (2011), »Psychosocial combined with agonist maintenance treatments versus agonist maintenance treatments alone for treatment of opioid dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (10), s. Cd004147.
- Amato, L., Ferri, M., Minozzi, S., Schifano, P. og Davoli, M. (i trykken), »Acceptability, efficacy and safety of pharmacological treatment of cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*.
- Archer, J., Dargan, P., Rintoul-Hoad, S., Hudson, S. og Wood, D. (2012), »Nightclub urinals: a novel and reliable way of knowing what drugs are being used in nightclubs«, *British Journal of Clinical Pharmacology* 73, s. 985.
- Asbridge, M., Hayden, J. A. og Cartwright, J. L. (2012), »Acute cannabis consumption and motor vehicle collision risk: systematic review of observational studies and meta-analysis«, *BMJ* 344, s. e536.
- Bellerose, D., Carew, A. M. og Lyons, S. (2011), *Trends in treated problem drug use in Ireland 2005 to 2010*, HRB Trends Series 12 (tilgængelig online).
- Berkowitz, B. og Spector, S. (1972), »Evidence for active immunity to morphine in mice«, *Science* 178, s. 1 290–2.
- Bretteville-Jensen, A. L. og Skretting, A. (2010), »Heroin smoking and heroin using trends in Norway: a study among recreational and heavy drug users«, *Nordisk alkohol- & narkotikatidskrift* 27, s. 5–16.
- Brugal, M. T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M. J. et al. (2009), »Injecting, sexual risk behaviors and hiv infection in young cocaine and heroin users in Spain«, *European Addiction Research* 15, s. 171–8.
- CADUMS (2010), *Canadian alcohol and drug use monitoring survey 2009*, Health Canada, Controlled Substances and Tobacco Directorate (tilgængelig online).
- Calabria, B., Degenhardt, L., Briegleb, C., Vos, T., Hall, W. et al. (2010), »Systematic review of prospective studies investigating »remission« from amphetamine, cannabis, cocaine or opioid dependence«, *Addictive Behaviors* 35, s. 741–9.
- Calafat, A., Blay, N., Juan, M., Adrover, D., Bellis, M. A. et al. (2009), »Traffic risk behaviours at nightlife: drinking, taking drugs, driving and use of public transport by young people«, *Traffic Injury Prevention* 10, 162–9.
- CdC (2009), »Diagnoses of hiv infection and aids in the United States and dependent areas, 2009«, *hiv Surveillance Report* 21, Tabel 1a, Centers for Disease Control and Prevention, Atlanta (tilgængelig online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008), *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (tilgængelig online).
- Day, E. og Strang, J. (2011), »Outpatient versus inpatient opioid detoxification: a randomized controlled trial«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 40, s. 56–66.
- De Maeyer J., Vanderplasschen, W. og Broekaert, E. (2010), »Quality of life among opiate-dependent individuals: a review of the literature«, *International Journal of Drug Policy* 21, s. 364–80.
- Derzon, J. H. (2007), »Using correlational evidence to select youth for prevention programming«, *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421–47.
- Des Jarlais, D., McKnight, C., Goldblatt, C. og Purchase, D. (2009), »Doing harm reduction better: syringe exchange in the United States«, *Addiction* 104, s. 1 441–6.
- Dvorsek, A. (2006), »Relations between criminal investigation strategy and police management«, *Revija Varstvoslovje-Journal of Criminal Justice and Security* 8 (3/4), s. 235–42.

⁽¹³⁶⁾ Hyperlinks til onlinekilder kan findes i pdf-versionen af årsberetningen, der ligger på EONN's websted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2012>).

ECDC og EONN (2011), *Prevention and control of infectious diseases among people who inject drugs*, ECDC og EONN Joint guidance, Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm (tilgængelig online).

ECDC og WHO's regionalkontor for Europa (2011), *hiv/aids surveillance in Europe 2010*, Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm (tilgængelig online).

EONN (Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug) (2007a), *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2007b), *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2008), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, monografi 8, bind 2, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2009a), *Årsberetning 2009: narkotikasituationen i Europa*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2009b), *Polydrug use: patterns and responses*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2010a), *Årsberetning 2010: narkotikasituationen i Europa*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2010b), *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, Monografi, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2010c), *Problem amphetamine and methamphetamine use in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2010d), *Treatment and care for older drug users*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).

EONN (2010e), *Trends in injecting drug use in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).

EONN (2011a), *Årsberetning 2011: narkotikasituationen i Europa*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2011b), *European drug prevention quality standards*, Manual, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2011c), *Mortality related to drug use in Europe: public health implications*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).

EONN (2011d), *Responding to new psychoactive substances*, Drugs in focus 22, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2012a), *Cannabis production and markets in Europe*, Insight, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2012b), *Social reintegration and reduction of social exclusion of drug users: improving labour market participation of drug users in treatment*, Insight, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN (2012c), *Technical report on assistance to EMCDDA to analyse recent European trends on heroin use by using existing indirect indicator data, notably treatment demand data and other indicators (CT.10.EPI.070.1.0)*, EONN, Lissabon (tilgængelig online).

EONN og ECDC (2012), *Joint EMCDDA and ECDC rapid risk assessment: hiv in injecting drug users in the EU/EEA, following a reported increase of cases in Greece and Romania*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).

EONN og Europol (2010), *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EONN-Europol joint publications, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

EONN og Europol (2011), *EONN — Europol 2011 annual report on the implementation of Council Decision 2005/387/JHA* (tilgængelig online).

Escot, S. og Suderie, G. (2009), *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?* Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.

Eurojust (2012), *Strategic project on enhancing the work of Eurojust in drug trafficking cases — final results*, Eurojust, Haag (tilgængelig online).

Europa-Kommissionen, Generaldirektoratet for Beskatning og Toldunion, Generaldirektoratet for Erhvervspolitik (2011), *EU summary report on drug precursors 2011: statistics from 2010* (tilgængelig online).

Europæiske Råd (Det), (2010), *Strategien for den indre sikkerhed for Den Europæiske Union: mod en europæisk sikkerhedsmodel*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.

Foley, K., Pallas, D., Forcehimes, A. A., Houck, J. M., Bogenschutz, M. P. et al. (2010), »Effect of job skills training on employment and job seeking behaviors in an American Indian substance abuse treatment sample«, *Journal of Vocational Rehabilitation* 33, s. 181–92.

Fox, B. S., Kantak, K. M., Edwards, M. A., Black, K. M., Bollinger, B. K. et al. (1996), »Efficacy of a therapeutic cocaine vaccine in rodent models«, *Nature Medicine* 2, s. 1129–32.

Gabrhelik, R., Duncan, A., Miovsky, M., Furr-Holden, C. D., Stastna, L. og Jurystova, L. (2012), »Unplugged: a school-based randomized control trial to prevent and reduce adolescent substance use in the Czech Republic«, *Drug and Alcohol Dependence* (tilgængelig online).

- Gallup Organisation (2011), *Youth attitudes on drugs*, Flash Eurobarometer 330 (tilgængelig online).
- Hall, W. og Degenhardt, L. (2009), »Adverse health effects of non-medical cannabis use«, *Lancet* 374, s. 1383–91.
- Hatsukami, D. K., Rennard, S., Jorenby, D., Fiore, M., Koopmeiners, J. et al. (2005), »Safety and immunogenicity of a nicotine conjugate vaccine in current smokers«, *Clinical Pharmacology & Therapeutics* 78, s. 456–7.
- Hellard, M., Sacks-Davis, R. og Gold, J. (2009), »Hepatitis C treatment for injection drug users: a review of the available evidence«, *Clinical Infectious Diseases* 49, s. 561–73.
- Henderson, C. E., Dakof, G. A., Greenbaum, P. E. og Liddle, H. A. (2010), »Effectiveness of multidimensional family therapy with higher severity substance-abusing adolescents: report from two randomized controlled trials«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 78(6), s. 885–97.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T., Kokkevi, A. og Kraus, L. (2012), *The 2011 ESPAD report: Substance use among students in 36 European countries*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning, Stockholm, Sverige.
- Hoare, J. and Moon, D. (red.) (2010), »Drug misuse declared: findings from the 2009/10 British Crime Survey«, *Home Office Statistical Bulletin* 13/10 (tilgængelig online).
- Hope, V. D., Palmateer, N., Wiessing, L., Marongiu, A. og White, J. (2012), »A decade of spore-forming bacterial infections among European injecting drug users: pronounced regional variation«, *American Journal of Public Health* 102, s. 122–5.
- HPA (Health Protection Agency) (2011), *Hepatitis C in the UK 2011*, Health Protection Agency, London (tilgængelig online).
- Humeniuk, R., Ali, R., Babor, T., Souza-Formigoni, M. L., de Lacerda, R. B. et al. (2011), »A randomized controlled trial of a brief intervention for illicit drugs linked to the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) in clients recruited from primary health-care settings in four countries«, *Addiction* 107, s. 957–66.
- INCB (Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler) (2012a), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- INCB (2012b), *Report of the International Narcotics Control Board for 2011*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- Johnston, L. D., O'Malley, P. M., Bachman, J. G. og Schulenberg, J. E. (2012), *Monitoring the future: national survey results on drug use, 1975–2011, Bind I, Secondary school students*, Institute for Social Research, University of Michigan, Ann Arbor (tilgængelig online).
- Jones, L., Bates, G., Bellis, M., Beynon, C., Duffy, P. et al. (2011), *A summary of the health harms of drugs*, Department of Health (tilgængelig online).
- Karila, L., Weinstein, A., Aubin, H. J., Benyamina, A., Reynaud, M. og Batki, S. L. (2010), »Pharmacological approaches to methamphetamine dependence: a focused review«, *British Journal of Clinical Pharmacology* 69, s. 578–92.
- Kirby, S., Quinn, A. og Keay, S. (2010), »Intelligence-led and traditional policing approaches to open drug markets: a comparison of offenders«, *Drugs and Alcohol Today* 10, s. 13–9.
- Lee, N. K. og Rawson, R. A. (2008), »A systematic review of cognitive and behavioural therapies for methamphetamine dependence«, *Drug and Alcohol Review* 27, s. 309–17.
- Liddle, H. A., Rowe, C. L., Dakof, G. A., Henderson, C. E. og Greenbaum, P. E. (2009), »Multidimensional family therapy for young adolescent substance abuse: twelve-month outcomes of a randomized controlled trial«, *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 77, s. 12–25.
- Longo, M., Wickes, W., Smout, M., Harrison, S., Cahill, S. og White, J. M. (2010), »Randomized controlled trial of dexamphetamine maintenance for the treatment of methamphetamine dependence«, *Addiction* 105, s. 146–54.
- Martell, B. A., Mitchell, E., Poling, J., Gonsai, K. og Kosten, T. R. (2005), »Vaccine pharmacotherapy for the treatment of cocaine dependence«, *Biological Psychiatry* 58, s. 158–64.
- Martin, N. K., Vickerman, P., Foster, G. R., Hutchinson, S. J., Goldberg, D. J. og Hickman, M. (2011), »Can antiviral therapy for hepatitis C reduce the prevalence of HCV among injecting drug user populations? A modeling analysis of its prevention utility«, *Journal of Hepatology* 54, s. 1 137–44.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010), »HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage«, *Lancet* 375, s. 1 014–28.
- Mayet, S., Manning, V., Williams, A., Loaring, J. og Strang, J. (2011), »Impact of training for healthcare professionals on how to manage an opioid overdose with naloxone: effective, but dissemination is challenging«, *International Journal of Drug Policy* 22, s. 9–15.
- McIntosh, J., Bloor, M. og Robertson, M. (2008), »Drug treatment and the achievement of paid employment«, *Addiction Research and Theory* 16, s. 37–45.
- Mena, G., Giraudon, I., Alvares, E., Corkery, J., Matias, J. et al. (i tryk), »Cocaine-related health emergencies in Europe: A review of sources of information, prevalence and implications for service development«, *European Addiction Research*.
- Merrall, E. L., Bird, S. M. og Hutchinson, S. J. (2012), »Mortality of those who attended drug services in Scotland 1996–2006: record-linkage study«, *International Journal of Drug Policy* 23, s. 24–32.

- Minozzi, S., Amato, L., Vecchi, S., Davoli, M., Kirchmayer, U. og Verster, A. (2011), »Oral naltrexone maintenance treatment for opioid dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews* (4), s. Cd001333.
- Mixmag (2012), *Mixmag-Guardian drugs survey* (tilgængelig online).
- Mohd-Fauzi, F. og Bender, A. (2012), *Computational analysis of the possibility of ostarine eliciting psychoactive effects*, University of Cambridge (tilgængelig online).
- NACD og PHIRB (National Advisory Committee on Drugs and Public Health Information and Research Branch) (2011), *Drug use in Ireland and Northern Ireland: first results from the 2010/11 drug prevalence survey* (tilgængelig online).
- Ouwehand, A., Wisselink, D. J., Kuijpers, W., van Delden, E. B. og Mol, A. (2011), *Key figures: addiction care 2010*, National Alcohol and Drugs Information System, Houten, Nederlandene.
- Polosa, R. og Benowitz, N. L. (2011), »Treatment of nicotine addiction: present therapeutic options and pipeline developments«, *Trends in Pharmacological Sciences* 32, s. 281–9.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., Matali, J. L., Bruguera, E. et al. (2004), »Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups«, *European Addiction Research* 10, s. 147–55.
- Rådet for Den Europæiske Union (2009), Rådets afgørelse om nedsættelse af Den Stående Komité for det Operationelle Samarbejde om den Indre Sikkerhed, 16515/09.
- Rand Europe (2012), *Assessment of the implementation of the EU drugs strategy 2005-2012 and its action plans*, Technical report, Rand Corporation, Cambridge, Det Forenede Kongerige.
- Reynaud-Maurupt, C. og Hoareau, E. (2010), *Les carrières de consommation de cocaïne chez les usagers »cachés»*, Trends, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Saint-Denis (tilgængelig online).
- Richter, C., Romanowski, A. og Kienast, T. (2009), »Gamma-hydroxybutyrat (GHB)-abhängigkeit und entzug bei vorbestehender alkoholabhängigkeit«, *Psychiatrische Praxis* 36, s. 345–7.
- Rosen, H. R. (2011), »Clinical practice: chronic hepatitis C infection«, *New England Journal of Medicine* 364, s. 2429–38.
- SAMHSA (2010), *Results from the 2009 National Survey on Drug Use and Health: Volume I. Summary of National Findings*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville, MD (tilgængelig online).
- Sedefov, R., Brandt, S. D., Evans-Brown, M., Sumnall, H. R., Cunningham, A. og Gallegos, A. (2011), »PMMA in »ecstasy« and »legal highs««, *BMJ* (tilgængelig online).
- Serious Organised Crime Agency (2011), *Drugs: risks associated with new psychoactive substances*, Intelligence report.
- Shearer, J., Wodak, A., Mattick, R. P., van Beek, I., Lewis, J. et al. (2001), »Pilot randomized controlled study of dexamphetamine substitution for amphetamine dependence«, *Addiction* 96(9), s. 1289–96.
- Shen, X., Orson, F. M. og Kosten, T. R. (2011), »Anti-addiction vaccines«, *F1000 Medicine Reports* 3, s. 20.
- Smith, K. og Flatley, J. (2011), »Drug misuse declared: findings from the 2010/11 British Crime Survey England and Wales«, *Statistical Bulletin*, UK Home Office.
- Steinberg, L. (2008), »A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking«, *Developmental Review* 28, s. 78–106.
- Stock, J. og Kreuzer, A. (1998), »Die polizeiliche Arbeit aus kriminologischer Sicht«, *Handbuch des Betäubungsmittelstrafrechts*, s. 1 028–100.
- Stowe, G. N., Schlosburg, J. E., Vendruscolo, L. F., Edwards, S., Misra, K. K. et al. (2012), »Developing a vaccine against multiple psychoactive targets: a case study of heroin«, *CNS and Neurological Disorder Drug Targets* 10, s. 865–75.
- Sweeting, M. J., De Angelis, D., Ades, A. E. og Hickman, M. (2008), »Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population«, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381–95.
- Thomas, K. V., Bijlsma, B., Castiglioni, S. Covaci, A. Emke, E. et al. (i trykken), »Comparing illicit drug use in 19 European cities through sewage analysis«, *Science of the Total Environment*.
- Tiihonen, J., Kuoppasalmi, K., Fohr, J., Tuomola, P., Kuikanmaki, O. et al. (2007), »A comparison of aripiprazole, methylphenidate, and placebo for amphetamine dependence«, *American Journal of Psychiatry* 164, s. 160–2.
- UNODC (2009), *World drug report 2009*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2010), *World drug report 2010*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2011a), *Afghanistan cannabis survey 2010*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet og Afghanistans regering.
- UNODC (2011b), *World drug report 2011*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2012), *World drug report 2012*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- Vanderplasschen, W., Goossens, K., Vandevelde, D., Thienpont, J., Hauglustaine, V. og Littera, L. (2011), »De CRA+ vouchers methodiek: is het belonen van abstinentie bij cocaïnegebruikers effectief?«, *Orthopedagogische Reeks Gent* 36, s. 1–69.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009), »Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands«, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143–51.

- Van Noorden, M. S., van Dongen, L. C., Zitman, F. G. og Vergouwen, T. A. (2009), »Gamma-hydroxybutyrate withdrawal syndrome: dangerous but not well-known«, *General Hospital Psychiatry* 31, s. 394–6.
- Vickerman, P., Hickman, M., May, M., Kretzschmar, M. og Wiessing, L. (2010), »Can hepatitis C virus prevalence be used as a measure of injection-related human immunodeficiency virus risk in populations of injecting drug users? An ecological analysis«, *Addiction* 105, s. 311–8.
- Vocci, F. J. og Montoya, I. D. (2009), »Psychological treatments for stimulant misuse, comparing and contrasting those for amphetamine dependence and those for cocaine dependence«, *Current Opinion in Psychiatry* 22, s. 263–8.
- Weinstein, A. M. og Gorelick, D. A. (2011), »Pharmacological treatment of cannabis dependence«, *Current Pharmaceutical Design* 17, s. 1351–8.
- WHO (2009), *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.
- WHO (2010), *Global tuberculosis control: a short update to the 2010 report*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.
- WHO (2011), *Ensuring balance in national policies on controlled substances: guidance for availability and accessibility of controlled medicines*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. og Cowan, S. A. (2008), »European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability«, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (tilgængelig online)
- Wilkinson, R. og Pickett, K. (2010), *The spirit level: why equality is better for everyone*, Penguin, London.
- Wittchen, H. U., Jacobi, F., Rehm, J., Gustavsson, A., Svensson, M. et al. (2011), »The size and burden of mental disorders and other disorders of the brain in Europe 2010«, *European Neuropsychopharmacology* 21, s. 655–79.
- Wood, D. M., Davies, S., Puchnarewicz, M., Johnston, A. og Dargan, P. I. (2012a), »Acute toxicity associated with the recreational use of the ketamine derivative methoxetamine«, *European Journal of Clinical Pharmacology* 68, s. 853–6.
- Wood, D. M., Measham, F. og Dargan, P. I. (2012b), »»Our favourite drug«: prevalence of use and preference for mephedrone in the London night-time economy 1 year after control«, *Journal of Substance Use* 17, s. 91–7.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning for 2012: Narkotikasituationen i Europa

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor

2012 — 101 s. — 21 × 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-535-6

doi:10.2810/64149

Sådan får man fat i publikationer fra EU

Gratis publikationer:

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- Hos Den Europæiske Unions repræsentationer eller delegationer. Kontaktoplysninger kan findes på: <http://ec.europa.eu> eller fås ved at sende en fax til +352 2929-42758.

Betalingspublikationer:

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

Betalingsabonnementer (f.eks. *Den Europæiske Unions Tidende* og samlinger af afgørelser fra Den Europæiske Unions Domstol):

- Via Den Europæiske Unions Publikationskontors salgskontorer (http://publications.europa.eu/others/agents/index_da.htm).

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 faktuelle, 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

