



## PRESSEMELDING fra EUs narkotikabyrå i Lisboa

---

### ÅRSRAPPORT 2004: UTVALGTE TEMAER

#### **EONN går bak tallene og ser på årsakene til økningen i antallet unge som får behandling for bruk av cannabis**

(25.11.2004 LISBOA **SPERREFRIST kl. 10.00 CET/lokal tid, Brussel**) Mange land i **EU** rapporterer nå om økt tilstrømning av cannabisbrukere til de spesialiserte tiltakene for narkotikabehandling. Etter heroin er cannabis nå det nest hyppigst rapporterte primærrusmiddelet det søkes hjelp for.

Dette er noe av det vi kan lese i **2004 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge**, som offentliggjøres i dag i **Brussel** av **EUs narkotikabyrå** i Lisboa, **EONN**. I kapitlet «Cannabisproblemer i kontekst» går rapporten nærmere inn på hva som ligger bak den økte etterspørselen etter behandling for cannabis, som er det illegale rusmiddelet som det produseres, smugles og brukes mest av i hele verden.

«Å få svar på hvorfor behandlingsapparatet i mange europeiske land har fått økt tilstrømning av cannabisbrukere, er helt avgjørende i folkehelsepolitisk sammenheng» sier **Marcel Reimen, styreleder for EONN**. «Skyldes det bare at bruken av cannabis blir mer utbredt i nesten alle EU-landene? Eller er det andre faktorer som også spiller inn, som endrede bruksmønstre, økt styrkegrad, bedre datarapportering, eller at en del land har overført cannabisbrukerne fra strafferettssystemet til behandling og sosiale tjenester? Å få svar på disse spørsmålene er helt avgjørende for at vi skal kunne få på plass hensiktsmessige tiltak mot cannabisbruk».

#### **Endrede bruksmønstre: en økning i regelmessig og intensiv cannabisbruk**

De fleste som bruker cannabis, gjør det bare sporadisk eller over kortere tid. Men ting tyder på at en liten men signifikant gruppe, hovedsakelig bestående av unge menn, nå bruker cannabis mer intensivt, og at denne gruppen faktisk blir større og større. Ut fra et «grovt overslag» gjort av **EONN**, kan det være så mange som 3 millioner personer som bruker cannabis daglig i **EU**.

Dagens rapport viser at overslagene over aktuell cannabisbruk (siste 30 dager) i de fleste land ligger i området 3–12% av unge voksne (15–34) og 1–7% av alle voksne (15–64). De høyeste tallene finner vi i **Den tsjekkiske republikk, Spania, Frankrike, Irland og Storbritannia**. Ifølge undersøkelser rapporterer mellom 0,9% og 3,7% av unge voksne å bruke dette rusmiddelet intensivt (daglig eller nesten daglig). Tallene for daglig bruk blant unge menn kan være høyere, for en årlig undersøkelse blant 17–19-åringene i **Frankrike** avdekket at 9,2% av guttene og 3,3% av jentene bruker cannabis daglig.

**EONN** har ikke funnet klare bevis for noen direkte forbindelse mellom økningen i regelmessig og intensiv bruk av cannabis og den økte etterspørselen etter behandling. Dataene på dette området er imidlertid ikke av beste kvalitet, og det kan ikke utelukkes at det er en forbindelse. Om disse brukerne utvikler den typen helsemessige eller sosiale problemer som får dem til å søke hjelp, er et spørsmål som snarest bør utredes nærmere.

## Styrken på cannabis: er cannabisen i ferd med å bli sterkere?

Det har vært spekulert i om det stigende antallet personer som søker behandling for cannabisproblemer delvis kan skyldes at cannabisen er blitt sterkere. Noen rapporter hevder til og med at den cannabisen som finnes på markedet i dag, er inntil 10 ganger sterkere enn tidligere. Rapporten som offentliggjøres i dag, inneholder nye forskningsresultater basert på tilgjengelige data <sup>(1)</sup> og kaster derfor lys over denne problemstillingen. (Styrken defineres som innholdet av det primære virkestoffet,  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol (THC), i den aktuelle prøven).

Ut fra beregningene av den samlede styrkegraden på cannabisprodukter tilgjengelige på markedet i Europa er det, ifølge **EONN**, lite som tilsier at styrkegraden har økt signifikant. Importert cannabis (harpiks og planter) har nemlig dominert markedet i de fleste land i **EU**, og den faktiske styrken på denne cannabisen har vært relativt stabil i mange år (rundt 6–8%). **Nederland** er det eneste landet som har hatt en signifikant økning i faktisk styrke (anslagsvis 16%), noe som nesten utelukkende kan tilskrives det økte relative forbruket av hjemmeproduserte cannabisplanter, som dyrkes i intensive vannkulturer.

Innendørsdyrking av cannabisplanter finner nå sted i de fleste, om ikke alle, land i Europa, og denne cannabisen er gjennomgående av høy styrke, ofte to eller tre ganger sterkere enn cannabisplantene som importeres fra **Nord-Afrika, Karibia** og **Det fjerne østen**. Imidlertid antas hjemmeproduert/høypotent cannabis bare å ha en liten markedsandel i **EU**, men denne kan være på vei opp i en del land. I **Nederland** er mer enn halvparten av det innenlandske cannabismarkedet antatt å bestå av produkter dyrket lokalt.

Det er usikkert hvorvidt forbruk av høypotent cannabis medfører større helserisiko, men ifølge **EONN** kan skadevirkninger ikke utelukkes. Akutte helseproblemer – som panikkanfall og mindre psykiske problemer – kan bli vanligere enn de er i dag blant brukere av høypotent cannabis, og dette kan få konsekvenser for behandlingsbehovet. På denne bakgrunn blir kontinuerlig overvåking av styrke, markeder og helseproblemer svært viktig i årene som kommer.

«Vi må verken være hysteriske eller for passive når det gjelder styrken på den cannabisen som finnes på markedet i dag,» sier **EONNs administrerende direktør Georges Estievenart**. «Markedsandelen for høypotent cannabis er forholdsvis liten, men dette kan forandre seg og i så fall få store konsekvenser for folkehelsen».

## Behandlingstallene på vei opp – men klare forskjeller landene imellom

Nye tall som er innhentet hos polikliniske behandlingstiltak i **EU**, viser at om lag 12% av alle klienter i behandling og 30% av alle nye klienter nå er registrert med cannabis som hovedrusmiddel. Antallet cannabisbrukere som er registrert i behandlingsapparatet har gått jevnt og trutt oppover siden midten av 1990-tallet, da bare 9% av nye behandlingssøknader var relatert til cannabis (data fra 1996).

Alle land som har framlagt rapporter, bortsett fra **Hellas** og **Storbritannia**, har registrert en viss økning i andelen cannabis-klienter av alle nye klienter i behandlingsapparatet, men bildet er langt fra likt over alt. Dette skyldes ikke bare forskjeller i antallet personer som søker hjelp, men kan også skyldes forskjeller i tilbud og henvisnings- og rapporteringsrutiner.

Andelen nye klienter som søker behandling for cannabisbruk er høyest i **Tyskland** (48%) og lavest i **Litauen** (nesten null). I **Danmark, Frankrike, Finland** og **Sverige** er det tilsvarende tallet minst én tredel, og i **Den tsjekkiske republikk, Nederland, Spania** og **Slovenia** over 20%. Generelt er økningen i antallet søknader om behandling for cannabisproblemer ikke like markant i de **nye medlemsstatene i EU**, selv om en del land har registrert en økning. Også **USA** har rapportert om økt etterspørsel etter behandling, og der gikk antallet klienter inntatt til behandling for marihuanabruk opp fra rundt 20 000 i 1992 til 90 000 i 2000.

## Den typiske cannabisbruker i behandlingsapparatet – ung, godt sosialt integrert og oftest mann

Sammenlignet med de som behandles for problemer med andre rusmidler, vil nye cannabis klienter oftest være yngre (gjennomsnittlig 22–23 år) og oftest menn (83%). Bare et forholdsvis lite antall meget unge kommer til behandling i som har spesialisert seg på narkotikabehandling, men når de gjør det, er det ofte cannabis som er deres primære rusmiddel. Nesten alle (80%) søknadene om behandling fra personer under 15, og 40% av alle søknader fra personer mellom 15 og 19, gjaldt cannabis.

Rapporten viser at 45% av alle cannabis klienter i behandlingsapparatet fortsatt er under utdanning, sammenlignet med typisk 8% for de som behandles for andre rusproblemer, mens 24% er i arbeid – noe som er i sterk motsetning til heroinklienter, som for det meste er uten arbeid. Cannabis klientene rapporterer også oftere om stabile boforhold, og mange bor sannsynligvis ennå hjemme med foreldrene. De fleste cannabis brukere blir henvist til behandling gjennom familie og venner, sosialtjenesten eller strafferettslige organer og kommer sjelden dit av seg selv.

Av heroinbrukerne som inntas til behandling i Europa, bruker flesteparten (84%) heroin daglig. Når det gjelder cannabis, bruker halvparten av klientene stoffet regelmessig (36% daglig og 17% 2–6 ganger i uken). Den andre halvparten rapporterer om mer sporadisk bruk: 15% rapporterte om sjeldnere enn ukentlig bruk, og 28% hadde ikke brukt stoffet i løpet av den siste måneden før inntak til behandling. Den høyeste andelen daglige brukere blant cannabis klienter i behandling rapporteres i **Nederland** (80%), mens den høyeste andelen sporadiske brukere rapporteres i **Tyskland** (41%), det landet som også har høyest andel av nye cannabis klienter.

## Responen på behovene til cannabis brukere i behandling

«En forståelse av behovene til dem som søker hjelp for cannabis problemer, er grunnleggende for å kunne utvikle effektive tiltak,» sies det i rapporten. Cannabis klienter har andre bruksmønstre enn personer som bruker andre typer stoff, men det er også vesentlige forskjeller blant cannabis brukerne. Vi kan grovt sett skille mellom to store grupper.

Den første gruppen er yngre, henvises oftest av familie eller skole, og består av personer som bruker cannabis alene, eventuelt sammen med alkohol eller andre sentralstimulerende midler. Den andre gruppen er noe eldre, henvises oftere av strafferettssystemet eller helsetjenesten, har mer erfaring med andre illegale rusmidler og overlapper med befolkningen av kroniske rusmiddelbrukere. Cannabis brukernes behandlingsbehov er derfor svært varierende.

Behandlingsapparatet i **Danmark, Tyskland, Hellas, Frankrike, Nederland, Østerrike, Sverige og Norge** har en del tjenestetilbud som er skreddersydd for cannabis brukere, men i det store og hele er spesialiserte behandlingstilbud og -modeller for cannabis klienter lite utviklet i Europa.

Et viktig spørsmål rapporten tar opp, er hvorvidt det er «hensiktsmessig» å henvise sporadiske cannabis brukere til spesialiserte narkotikatilbud, hvor de kan komme i kontakt med kronisk heroinavhengige eller blandingsbrukere. I rapporten heter det: «Ettersom mange av disse spesialiserte tiltakene for rusmiddelbehandling er innrettet for å møte behovene til en ofte kaotisk og marginalisert befolkning, kan det diskuteres hvor egnet de er for personer med mindre akutte behov, som de fleste cannabis brukere». Å identifisere hensiktsmessige henvisningskanaler og tiltak er nøkkelen til å få personer med et cannabis problem rusfrie.

## Biten som mangler i puslespillet

Rapporten fastslår at antallet personer som behandles for cannabis problemer i spesialiserte tiltak, representerer en «ikke ubetydelig andel» av nye søkere og utgjør en viktig undergruppe av befolkningen i behandlingsapparatet – og dette er noe vi er nødt til å ta hensyn til. Den viser også at selv om intensiv cannabis bruk forekommer forholdsvis sjelden, er bruken så utbredt at et betydelig antall unge kan være berørt. Og konsekvensene av dette, folkehelsepolitisk sett, kan være omfattende. Men fortsatt står «mange viktige

spørsmål... ubesvart», og i den sammenheng vil vi minne om at ikke alle land har et tilstrekkelig datagrunnlag til å vurdere dagens situasjon nøyaktig.

**Georges Estievenart** sier: «Vi har påvist en økning i regelmessig cannabisbruk, og vi har sett nærmere på styrkegrad og frykten mange føler i den forbindelse. Fra kliniske studier vet vi også at cannabisbrukere kan få akutte og kroniske helseproblemer, samtidig som andre som eksperimenterer med stoffet tilsynelatende ikke får langsiktige skader. Men vi mangler fortsatt den viktigste biten i puslespillet, den biten som vil sette oss i stand til å forstå hva de endrede bruksmønstrene for cannabis i EU medfører, særlig i forhold til behandlingsapparatet. Det vi mangler, er data som gir oss et grunnlag for å måle i hvilket omfang regelmessige brukere har eller får problemer. Denne informasjonen er kritisk for at vi skal kunne utvikle og gjennomføre målrettede, effektive offentlige helsetiltak mot bruken av Europas mest populære narkotiske stoff».

## KOMORBIDITET

### De fleste narkotikabrukere i behandlingsapparatet har psykiske helseproblemer

Narkotikabruk forekommer ofte sammen med en lang rekke andre plager, f.eks. infeksjonssykdommer (HIV, HCV) og sosiale problemer. Men langt mindre kjent er de psykiske helseproblemene som er knyttet til avhengigheten, og som kan gjøre det vanskeligere å gjennomføre behandling.

Ifølge dagens rapport har «et stort og antakelig økende antall» klienter i behandlingsapparatet i dag en dobbeltdiagnose – samtidig forekomst av rusmiddelmissbruk og psykiske problemer. Mellom 50% og 90% av disse brukerne rapporteres å lide av personlighetsforstyrrelser, og om lag én femdel av alvorligere psykiatriske lidelser.

Men både rusmiddelomsorgen og psykiatrien svikter når det gjelder å identifisere pasienter med dobbeltdiagnose. Tilstanden er nemlig kjent for å være vanskelig å diagnostisere. Narkotikaavhengighet og nedbrytende atferd skjuler ofte reelle personlighetsforstyrrelser, og de psykiatriske syndromene blir ofte forvekslet med stoffinduserte tilstander. Mangelen på opplæring er også et hinder – personalet i psykiatrien og i rusmiddelomsorgen har liten kjennskap til hverandres arbeidsfelt, og dermed står de dårlig rustet til å behandle alle pasientens lidelser og problemer. Resultatet blir at klientene ofte går i skytteltrafikk mellom de ulike tjenestene («svingdørsyndromet»), noe som kan føre til at behandlingen avbrytes og dermed til høy frafallsprosent og frustrasjoner både hos klient og omsorgsarbeider.

Rapporten understreker behovet for en godt strukturert, integrert tilnærming etter «case management»-modellen, som skreddersys til den enkeltes behov og varer ved over tid. Men her sies det videre: «De fleste land har bare noen få spesialiserte integrerte programmer eller enheter for pasienter med dobbeltdiagnose, og tilbudet tilfredsstillende på langt nær behovet». Det er registrert en viss utvikling på området i **Italia** og **Nederland**, som har igangsatt felles opplæring om dobbeltdiagnose for personell i den psykiske helsetjenesten og rusmiddelbehandlingen. Andre land rapporterer om intern opplæring, men gjennomføringen er «tilfeldig og spredt».

«Samarbeid og samordning mellom de ulike tjenestene i alle ledd i behandlingsskjeden er avgjørende for behandlingen av dobbeltdiagnose og for å sikre kontinuiteten i omsorg og ettervern,» sier **Georges Estievenart**. «Dette er krevende både i form av tid og menneskelige og organisatoriske ressurser, men til syvende og sist lønner det seg». Europakommisjonen gjennomfører for tiden en studie av tilbudet for klienter med dobbeltdiagnose i syv psykiatriske miljøer i Europa. Resultatene forventes å foreligge i 2005.

## EVALUERING AV NASJONALE NARKOTIKASTRATEGIER

### Narkotikapolitikken er mer ansvarlig enn noen gang før

Narkotikapolitikken i de forskjellige landene i EU er nå blitt «mer ansvarlig enn noen gang før», sies det i dagens rapport. Tjueto land (inkludert Norge) har vedtatt nasjonale narkotikastrategier, og mange har gjort evaluering til en prioritet for å kunne måle resultater og styre økonomien.

I et eget kapittel om evaluering av nasjonale narkotikastrategier fastslår rapporten at de fleste landene nå evaluerer gjennomføringen av tiltakene, mens andre igjen – **Spania, Frankrike, Irland og Portugal** – går et skritt videre og prøver å vurdere politikken effektivitet i forhold til narkotikaproblemet (konsekvensanalyse). Politisk vilje til å gjennomføre en mer evidensbasert politikk er i seg selv et stort skritt framover. Men i praksis, sier rapporten, ser vi ingen tegn til at noen land vurderer sin innsats på narkotikaområdet i sin fulle bredde. Årsakssammenhengen mellom en narkotikapolitikk og narkotikasituasjonen er vanskelig å påvise, for bildet forvrenges ofte av sosioøkonomiske faktorer og bredere samfunnsmessige faktorer.

Ekspertene og fagfolk er samstemte i at en vitenskapelig evaluering av en strategi forutsetter at målsettingene er formulert på en klar, entydig og målbar måte og ledsages av ytelsesindikatorer som resultatene kan måles opp mot. Fram til nå er det bare noen få land – som **Spania og Irland** – som bruker slike indikatorer.

Til tross for kunnskapshullene fastslår rapporten følgende: «Spredningen av en kartleggings- og vurderingskultur har tilført mer kunnskap om narkotikaproblemet i EU og følgelig lagt til rette for mer informerte beslutninger... Mange prosjekter og konkrete intervensjoner på narkotikaområdet inneholder allerede et element av evaluering, og dersom dette utvides til alle de viktigste narkotikapolitiske tiltakene, vil det gradvis bidra til å måle virkningene av de nasjonale narkotikastrategiene i Europa».

---

#### **Merknader:**

Pressemeldinger på 20 språk og **Årsrapporten, Statistiske opplysninger, Sammendrag av landsituasjonen og Nasjonale Reitox-rapporter** finnes på <http://annualreport.emcdda.eu.int> – <http://emcdda.kpnqwest.pt>

(<sup>1</sup>) *An overview of cannabis potency in Europe*, EMCDDA Insights No 6, 2004. Utarbeidet av dr. Leslie A. King under ledelse av Paul Griffiths og Chloé Carpentier, EONN. (Kan lastes ned fra: <http://www.emcdda.eu.int>). Informasjon om styrkegraden på cannabisprodukter i landene i Europa er basert på en gjennomgang av vitenskapelig og teknisk litteratur på området, rapporter fra EUs medlemsstater (Standardtabell 14, dokumenter framlagt som ledd i deltakelsen i EONN–Reitox' europeiske narkotikaovervåkingssystem) samt på informasjon fra et eget spørreskjema sendt ut til utpekte eksperter innen rettsmedisin, toksikologi og narkotikatesting. Ekspertene fra 13 EU-land har bidratt til studien.