ISSN 1682-2773

2002

Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge

E.O.N.N.
Europeisk Overvåkingssenter for Narkotika og Narkotikamisbruk

NO

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen er utgitt av Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) og er opphavsrettslig beskyttet. EONN påtar seg intet juridisk eller erstatningsrettslig ansvar for følger av bruken av data i dette dokument. Med mindre annet er angitt, representerer ikke denne publikasjonen, herunder eventuelle anbefalinger eller synspunkter som kommer til uttrykk, den politikken som føres av EONN, dets partnere, noen EU-medlemsstat eller Den europeiske unions eller De europeiske fellesskaps organer eller institusjoner.

Store mengder tilleggsinformasjon om Den europeiske union er tilgjengelig på Internett via Europa-serveren – http://europa.eu.int.

Rapporten foreligger på dansk, nederlandsk, engelsk, finsk, fransk, tysk, gresk, italiensk, portugisisk, spansk, svensk og norsk. Alle oversettelser er utført av Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer.

Bibliografiske data finnes bakerst i denne publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2002

ISBN 92-9168-134-2

© Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2002.

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Italy

O . E . D . T .
Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25
P-1149-045 Lisboa
Tlf. (351) 21 811 30 00
Faks (+351) 21 813 17 11
E-post: info@emcdda.org
Nettsted: http://www.emcdda.org

Innhold

Takk til samarbeidspartnere og bidragsytere 4

Forord 5

Oversikt 7

KAPITTEL 1:
Narkotikasituasjonen 11
- Narkotikamisbruk i befolkningen generelt 11
- Problematisk bruk av narkotika 14
- Etterspørsel etter behandling 15
- Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer 18
- Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet 21
- Narkotikarelatert kriminalitet 24
- Narkotikamarkeder og tilgjengelighet 26

KAPITTEL 2:
Tiltak mot narkotikamisbruk 29
- Nasjonale og europeiske narkotikastrategier 29
- Etterspørselsreduksjon 32
- Tilbudsreduksjon 36

KAPITTEL 3:
Utvalgte aspekter 39
- Blandingsmisbruk 39
- Vellykket behandling 44
- Narkotikamisbruk i fengsler 46

Knutepunkter i Reitox-nettet 55

En interaktiv utgave på 12 språk av Årsrapporten for 2002 er lagt ut på internett under http://annualreport.emcdda.eu.int. Her finnes også forbindelser til datakilder, rapporter og bakgrunnsmateriale som er brukt i sammenstillingen av denne rapporten.

Takk til samarbeidspartnere og bidragsytere

EONN ønsker å takke følgende for deres bidrag til denne rapporten:

- Lederne for de nasjonale knutepunktene i Reitox-nettet og deres medarbeidere
- De tjenester i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til denne rapporten
- Medlemmene av EONNs styre og vitenskapelige komité
- Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union – særlig Den horisontale arbeidsgruppen for narkotika (HDG) – og Europakommisjonen
- Europarådets Pompidou-gruppe, De forente nasjoners narkotikaprogram (UNDCP), Verdens helseorganisasjon (WHO), Europol, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO) og Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS;
- Oversettelssenteret for Den europeiske unions organer og Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

Forord

Av vår *Årsrapport* for 2002 går det fram at det er vanskelig å gi en kortfattet beskrivelse av 'det europeiske narkotikaproblemet' – til dét er bildet for sammensatt. Trendene og omfanget av ulovlig bruk av narkotika, så vel som karakteren og konsekvensene av bruken, varierer fra et land til et annet og fra en region til en annen. Nasjonale gjennomsnittstall kan skjule sterkt divergerende trender på regionalt eller lokalt plan. Men selv om noen indikatorer i enkelte land eller regioner viser økning, tyder det generelle bildet på at situasjonen nå er mer stabil og 'endemisk', med konstante tall for rekruttering og avgang. På 1980-tallet og første halvdel av 1990-tallet var situasjonen motsatt, og mange land i Den europeiske union opplevde en ekstrem, epidemisk økning i bruken av narkotika og problemene i den forbindelse.

Den lenge rapporterte økningen i bruken av cannabis viser i enkelte land tegn til stabilisering, dog på klart forskjellige nivåer, samtidig som vi nå faktisk kan ha en økning i problemene med cannabis og kokain. Når det gjelder problematisk bruk av narkotika, har syv av 15 land oppjustert sine anslag, noe som tyder på en viss økning, men samtidig rapporterer de fleste landene om relativ stabilitet på området. I det store og hele synes utbredelsen av HIV å være stabil, selv om nivåene varierer meget landene imellom, med stor økning i en del regioner og undergrupper av sprøytebrukere. Antallet akutte, narkotikarelaterte dødsfall synes å ha flatet ut, men trendene varierer fra land til land. Prisene på de fleste narkotiske stoffer synes generelt stabil eller fallende.

'Narkotikaproblemet' i Den europeiske union er altså et fenomen vi må forholde oss til, og det er helt klart ikke rom for å slappe av. Vi har anslagsvis to til ni problembrukere pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år. I enkelte områder har mer enn 25 % av sprøytebrukerne HIV, og prevalensen av HCV er fortsatt svært høy (40-90 %). Hvert år forekommer mellom 7 000 og 8 000 akutte, narkotikarelaterte dødsfall, og vi konstaterer med uro at enkelte land som tidligere hadde stabile eller nedadgående trender nå opplever en økning. Risikoen for dødsfall er opptil 20 ganger høyere for opiatmisbrukere enn for deres ikkemisbrukende jevnaldrende. Antallet klienter i behandling har gått opp, og selv om behandlingstilbudet også er blitt utvidet, er det klart utilstrekkelig, spesielt i fengslene. Det er derfor av helt avgjørende betydning at den politiske innsatsen i forhold til narkotikaproblemet ikke bare føres videre, men også trappes opp.

Vi konstaterer at det er bredere enighet om tiltakene mot en del av de viktigste problemene, og vi får stadig flere bevis på at tiltakene virker. Verdien av lavterskeltjenester og betydningen av tilgang til sterilt sprøyteutstyr for å redusere overføringen av blodbårne sykdommer er for eksempel nå viden anerkjent. De fleste land erkjenner nå at vedlikeholdsbehandling med metadon har en beskyttende virkning når det gjelder dødelighet og sykelighet, at frivillig, medikamentfri behandling utgjør et verdifullt supplement, og at legemiddelassistert behandling er viktig i arbeidet for å redusere ulovlig narkotikabruk, risikoatferd og kriminalitet.

Dette er noe av grunnen til at landene i Den europeiske union fører en så pass sammenfallende politikk innen forebygging og behandling. Dette relative sammenfallet, som vi særlig finner på området helse og sosial, gir seg likevel forskjellige utslag i forskjellige land – f.eks. er sprøyteutdeling langt vanligere i en del land enn i andre. Tilnærmingen er heller ikke nødvendigvis konsekvent innenfor det enkelte land, slik at substitusjonsbehandling f.eks. kan være lett tilgjengelig på behandlingssentre, men vanskelig tilgjengelig i fengslene.

Likevel ser vi at tilnærmingen på det nasjonalpolitiske og lovgivende plan i stadig økende grad gir seg utslag i tilnærmet like sosiale og folkehelsepolitiske tiltak. I mange land går utviklingen på det lovgivende plan i retning av å sikte mot rusmidler generelt, uten hensyn til deres rettslige stilling, å skape et skarpere skille mellom narkotikabruk og narkotikaforbrytelser, sette ned eller fjerne straffen for bruk eller besittelse av cannabis til eget bruk og styrke substitusjonsbehandlingens stilling i lovverket. Innen forebygging settes fokus etter hvert mer på å sikre kvaliteten på tiltakene ved å innføre nasjonale, standarder og godkjenningsprosedyrer.

Den økende konsensen i Den europeiske union går klart i retning av økt effekt og effektivitet i den videre kampen mot narkotika og problemene i den forbindelse, ved å redusere sykelighet, dødelighet, stigmatisering og sosial eksklusjon blant problembrukere, samtidig som det gis sannferdig informasjon om potensielle risikoer til brukere som ikke kommer inn i kategorien problembrukere. Dette representerer også en felles, mer kraftfullt reaksjon i forhold til den høye prioritet bekjempelsen av narkotikaproblemet har for Europas borgere. *Årsrapporten* for 2002 er et viktig bidrag i arbeidet for å opprette en evidensbase som grunnlag for utformingen av en forsvarlig politikk og for den strategiske planleggingen, både på nasjonalt, lokalt og europeisk plan.

Georges Estievenart
Administrerende direktør

Oversikt

Narkotikasituasjonen

Narkotikamisbruk i befolkningen generelt

- Det er hovedsakelig unge voksne, spesielt unge menn i urbane områder, som bruker illegale stoffer, men bruken kan være i ferd med å bre seg til mindre byer og til distriktene.

- Nyere cannabisbruk (siste 12 måneder) er rapportert av 5-15 % av unge voksne i de fleste land. 0,5-6 % rapporterte nyere amfetaminbruk, 0,5-3,5 % kokainbruk og 0,5-5 % ecstasybruk.

- 10-30 % av voksne i europeiske land rapporterer livstidserfaring med cannabis, mens ca. 1-5 % har prøvd amfetamin, kokain og ecstasy.

- Cannabisbruken økte kraftig i løpet av 1990-årene i de fleste EU-landene, spesielt blant ungdommen, men i de senere år ser det ut til at bruken har flatet ut i en del land. Kokainbruken kan ha økt i de senere år i en del land, men denne trenden er ikke like tydelig.

Problematisk bruk av narkotika

- Generelt sett synes nivåene av problematisk bruk av narkotika å være stabile, men en del land rapporterer om en utvikling av anslagene som sett under ett tyder på at den problematiske bruken av narkotika har økt siden 1996.

- Det rapporteres om mulige økninger på nasjonalt plan fra Belgia og Norge (bare data om sprøytebrukere), Tyskland, Italia, Luxembourg, Sverige og Storbritannia.

- Anslagene over problematisk bruk av narkotika ligger alt mellom to og ni tilfeller pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år.

- Anslagene over sprøytebruk ligger generelt mellom to og fem tilfeller pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år.

Etterspørsel etter behandling

- Landene rapporterer om en økning i antallet klienter som er i behandling.

- Det er fortsatt opiater de fleste klientene søker behandling for, etterfulgt av cannabis, kokain og amfetaminer. Det er store forskjeller landene imellom.

- Trender for de enkelte stoffene hos nye klienter som påbegynner behandling, viser at antallet heroinmisbrukere fortsatt er stabilt eller synkende, mens antallet cannabismisbrukere stiger i en del land (Tyskland og Danmark). Antallet kokainklienter – som økte fram til i fjor – synes nå å være stabilt.

- De vanligste måtene nye klienter tar rusmidler på, er for heroin injisering (45,9 %) og kokain sniffing (47,1 %) mens sentralstimulerende midler inntas i mat/drikke (56,4 %).

- De sosiale forholdene for narkotikamisbrukere er dårligere enn for den samme aldersgruppen i befolkningen generelt. Utdanningsnivåene er lavere og arbeidsledigheten høyere.

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer

- Nivåene på HIV-smitte varierer stort sett mellom 1 % i Storbritannia og 34 % i Spania, men generelt sett er nivåene stabile.

- Utbredelsen av HIV var over 25 % blant sprøytebrukere som ble rutinemessig testet i forbindelse med narkotikabehandling i de italienske regionene Emilia-Romagna, Lombardia og Sardinia, i Frankrike, i Portugal (Lisboa og Porto) og i Spania.

- Økninger i HIV-smitte (i undergrupper av sprøytebrukere) kan ha funnet sted i regioner eller byer i Irland, Italia, Nederland, Portugal og Finland.

- Utbredelsen av HCV er ekstremt høy i alle land og miljøer, med tall fra 40 til 90 % i de forskjellige undergruppene av sprøytebrukere.

Narkotikarelaterte dødsfall

- 7 000-8 000 akutte, narkotikarelaterte dødsfall rapporteres hvert år i EU, men det reelle tallet er sannsynligvis høyere. Opiater er til stede i de fleste overdosedødsfall, men ofte er også andre stoffer til stede.

- Trenden er relativt stabil på EU-nivå, men det finnes divergerende nasjonale trender. Etter en periode med stabilisering eller nedgang rapporterer imidlertid en del EU-land nå om en foruroligende ny økning.

- Pga. overdoser, smittsomme sykdommer, ulykker, selvmord osv. er dødeligheten blant opiatmisbrukere, spesielt sprøytebrukere, inntil 20 ganger høyere enn for den samme aldersgruppen i befolkningen generelt.

Narkotikarelatert kriminalitet

- I alle land (bortsett fra Norge, Nederland, Italia og Spania) gjelder de fleste brudd på narkotikalovgivningen som rapporteres av politiet, fortsatt hovedsakelig narkotikamisbruk/-besittelse.

- Alt etter fengsel og land rapporterer mellom 29 og 86 % av innsatte (over 50 % i de fleste studier) at de noen gang har brukt et illegalt narkotisk stoff.

- Selv om de fleste narkotikamisbrukere pleier å slutte med narkotika eller redusere narkotikabruken når de settes inn fordi det er liten tilgang til illegale rusmidler, fortsetter noen å bruke narkotika, mens andre igjen først begynner å bruke narkotika når de settes inn.

Narkotikamarkeder og tilgjengelighet

- Cannabis er det stoffet som beslaglegges oftest i alle landene bortsett fra Portugal (heroin). I 2000 gikk i de beslaglagte mengdene ned i de fleste medlemsstatene.

- Antallet cannabis- og ecstasybeslag i EU fortsatte å øke i 2000, mens antallet heroin-, kokain- og amfetaminbeslag gikk ned.

- I 2000 ble det rapportert om en klar nedgang i de beslaglagte kokainmengdene – hovedsakelig som følge av store økninger de i landene som har hatt de største kokainbeslagene i EU (Spania, Frankrike og Nederland).

- Prisen på alle illegale narkotiske stoffer er generelt stabil eller synkende i EU, men enkelte økninger er rapportert for brunt heroin.

Tiltak mot narkotikamisbruk

Nasjonale strategier

- Nye strategiske tiltak mot narkotikasituasjonen innføres stadig. Målene og målsettingene er klarere enn noen gang. Hovedutfordringene man nå står overfor er å gjennomføre og evaluere de nasjonale narkotikastrategiene.

- Større oppmerksomhet rettes mot forebygging og behandling med hensyn til bruk av alkohol og tobakk. Strategiene er vanligvis rettet mot rusmidler som kan føre til avhengighet, uten hensyn til rusmiddelets rettslige stilling.

Nasjonal lovgiving

- En aktuell trend er å skape et skarpere skille mellom bruk av narkotika og andre brudd på narkotikalovgivningen, enten ved å foreta tilpasninger i narkotikalovgivningen/-politikken eller ved å etablere et mer spesialisert rettssystem, eventuelt begge deler.

- På samme tid har en rekke land valgt å sette ned eller fjerne straffen for bruk eller besittelse av cannabis til eget bruk, i motsetning til andre narkotiske stoffer.

- Ny lovgivning vedrørende narkotika og bilkjøring fastsetter hvem som skal testes og hvilke testmetoder som skal brukes, noe som kan bedre innsamlingen av data til statistiske formål og tjene som vitenskapelig grunnlag for framtidig lovgivning på feltet.

- Nasjonale rettslige rammer for substitusjonsbehandling blir opprettet eller styrket.

Etterspørselsreduksjon

- Tiltak prioriteres høyt i alle nasjonale strategier. Forebyggende arbeid i skolene er prioritert i ti medlemsland, forebygging og tidlig intervensjon overfor unge i faresonen i ni land og strafferettslige tiltak i syv. Åtte land ser det som nødvendig å styrke behandlingsstrukturene.

- Kvaliteten på tiltakene for å redusere etterspørselen sikres ved at det (i enkelte land) innføres nasjonale standarder og prosedyrer eller retningslinjer for akkreditering.

Forebyggende arbeid i skolen, lokalmiljøet og lokalsamfunnet

- Alle medlemslandene legger vekt på at forebygging skal ha høy prioritet og rapporterer om mange forebyggende aktiviteter i ulike miljøer, særlig i skolen. Det er imidlertid stor avstand mellom de politiske målene og realitetene og kvaliteten på det forebyggende arbeidet.

- Målene for det forebyggende arbeidet i skolene varierer fra altomfattende helsefremmende prinsipper og utvikling av sosiale/personlige ferdigheter til utvikling av identitet/personlighet. Bevisstgjøring og informasjon spiller ofte en framtredende rolle, selv om en slik tilnærmingsmåte alene har vist seg å være lite effektiv.

- Det er store forskjeller mellom medlemslandene når det gjelder massemedias rolle i de forbyggende strategiene – fra ingen i det hele tatt til at de har en svært framtredende rolle.

Forebyggende arbeid i fritidsmiljøer

- Forebyggende arbeid i fritidsmiljøer er basert på tre intervensjonsstrategier: utarbeiding av informasjonsmateriell om rusmidler, personalisert intervensjon på diskoteker og raves samt strukturelle tiltak som retningslinjer for trygg 'clubbing'.

- Verdien av pilletesting på stedet i forbindelse med intensiv interaktiv forebyggende rådgivning har blitt overskygget av debatten om farmakologisk nøyaktighet og de juridiske implikasjonene ved slike tiltak.

Forebygging av smittsomme sykdommer

- Blant evidensbaserte tiltak for å forebygge smittsomme sykdommer hos narkotikamisbrukere er; vaksinering mot hepatitt, narkotikabehandling – særlig forskrivning av substitusjonsmidler – oppsøkende virksomhet, tilgang til sterilt sprøyteutstyr samt informasjon om og opplæring i trygg bruk.

- Tilgang til sterilt sprøyteutstyr er svært viktig for å redusere omfanget av HIV-smitte og andre blodbårne virusinfeksjoner. Selv om det stadig etableres nye sprøytebytteprogrammer, er det store forskjeller i dekningsgrad for målgruppen både landene imellom og innenfor det enkelte land.

- Ratene for hepatittvaksinering blant narkotikamisbrukere er svært lave. En del land har gjort en systematisk innsats for å gjøre vaksinen lettere tilgjengelig.

Forebygging av narkotikarelaterte dødsfall

- En betydelig del av overdosene kunne vært unngått.

- Vedlikeholdsbehandling med metadon har en klar forebyggende virkning på dødeligheten ved opioid-overdoser.

- Enkelte land rapporterer om nye tilnærmingsmåter til forebygging og håndtering av overdoser – f.eks. gis brukerne opplæring i hvordan de kan beskytte seg mot overdoser og bedre håndtere overdoser de blir vitne til, trening i å gi nalokson samt grunnleggende gjenopplivningsteknikker, eventuelt utarbeiding av informasjonsmateriell om konkrete forebyggende tiltak.

Tilgjengelighet av behandlingstilbud

- I løpet av de fem siste årene har behandlingstilbudet i EU og Norge blitt betraktelig utvidet. Det ser ut til at legemiddelassistert behandling øker mer enn stoff-fri behandling.

- Evalueringer av stoff-frie behandlingstiltak har vist at tiltakene er effektive. Evalueringsresultatene varierer, men generelt fullfører 30-50 % av klientene den stoff-frie behandlingen.

- Legemiddelassistert behandling med metadon og buprenorfin har vist seg effektiv for å oppnå mål som reduksjon i inntak av illegale stoffer, risikoatferd og kriminalitet. Korrekt tilpassede doser er av avgjørende betydning for å sikre et positivt behandlingsresultat. Ledsagende psykososiale tiltak bidrar til at behandlingen lykkes, men disse tiltakene er ennå lite utbredt.

Strafferettslige tiltak

- Domstolene i landene i EU kan iverksette en rekke tiltak på ulike nivåer i det strafferettslige systemet for å føre brukere som har begått straffbare handlinger inn i behandlingsapparatet.

- De fleste EU-land har behandlingsprogrammer som er basert på avholdenhet, og/eller stoff-frie enheter i fengslene. Antallet plasser er imidlertid lavt i forhold til anslaget over antall innsatte som har narkotikaproblemer.

- Substitusjonsbehandling er nå tilgjengelig i fengsler i nesten alle EU-land og Norge. Fengslene følger imidlertid ofte en avgiftningspolitikk, selv i land hvor en stor del av problembrukerne i samfunnet for øvrig får substitusjonsbehandling.

- Det er et dokumentert behov for 'trinnvise omsorgsordninger' og fortsatt behandling for å redusere til-

bakefallsprosenten blant lovbrytere som bruker narkotika.

- Det gjøres stadig større anstrengelser for å dokumentere og evaluere andre strafferettslige tiltak, men vi har (foreløpig) ikke mye å vise til av vitenskapelige bevis.

Tilbudsreduksjon

- Bekjempelse av organisert narkotikasmugling har høy prioritet i medlemsstatene. Arbeidet skjer i form av en forbedring av databasesystemer og teknikker for kriminalteknisk analyse, samt økt internasjonalt samarbeid.

- Kampen mot avledning av kontrollerte kjemiske produkter og prekursorer er en viktig del av det økte internasjonale samarbeidet. Det vil trenges tilleggsressurser for å sikre nødvendig nivå på overvåkingen.

- Internasjonalt tollsamarbeid og OECDs særskilte arbeidsgruppe mot økonomisk kriminalitet (Financial Action Task Force – FATF) spiller en svært viktig rolle i kampen mot hvitvasking av penger.

Narkotikasituasjonen

Dette kapittelet gir et overblikk over situasjonen når det gjelder bruk og tilgang på narkotiske stoffer i EU og Norge samt utviklingen i den senere tid og trendene framover.

Narkotikamisbruk i befolkningen generelt [1]

Befolkningsundersøkelser gir estimater over den andelen av befolkningen som har brukt ulike stoffer i visse perioder. I tillegg gir de informasjon om respondentenes atferd og karakteristika. For illegale stoffer er de vanligste målene:

- enhver bruk i løpet av vedkommendes liv (livstidsprevalens), også kalt "livstidserfaring" med narkotika,
- enhver bruk i løpet av det siste året (bruk siste 12 måneder), også kalt 'nyere bruk' av narkotika og
- enhver bruk i løpet av den siste måneden (bruk siste 30 dager), også kalt 'nåværende bruk' av narkotika.

'Livstidserfaring' gir alltid høyest tall og er det målet som vanligvis brukes i rapporter og vurderinger av narkotikasituasjonen i et land. Men livstidserfaring alene gir ikke et riktig bilde av den nåværende situasjonen ettersom den også omfatter alle som noen gang har prøvd narkotika, enten det var som en engangsforeteelse eller skjedde ved et par anledninger for mange år siden.

Begrepet 'nyere bruk' gir lavere tall, men gjenspeiler den nåværende situasjonen på en bedre måte. En kombinasjon av 'livstidserfaring' og 'nyere bruk' kan gi grunnleggende informasjon om mønstre i narkotikamisbruk (f.eks. fortsettelsesrater). 'Nåværende bruk' kan gi en viss indikasjon på regelmessig bruk, men tallene er vanligvis ganske lave når hele befolkningen tas i betraktning.

Mange undersøkelser tar sikte på å finne ut hvor gamle respondentene var da de begynte å bruke narkotika og hvor hyppig de bruker den. Dette gjør det mulig å få fram anslag over insidens – forekomst og bruksmønstre. Andre individuelle variabler (sosiodemografiske variabler, meninger og risikooppfatninger, livsstil, helseproblemer osv.) kan bidra til å avdekke sammenhenger mellom narkotikamisbruk og andre individuelle faktorer.

Aldersspredningen som resultatene rapporteres for, kan ha stor betydning for utbredelsesanslagene. Sammenligninger bør gjøres mellom identiske aldersgrupper. EONN anbefaler en aldersspredning på 15-64 år for hele den voksne befolkningen og 15-34 år for unge voksne, men det forekommer imidlertid mindre nasjonale avvik i rapporterte data.

Mønstre i narkotikamisbruk

Til tross for de metodologiske begrensningene er både grunnleggende felles og avvikende mønstre i narkotikamisbruk identifisert i EU-medlemsstatene.

Cannabis er fortsatt det illegale stoffet som brukes mest i alle EU-land. Livstidserfaring er mye mer utbredt enn nyere eller nåværende bruk. Dette indikerer at bruken vanligvis er sporadisk eller avsluttes etter en tid. En liten del av brukerne tar stoffet daglig, og denne gruppen bør vies særlig oppmerksomhet.

Langt færre har brukt andre stoffer enn cannabis, men det er betydelige forskjeller landene imellom. Også her er tallene for livstidserfaring klart høyere enn for nyere bruk [2] [3].

---

(1) Metodene som er brukt for å anslå narkotikamisbruk i befolkningen generelt, er forklart på http://annualreport.emcdda.eu.int

(2) Figur 1 OL: Mønstre i narkotikamisbruk i befolkningen generelt. Bruken av cannabis som eksempel: Livstidserfaring kontra nåværende bruk (siste 30 dager) i en nasjonal nederlandsk undersøkelse fra 1997 (nettutgaven).

(3) Figur 2 OL: Fortsettelsesrater for en del narkotiske stoffer i hele den voksne befolkningen, fra nyere europeiske undersøkelser (nettutgaven).

Det er hovedsakelig unge voksne som bruker illegale stoffer. Utbredelsen er bortimot dobbelt så høy hos dem som hos voksne generelt. Det er langt flere menn enn kvinner som har prøvd narkotika, og dette går igjen i alle aldersgrupper i alle land, men forskjellene synes å bli mindre i de yngre aldersgruppene ([4]). Narkotikamisbruk er mest utbredt i byområder, men bruken kan være i ferd med å bre seg til mindre byer og til distriktene.

Ifølge rapporter varierer livstidserfaringen med cannabis fra 10 % (Finland) til 25-30 % (Danmark og UK) blant hele den voksne befolkningen. Et stort antall land rapporterer tall på rundt 20 % (Belgia, Frankrike, Tyskland, Irland, Nederland og Spania). 1-6 % av befolkningen har prøvd amfetamin (11 % i UK), mens ca. 0,5-4,5 % har prøvd kokain og ecstasy. Under 1 % av befolkningen generelt har prøvd heroin, men blant unge menn er andelen oppe i 2-3 % i enkelte land. Til sammenligning har, i henhold til en amerikansk husholdningsundersøkelse fra 2000 ([5]), 34 % av USAs voksne befolkning (12 år og eldre) livstidserfaring med cannabis og 11 % med kokain.

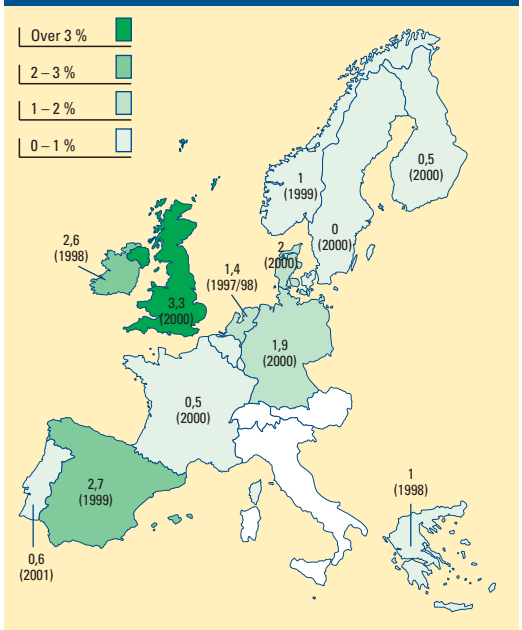
1-10 % av alle voksne rapporterer nyere cannabisbruk, men de fleste land som har opplysninger, rapporterer tall på 5-10 %. Mindre enn 1 % av den voksne befolkningen rapporterer nyere bruk av amfetamin, kokain eller ecstasy, selv om Irland og Storbritannia har litt høyere tall for de tre stoffene. Danmark og Norge har tilsvarende høyere tall for amfetamin og Spania for kokain. I den amerikanske husholdningsundersøkelsen fra 2000 rapporterte 8,3 % av den voksne befolkningen (12 år og eldre) nyere bruk (det siste året) av cannabis og 1,5 % av kokain.

Unge voksne rapporterer klart høyere tall på nyere narkotikamisbruk. I de fleste land rapporterte 5-18 % av unge voksne nyere bruk av cannabis (Sverige 1-2 %). 0,5-6 % rapporterte nyere amfetaminbruk, 0,5-3,5 % kokainbruk og 0,5-5 % ecstasybruk ([6]).

I tillegg til at det faktisk finnes reelle forskjeller i narkotikabruken landene imellom, kan flere faktorer bidra til å skape ulikheter. Samlede nasjonale tall kan delvis forklares med generasjonsfaktorer, som tilnærmingen mellom menn og kvinners livsstil. En del samlede nasjonale tall kan delvis forklares med andelen av befolkningen som bor i byer. Sammenlignbare analyser samt utformingen og evalueringen av en narkotikapolitikk bør blant annet baseres på identiske aldersgrupper, kjønn og urbaniseringsgrad ([7]) ([8]).

Figur 1

Nyere bruk (siste 12 måneder) av kokain blant unge voksne i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene tilgjengelig i hvert land. EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland og Irland fra 18). Variasjoner i alderssprednigen kan til en viss grad påvirke enkelte nasjonale forskjeller. I enkelte land er tallene blitt regnet ut på nytt på nasjonalt plan for i størst mulig grad å tilpasses EONNs standardaldersgruppe.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001, hentet fra vitenskapelige undersøkelsesrapporter/-artikler. Se også epidemiologisk standardtabell 'Narkotikamisbruk siste 12 måneder i nyere landsomfattende undersøkelser i befolkningen generelt i en del EU-land' på http:annualreport.emcdda.eu.int.

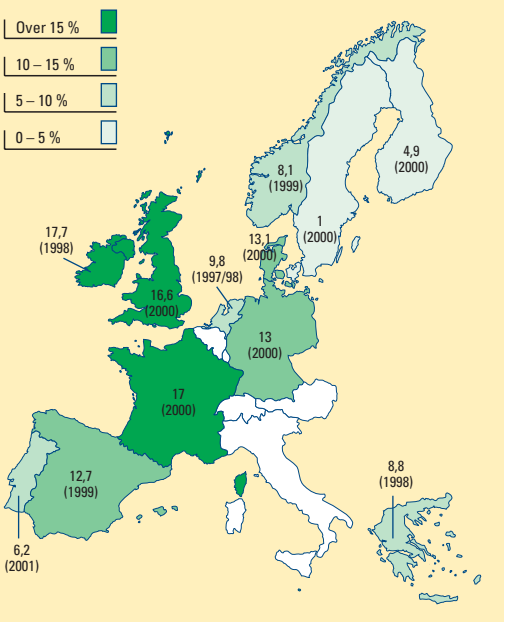
Trender innen narkotikamisbruk i befolkningen generelt

På grunn av begrensningene i informasjonskildene (få sammenhengende serier) og forskjellene i de ulike lands sosiale/kulturelle tradisjoner og utvikling, er det vanskelig å definere klare trender for EU generelt. Begrepet 'livstidserfaring' bør brukes med varsomhet når trender

([4]) Figur 3 OL: Kjønnsforskjeller i narkotikamisbruk, rapportert i generelle befolkningsundersøkelser i europeiske land (nettutgaven).
([5]) Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 1999 og 2000 (http://www.samhsa.gov/oas/oas.html). Merk at alderssprednigen (12 år og eldre) er større enn alderssprednigen som er brukt av EONN i undersøkelsene fra EU-land (15-64 år).
([6]) Figur 4 OL: Nyere bruk (siste 12 måneder) av amfetamin, ecstasy og kokain blant unge voksne i europeiske land, i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser (nettutgaven).
([7]) Figur 5 OL: Hvordan sammenligne tall for narkotikamisbruk landene imellom – et eksempel fra Danmark og Frankrike (nettutgaven).
([8]) Figur 6 OL: Nyere kokainbruk (siste 12 måneder) etter aldersgruppe i europeiske land, i henhold til befolkningsundersøkelser (nettutgaven).

Figur 2

Nyere bruk (siste 12 måneder) av cannabis blant unge voksne i henhold til nasjonale befolkningsundersøkelser



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene tilgjengelig i hvert land. EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland og Irland fra 18). Variasjoner i aldersspredningen kan til en viss grad påvirke enkelte nasjonale forskjeller. I enkelte land er tallene blitt regnet ut på nytt på nasjonalt plan for i størst mulig grad å tilpasses EONNs standardaldersgrupper.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001, hentet fra vitenskapelige undersøkelsesrapporter/-artikler. Se også epidemiologisk standardtabell 'Narkotikamisbruk siste 12 måneder i nyere landsomfattende undersøkelser i befolkningen generelt i en del EU-land' på http://annualreport.emcdda.eu.int/.

analyseres ettersom det er et kumulativt mål som ikke vil avta før langt fram i tiden, selv om vi skulle oppleve en nedgang i aktuell narkotikabruk.

Både nasjonale og lokale befolkningsundersøkelser og undersøkelser på skoler og blant vernepliktige viser at bruken av cannabis økte markant i løpet av 90-tallet i nesten alle EU-land, spesielt blant ungdommer. I tillegg ser man en del likheter i cannabisbruken i flere land – mange land rapporterer om ca. 20-25 % livstidserfaring og 5-10 % nyere bruk.

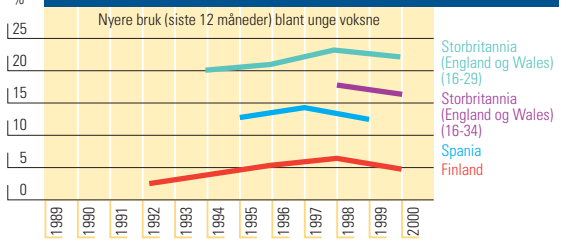
I de senere årene synes cannabisbruken å ha flatet ut eller til og med ha avtatt i enkelte land (Irland, Nederland, Finland og Norge) blant ungdommer, vernepliktige og skoleelever. I andre land fortsetter imidlertid bruken å øke.

Det er vanskeligere å spore europeiske trender i bruken av andre stoffer (f.eks. kokain, ecstasy og amfetaminer), noe som understreker behovet for å videreføre sammenhengende undersøkelsesserier med egnede utvalgsstørrelser.

Den mulige økningen i kokainbruken i EU-landene som følge av at enkelte land opplever økte kokainproblemer, vekker stadig større bekymring. Økningen i nyere kokainbruk synes å være jevnt fordelt blant britiske ungdommer

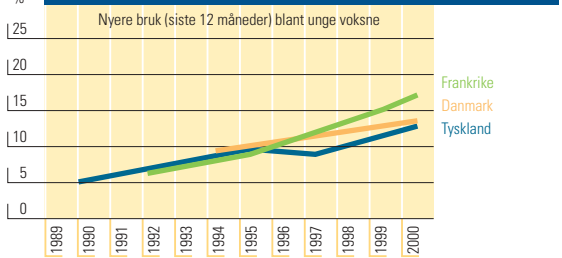
Figur 3A

Stabilisering i bruken av cannabis i den senere tid i en del EU-land



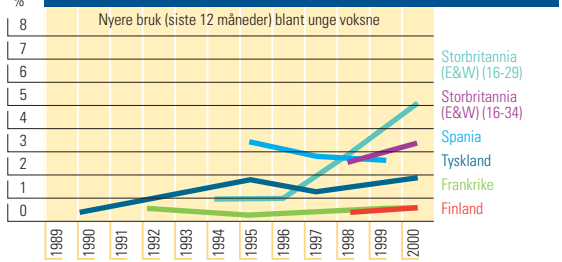
Figur 3B

Fortsatt økning i bruken av cannabis i en del EU-land



Figur 3C

Kokainbruk i en del EU-land (1)



NB: Dataene er hentet fra nasjonale undersøkelser tilgjengelig i hvert land. EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland og Irland fra 18).

(1) Informasjon fra Danmark og Hellas tilsier at disse landene opplever enkelte økninger, uten at dette framkommer i diagrammet.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001, hentet fra vitenskapelige undersøkelsesrapporter/-artikler. Se også epidemiologisk standardtabell 'Narkotikamisbruk siste 12 måneder i nyere landsomfattende undersøkelser i befolkningen generelt i en del EU-land' på http://annualreport.emcdda.eu.int/.

og muligens også om enn i noe mindre grad, blant ungdommer i Danmark, Tyskland og Hellas. Man ser ingen klar økning blant unge voksne i Spania, Frankrike og Finland, men tallene fra Spania er forholdsvis høye, med en sammenhengende økning blant studenter (figur 3).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller til denne delen:

- Livstidsprevalens av narkotikamisbruk (LTP) i nyere landsomfattende undersøkelser blant befolkningen generelt i en del EU-land
- Narkotikamisbruk siste 12 måneder (LYP) i nyere landsomfattende undersøkelser blant befolkningen generelt i en del EU-land
- Skoleundersøkelser: Livstidsprevalens blant 15-16 år gamle skoleelever

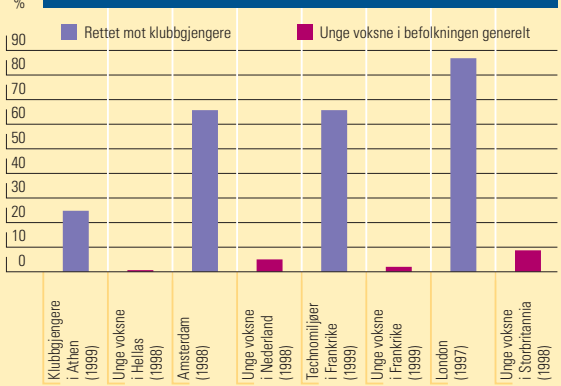
Narkotikabruk blant ungdommer

Bare fem medlemsstater la fram data fra undersøkelser blant 15-16-årige skoleungdommer i løpet av 2000. Tallene for Sverige viste økning i bruken av cannabis og tallene for Italia viste økning for cannabis og kokain. Tallene for de tre andre medlemsstatene viste enten stabil eller avtagende bruk i denne aldersgruppen.

En rekke medlemsstater gjennomfører undersøkelser blant ungdommer over 15-16 år som ikke tilhører noe skolemiljø. Skoleundersøkelser på tvers av aldersgruppene viser at livstidsprevalensen av narkotikabruk øker betydelig med alderen, selv om økningen varierer landene imellom. Sammenlignet med generelle befolkningsundersøkelser viser tallene fra disse undersøkelsene at ungdommer i nattklubbmiljøer også har mye høyere gjennomsnittlig prevalens av rekreasjonsbruk av narkotika, spesielt ecstasy. (Se figur 4, som bør tolkes med varsomhet siden de målrettede undersøkelsene strengt tatt ikke er sammenligbare.)

Figur 4

Forskjeller i livstidsprevalens av ecstasybruk mellom målrettede og generelle befolkningsundersøkelser (1)



(1) I målrettet undersøkelse n=området 100–986.
Kilder: Athen: A, Calafat, K. Bohrn, M. Juan, A. Kokkevi, N. Maalsté, F. Mendes, A. Palmer, K. Sherlock, J. Simon, P. Stocco, M. P. Sureda, P. Tossmann, G. van de Wijngaart, G. and P. Zavatti (1999) Night life in Europe and recreative drug use, IREFREA og Europakommisjonen, Valencia.
Amsterdam: D. J. Korf, T. Nabben, D. Lettink og H. Bouma, (1999) 'Antenne 1998. Trends in alcohol, tabak, drugs en gokken bij jonge Amsterdammers', Jellinek, Amsterdam.
Frankrike: Médecins du Monde (1999) 'Techno Rave Parties'.
London: Release (1997) 'Release drugs and dance survey: an insight into the culture', Release, London.

Problematisk bruk av narkotika

'Problematisk bruk av narkotika' defineres her som 'injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetaminer' [9].

Generelt sett synes nivåene av problematisk bruk av narkotika å være stabile, men med dagens beregningsmetoder, datakvalitet og datatilgjengelighet er det fortsatt ikke mulig å beregne trendene for utbredelse av problematisk bruk av narkotika i de fleste land på en pålitelig måte.

Enkelte land rapporterer imidlertid om en utvikling i anslag og/eller andre indikatordata som, sett under ett, tyder på at den problematiske bruken har bredt om seg siden 1996. Det rapporteres om mulige økninger på nasjonalt plan fra Belgia og Norge (bare data om sprøytebrukere), Tyskland, Italia, Luxembourg, Sverige og Storbritannia, mens enkelte andre land rapporterer om lokale eller regionale økninger [10].

Anslagene over problematisk bruk av narkotika ligger alt mellom to og ni tilfeller pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 (på grunnlag av middelverdiene av anslagene). De høyeste anslagene rapporteres fra Italia, Luxembourg, Portugal og Storbritannia, med mellom seks og ni problembrukere pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år. Anslagene er lavest i Østerrike, Tyskland og Nederland, med ca. tre problembrukere pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år. Data fra Belgia, Hellas og Norge er ikke tilgjengelig (figur 5).

I Finland og Sverige utgjør gruppen som primært bruker amfetamin flertallet av problembrukerne (anslagsvis 70-80 % i Finland i 1997). Dette er det motsatte av hva som er tilfelle i andre land, hvor problembrukerne primært bruker opiater (og samtidig er blandingsbrukere).

I år legger vi fram egne anslag over sprøytebruk, en underkategori av problematisk bruk av narkotika. Den økte kvaliteten på anslagene basert på dødelighet og HIV-data gjør at disse anslagene kan presenteres atskilt fra problematisk bruk av narkotika. Anslag over sprøytebruk ligger generelt på mellom to og fem tilfeller pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år, men data mangler for seks av medlemsstatene. Anslaget for Luxembourg er høyere, nesten syv pr. 1000 innbyggere. Anslagene over sprøytebruk indikerer hvor stor del av befolkningen som risikerer å få alvorlige helseskader eller er i faresonen for narkotikarelaterte dødsfall (figur 6).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller til denne delen:

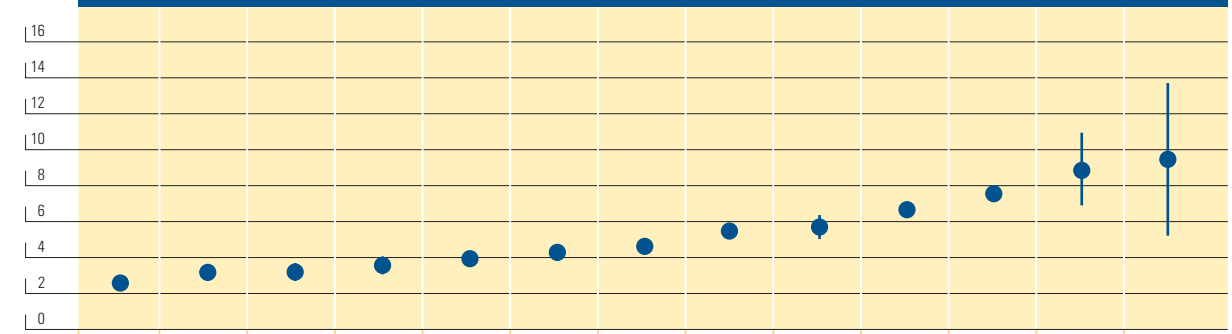
- Anslag over antall problembrukere i EUs medlemsstater, 1995-2000
- Anslag over antall problembrukere i EUs medlemsstater, 1995-2000 (antall pr. 1000 i aldersgruppen 15-64 år)

[9] Definisjoner på og metoder brukt for å beregne anslag over problematisk bruk av narkotika er nærmere beskrevet på http://annualreport.emcdda.eu.int

[10] Trender og mønstre for hvert land er presentert på http://annualreport.emcdda.eu.int

Figur 5

Anslag over problembruk av narkotika i forskjellige EU-medlemsstater (nyeste anslag over bruk siste år pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år)



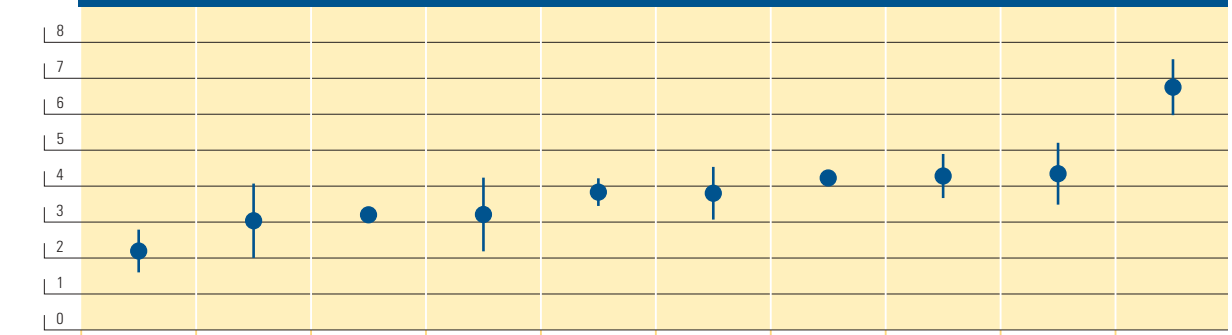
	Nederland (1998-99)	Østerrike (1995)	Frankrike (1999)	Finland (1999)	Danmark (1996)	France 1999	Sverige (1998)	Spania (1999-2000)	Irland (1996)	Storbritannia (1996)	Italia (2000)	Portugal (2000)	Luxembourg (1999-2000)
Min.	2,4	3,0	2,7	3,1	3,6	3,9	4,0	5,5	5,0	6,4	7,5	6,7	6,2
Maks.	2,8	3,4	3,7	4,1	4,3	4,8	5,4	5,5	6,4	7,0	8,2	11,2	12,3
Middelverdi	2,6	3,2	3,2	3,6	4,0	4,3	4,7	5,5	5,7	6,7	7,8	9,0	9,3

NB: Punkt viser til middelverdi for anslaget, mens linje representerer et toleranseområde på 95 % konfidensintervall . Jo lengre linjen er, jo mindre sikkert er utbredelsesanslaget (ikke tilgjengelig for Spania). Anslagene for Sverige omfatter problembrukere av cannabis (anslått til ca. 8 % av totalt utvalg).

Kilder: Nasjonale knutepunkter gjennom EONN-prosjektet 'State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States', CT.00.RTX.23, Lisboa, EMCDDA, 2002. Koordinert av Institut für Therapieforschung, München.

Figur 6

Anslag over sprøytebruk i EU-medlemsstater (nyeste anslag over bruk siste år pr. 1000 innbyggere i aldersgruppen 15-64 år)



	Tyskland (2000)	Finland (1999)	Frankrike (1999)	Østerrike (2000)	Belgia (1997)	Portugal (2000)	Storbritannia (1996)	Norge (1999)	Danmark (1996)	Luxembourg (1999-2000)
Min.	1,6	2,0	3,2	2,2	3,5	3,1	4,2	3,7	3,5	6,0
Maks.	2,8	4,1	3,2	4,2	4,2	4,6	4,2	4,9	5,2	7,5
Middelverdi	2,2	3,1	3,2	3,2	3,8	3,9	4,2	4,3	4,4	6,7

NB: Punkt viser til middelverdi for anslaget, mens linje representerer toleranseområde, eventuelt 95 % konfidensintervall dersom slikt finnes. Jo lengre linjen er, jo mindre sikkert er utbredelsesanslaget (ikke tilgjengelig for Frankrike og Storbritannia).

Kilder: Nasjonale knutepunkter gjennom EONN-prosjektet 'State of the art regarding national prevalence estimates of problem drug use in the EU Member States', CT.00.RTX.23, Lisboa, EMCDDA, 2002. Koordinert av Institut für Therapieforschung, München.

Etterspørsel etter behandling

Karakteristika for klienter som påbegynner behandling (f.eks. sosiale karakteristika) og forbruksatferd (som andelen sprøytebrukere eller opiatbrukere) er potensielle indikatorer for bredere trender for problematisk bruk av narkotika. De gir også et inntrykk av hvordan behandlingssentrene er organisert i Europa. Forskjeller i metodene for innsamling av informasjon og forskjeller i behandlingstilbudet landene imellom kan imidlertid gi en viss fortegning.

Stoffer

Til tross for forskjellene i behandlingspolitikk og registreringspraksis er det mulig å identifisere både felles og divergerende trender i Europa.

I 2000 rapporterte landene om en økning i antallet personer som ble behandlet for problemer med narkotika. Ifølge rapportene kan dette skyldes to hovedfaktorer: at metodene for innsamling av data er blitt forbedret (økt innrapportering av personer i behandling) og at behandlingstilbudet er blitt utvidet, spesielt tilbudet om substitusjonsbehandling. Nye tjenester særlig tilpasset bestemte målgrupper (f.eks. mindreårige) kan også ha medvirket til denne økningen.

I de fleste landene er det fortsatt opiater (spesielt heroin) de fleste klientene søker behandling for. Dette kan til dels skyldes at mange av tjenestene er spesielt tilrettelagt for opiatbrukernes behov. Generelt er mellom 50 og 70 % av klientene som søker behandling heroinbrukere,

Indikator for etterspørsel etter behandling

EONN har i år for aller første gang mottatt informasjon i tråd med TDI-protokollen fra 12 av de 15 medlemsstatene i EU om klienter som søker behandling for narkotikaavhengighet. TDI-protokollen [1] er et felles initiativ fra EONN og Pompidou-gruppen som de 15 medlemsstatene har vedtatt. Informasjonen som er samlet inn, omhandler blant annet hvilke typer behandling som tilbys, hvilke stoffer som brukes og sosiodemografiske opplysninger om klientene.

Datainnsamlingen for år 2000 innbefattet totalt 1 702 behandlingsenheter i hele Europa. Enhetene har tatt utgangspunkt i et felles sett med standarder og har framlagt informasjon om til sammen 170 444 pasienter.

[1] En fullstendig rapport om Indikatoren for etterspørsel etter behandling (Treatment Demand Indicator – TDI) finnes på: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf

men dette varierer veldig landene imellom, fra 89,6 % i Hellas til 19 % i Sverige.

Antallet klienter som søker behandling for cannabis som primært ulovlig rusmiddel, varierer fra 2,5 % i Portugal til 24 % i Tyskland. Bruk av cannabis kombineres ofte med bruk av andre stoffer (se blandingsmisbruk i kapittel 3).

Spania (med 18 %) og Nederland (med 29 %) har fortsatt høyest andel av klienter som søker behandling for kokain som hovedrusmiddel. Tallene er lavere i andre land, fra 6 % i Tyskland til 0,8 % i Hellas.

Det er størst forskjeller mellom landene når det gjelder amfetaminer. Mens 33 % av klientene i Finland og 29 % av klientene i Sverige søker behandling for disse stoffene, varierer tallene for Tyskland, Storbritannia, Danmark og Nederland fra 7 til 2 % og ligger rundt 0 % i andre land (figur 7).

Behandlingsdataene viser at blandingsmisbruk blir stadig vanligere.

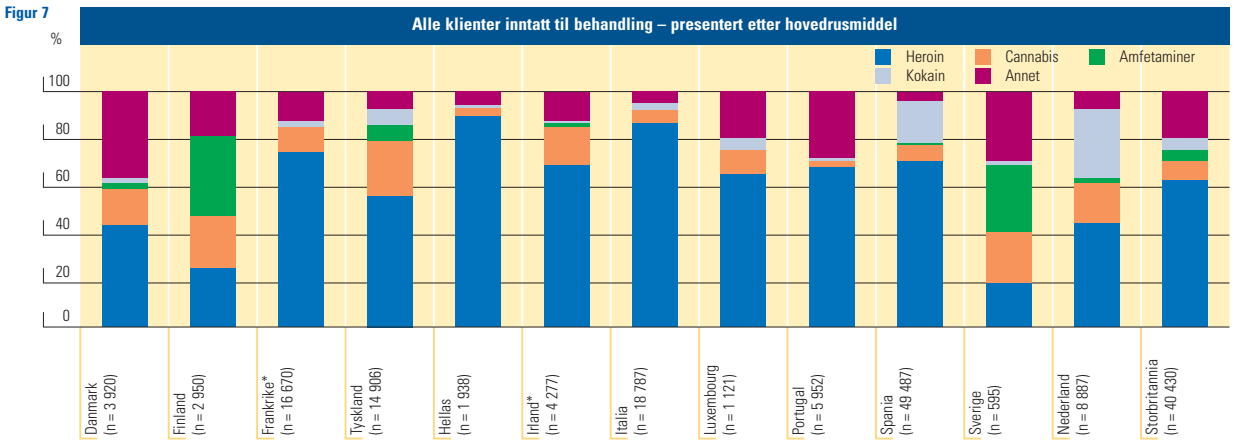
Trender

Antallet nye klienter som søker behandling for heroinavhengighet, synes å være stabilt eller avtagende. Mulige årsaker til dette kan være at antallet brukere som tar andre stoffer har økt forholdsvis mye mer, at heroinepidemien på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet er over (klienter som begynte å bruke narkotika i denne perioden, har allerede søkt om behandling, vanligvis fem år etter at de begynte å bruke narkotika), at vi ser en parallell trend når det gjelder dataene for utbredelse, samt at det er opprettet nye behandlingstilbud rettet mot andre forbrukerprofiler.

I en del land øker andelen klienter som søker behandling for cannabisavhengighet. Tyskland rapporterer den største økningen i cannabisklienter som søker behandling for første gang, fra 16,7 % i 1996 til 42,6 % i 2000 (merk at dette bare gjelder poliklinisk behandling). Danmark følger, med en økning fra 25 % i 1996 til 30 % i 2000. Tilsvarende trender ser man i andre land, dog ikke i samme omfang (figur 8).

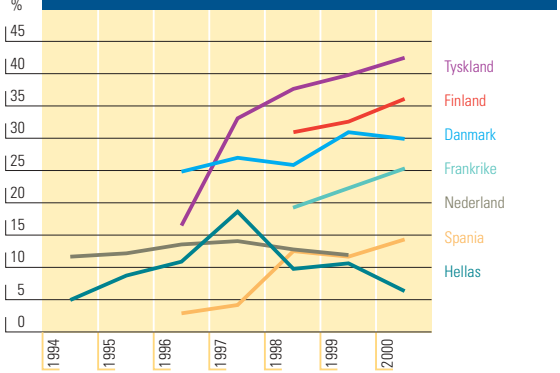
Økningen i andelen cannabisbrukere bekreftes av data om alle klienter inntatt til behandling i løpet av årene, og er relativt sammenfallende i de forskjellige landene. Videre ser vi en økning i bruken av cannabis som sekundært stoff i tillegg til et annet hovedrusmiddel, særlig hos klienter som bruker opiater som hovedrusmiddel. Det

Figur 7



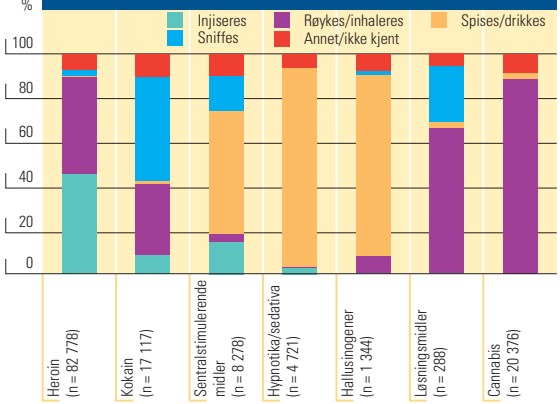
NB: * = data fra 1999
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

Figur 8



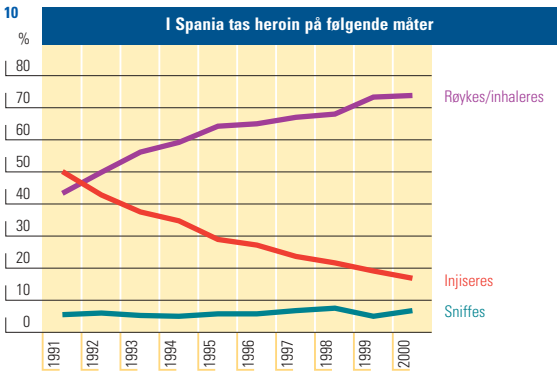
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

Figur 9



NB: Mangler data for Frankrike, Irland, Østerrike og Portugal.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001. TDI-data for 2000 fra polikliniske behandlingssentre.

Figur 10



Kilde: A. Alvarez Requejo, 'TDI in Spain: evolution of heroin admissions', Presentation to a training seminar, Plan Nacional de Droga, Regional Commissioner for Drugs, Junta de Castilla y León, Valladolid.

finnes ingen entydig forklaring på denne økningen, men den kan blant annet skyldes en økning i utbredelsen av cannabisbruk, en økning i antallet rapporterte saker fra det strafferettslige systemet og en økning i andelen ungdommer som har sosiale eller psykiske problemer.

Økningen i antallet kokainbrukere i behandling som vi så i 1999, synes å ha stabilisert seg i 2000, spesielt i de landene som hadde høyest økning i fjor (Nederland og Spania), men denne tilsynelatende trenden bør overvåkes i årene som kommer. Kokainmisbruk rapporteres å ha blitt et økende problem i landene i Europa i de senere år, og kokain synes å være viktig som sekundært rusmiddel i kombinasjon med heroin og alkohol. De fleste landene rapporterer likevel at de behandlingssøkende bare representerer en liten prosent av kokainbrukerne.

Ulike måter å ta rusmidler på

De tre måtene primærrusmidlene oftest tas på, er: heroin injiseres (45,9 % blant klienter i førstegangs behandling), kokain sniffes (47,1 %) og sentralstimulerende midler spises/drikkes (56,4 %) (figur 9).

Andelen sprøytebrukere av heroin varierer svært fra land til land, fra 13 % i Nederland til 73,8 % i Hellas. Selv om en generell nedgang i heroininjisering er ganske vanlig, er trenden motsatt i enkelte land (f.eks. Finland, som har hatt en økning fra 61,1 til 68,7 %). Man bør særlig merke seg den kraftige nedgangen i antallet sprøytebrukere i Spania fra 1991 til 2000 (figur 10). På markedsnivå er det tre hovedfaktorer som kan påvirke måten stoffet tas på: relativ tilgjengelighet av heroin for røyking (baseform) eller for intravenøs bruk (hydroklorid), prisen på heroin (høyere pris fører til økt sprøytebruk) samt heroinens renhet (lavere renhet henger sammen med mer utbredt bruk av sprøyter).

Sosiale karakteristika

Klienter som påbegynner behandling er oftest menn i 20- til 30-årsalderen. Middelalderen er 29 år og 27 for klienter som får behandling for første gang. Irland og Finland har de yngste klientene til behandling, mens Hellas og Nederland har de eldste klientene som søker behandling ([11]). Aldersfordelingen hos klienter er ikke den samme som i befolkningen generelt. Dette betyr at de landene som har den eldste (eller yngste) befolkningen, ikke nødvendigvis har de eldste (eller yngste) klientene under behandling. Irland og Hellas er unntakene, der klientenes aldersfordeling gjenspeiler aldersfordelingen i befolkningen generelt ([12]). Aldersfordelingen hos klienter som søker behandling synes å ha en klar sammenheng med den typen stoff som brukes – cannabisbrukerne er generelt yngre, mens heroin- og kokainbrukerne er eldre. F.eks. finnes de yngste klientene i Belgia, som har den største andelen av cannabisbruk, mens de eldste finnes i Hellas og Nederland, som har en stor andel av heroin- og kokainbruk.

([11]) Figur 7 OL: Middelalder for klienter i behandling (nettutgaven).
([12]) Data fra Eurostat (1999) er brukt som referansepunkt for analysen.

Kjønnsfordelingen mellom menn og kvinner varierer fra 2/1 til 6/1. Det er visse likheter mellom landene i Sør-Europa, hvor andelen menn er høyere og mellom landene i Nord-Europa, hvor andelen menn er lavere. Grunnen til dette synes å være ulike bruksmønstre hos kvinner og menn, men kan også skyldes ulike holdninger til behandlingstilbudene. Generelt søker færre kvinner enn menn behandling. Enkelte studier basert på sammenligninger av kjønnsfordelingen i prevalens- og behandlingsdata viser imidlertid at en større andel kvinner som bruker rusmidler søker behandling.

De sosiale forholdene for klienter som søker behandling synes å forverres i forhold til befolkningen generelt på ulike områder. Vi ser f.eks. arbeidsledighetstall på inntil 50-55 % blant klientene, også i land der arbeidsledigheten i befolkningen generelt i samme aldersgruppe er under 5 %, som i Danmark [13]. Klientene har også lavt utdanningsnivå. Inntil 13,2 % har ikke fullført grunnskolens mellomtrinn, og inntil 65,8 % har bare gått i grunnskolen [14].

Når det gjelder nasjonalitet, har denne gruppen omtrent samme struktur som befolkningen generelt: klientene er hovedsakelig borgere av det landet de søker behandling i, og andelen personer fra andre land (europeiske eller ikke-europeiske) er i tråd med andelen utlendinger i befolkningen generelt [15].

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller til denne delen

- Noen karakteristika for personer som har fått behandling for narkotikaproblemer i EU
- Noen karakteristika for personer i EU som har fått behandling for narkotikaproblemer for første gang
- Noen karakteristika for kvinner som har fått behandling for narkotikaproblemer i EU
- Noen karakteristika for menn som har fått behandling for narkotikaproblemer i EU

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer [16]

Utbredelse og trender for HIV og AIDS

Av alle typer ulovlig rusmiddelbruk er det sprøytebruk og smittsomme sykdommer overført ved sprøytebruk som forårsaker de høyeste helseutgiftene. Sykdommene kan forebygges ved å gi sprøytebrukerne informasjon og rent utstyr og ved at de vaksineres mot hepatitt B-viruset. Dette, pluss den svært høye utbredelsen av infeksjoner blant sprøytebrukere, gjør at ethvert tiltak som tar sikte på å forebygge infeksjoner hos sprøytebrukere, vil være et lønnsomt tiltak.

EONN har først nylig begynt en systematisk innsamling av data om HIV samt hepatitt B og C blant sprøytebrukere. Sammenlagte tall over utbredelse (totalt og etter undergrupper) samles inn fra forskjellige rutinemessige steder (behandlingsmiljøer, sprøytebytteprogrammer, fengsler osv.) samt fra spesialstudier [17]. Selv om dataene som er innhentet til nå fortsatt vanskelig lar seg sammenligne, gir de et globalt inntrykk av forskjellene blant annet fra land til land eller fra en region eller et miljø til et annet. Målet på lang sikt er å forbedre datakvaliteten og sammenlignbarheten på eksisterende rutinemessige kilder og å gjennomføre reelt sammenlignbare lokale undersøkelser av HIV-utbredelsen blant sprøytebrukere i Europa.

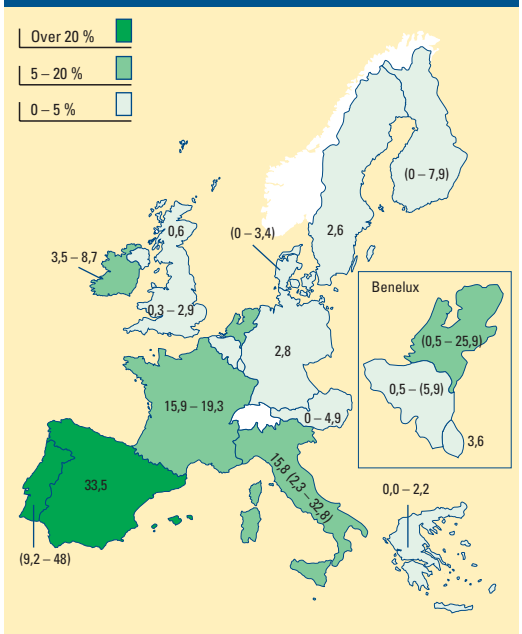
Ut fra foreliggende data er det store forskjeller i utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere, både landene imellom og innenfor det enkelte land. Smittenivået i de ulike kildene varierer stort sett mellom 1 % i Storbritannia (surveyundersøkelser og uavhengig, anonym screening) og 34 % i Spania (rutinemessige diagnostiseringstester i narkotikabehandlingen), men generelt sett er nivåene stabile [18]. Bildet har ikke forandret seg stort i de senere årene (figur 11).

Det var ekstremt høy utbredelse av HIV i enkelte regioner mellom 1996 og 2001. I mange av tilfellene relaterer dette seg til gamle epidemier, men det er likevel viktig å iverksette særskilte forebyggende tiltak, blant annet for å hindre overføring av HIV til nye sprøytebrukere, til sprøytebrukeres seksualpartnere og fra mor til barn. Utbredelsen var over 25 % blant sprøytebrukere som ble rutinemessig testet i forbindelse med narkotikabehandling i de italienske regionene Emilia Romagna, Lombardia og Sardinia, i Frankrike (sprøytebrukere over 34 år), i Lisboa og Porto (Portugal), og i Spania. Studier som omfattet sprøytebrukere som ble rekruttert både innenfor og utenfor et behandlingsopplegg (det siste er mest representativt), viste også over 25 % utbredelse i samme

(13) Figur 8 OL: Situasjonen med hensyn til yrkesaktivitet i en del land (nettutgaven).
(14) Figur 9 OL: Utdanningsnivå i en del land (nettutgaven).
(15) Figur 10 OL: Prosentandel utenlandske statsborgere som søker behandling for første gang (nettutgaven).
(16) Dette emnet er nærmere beskrevet i *Årsrapporten for 2001*, Kapittel 3, Utvalgte aspekter – Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer, på http://ar2001.emcdda.eu.int
(17) Se http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml for ytterligere opplysninger om metoder og retningslinjer for innsamling av data.
(18) For ytterligere opplysninger og kilder, se statistiske tabeller på http://annualreport.emcdda.eu.int

Figur 11

Utbredelse av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001



NB: Tall i parentes er lokale data. Forskjellene landene imellom må tolkes med varsomhet ettersom ulike typer kilder er brukt og i noen tilfeller, lokale data. Fargen til et land indikerer middelverdien for utbredelsesanslagene fra de ulike datakildene. Data for Spania, Italia og Tyskland er begrenset til utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere i behandling og er muligens ikke representative for utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere utenfor et behandlingsopplegg. Det høye tallet for Portugal viser til en studie i et svært vanskelig område av Lisboa.

Kilde: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, se sammendrag og fullstendige tabeller 'Utbredelse av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001' på http://annualreport.emcdda.eu.int.

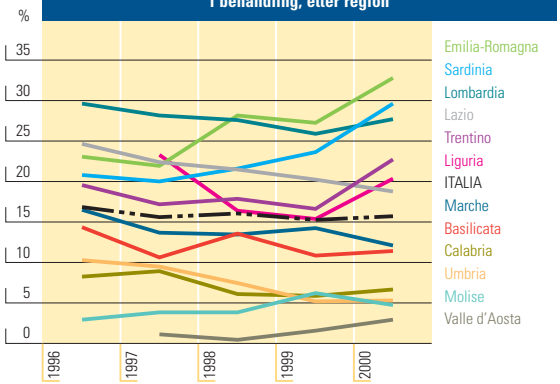
tidsrom i Lisboa (Portugal), Barcelona, Madrid, Sevilla (Spania, 1995), Amsterdam (Nederland) og Dundee (Skottland, 1995).

Med sikte på utformingen og evalueringen av en narkotikapolitikk er det viktig å se trender over tid i HIV-prevalens. Økende trender betyr at innsatsen må styrkes, mens fallende trender tilsier at innsatsen har hatt sin effekt. Det betyr likevel ikke at det ikke kan oppstå nye infeksjoner i områder med synkende utbredelse. I løpet av de senere årene har det vært en økning i HIV-smitte hos (undergrupper av) sprøytebrukere i regioner eller byer i Irland, Italia, Nederland, Portugal og Finland ([19]). Opplysningene fra Italia viser at nasjonale gjennomsnitt har svært begrenset verdi for narkotikapolitiske formål, mens derimot en spesifisering på mindre regioner eller byer gir bedre mulighet for å vurdere effekten av det forebyggende arbeidet (figur 12). Foreløpig kan ytterst få land gi nasjonale data spesifisert etter region. Utbredelsen av HIV gikk ned blant sprøytebrukere under behandling i regionene Lazio, Marche, og Umbria i Italia og blant personer som deltok i sprøytebytteprogrammer i Helsinki, Finland i 2000 (etter den store økningen fra 1998 til 1999). For å følge trender over tid kompletteres prevalensdataene med meldinger om nylig diagnostiserte tilfeller. Selv om det foreløpig ikke finnes meldingsdata for de landene som er hardest rammet, og mye fortsatt avhenger av testmønstrene som brukes, har meldingsdataene gjort det mulig å identifisere den nye smitteøkningen i Finland (figur 13).

Utbredelsen blant unge sprøytebrukere kan også gi informasjon om hvor effektiv forebyggingen er ettersom smitten her i snitt vil være av nyere dato enn for gruppen sett under ett. I de landene hvor dataene er spesifisert etter alder, har Spania høyest prevalens blant sprøytebrukere under 25 år (nedgang fra 20 % i 1996 til 13 % i 2000 blant sprøytebrukere i behandling), Frankrike (nedgang fra 6 % i 1997 til 3 % i 1999 blant sprøytebrukere i behandling, men 8 % i 1998 blant deltakere i sprøytebytteprogrammer), Italia (8 % i 1998 blant sprøytebruke-

Figur 12

Utbredelse av HIV-smitte blant italienske sprøytebrukere i behandling, etter region

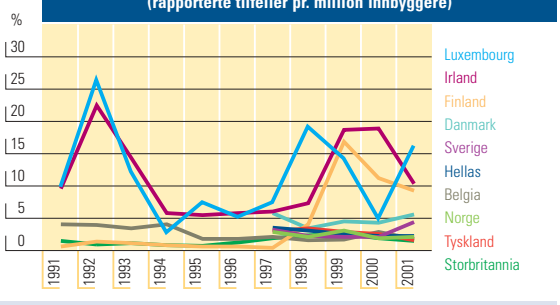


NB: Regioner med stabile eller lave trender er utelatt. Totalt utvalg 70 000 pr. år. For ytterligere opplysninger, se tabellen, 'Utbredelse av HIV-smitte (% smittede) blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001' på http://annualreport.emcdda.eu.int.

Kilde: Rivelazione Attività nel Settore Tossicodipendenze - Anno 2000, Ministero della Salute, Sistema Informativo Sanitario, Direzione Generale della Prevenzione, Ufficio Dipendenze da Farmaci e Sostanze d'Abuso e AIDS.

Figur 13

Nylig diagnostisert HIV-smitte hos sprøytebrukere, etter land og rapporteringsår (rapporterte tilfeller pr. million innbyggere)



NB: Hellas og Luxembourg: Retrospektiv rapportering før 1999. Pga. begrenset tallmateriale er trender for Luxembourg ikke stabile.

Kilder: 1991-1996: Nasjonale knutepunkter, 1997-2001: EuroHIV. 'Utbredelse av HIV-smitte (% smittede) blant nye sprøytebrukere i EU, 1996-2001' på http://annualreport.emcdda.eu.int.

([19]) Ytterligere opplysninger er gitt i boks OL 'Økning av HIV-smitte blant sprøytebrukere i en del EU-land' (nettutgaven).

re i behandling) og blant sprøytebrukere i behandling i Portugal: Coimbra (7 % i 1999/2000), Lisboa (6-11 % i 1998/2000), Porto (57 % i 1997).

Enkelte land gir informasjon om utbredelsen av HIV blant nye sprøytebrukere. Dette er en enda bedre indikator på omfanget av nyere HIV-tilfeller (HIV-insidens), og er dermed et bedre mål på hvor effektive de forebyggende tiltakene er. Blant nye sprøytebrukere kan insidensen, forekomsten, pr. 100 personårs eksponering variere fra 0 i England og Wales (prevalens 0/122, 1998) til 3,9 i den flamske delen av Belgia (3/77, 1998-1999), 9,4 i Coimbra, Portugal (12/127, 1999-2000) til 10 i Frankrike (11/111, egenrapportert HIV-status for deltakere i sprøytebytteprogrammer, 1998) (figur 13).

Ettersom de nye behandlingsmetodene for sprøytebrukere forsinker utbruddet av AIDS, kan AIDS-data ikke lenger brukes for å følge trender i HIV-smitte. Forekomsten av AIDS gir likevel opplysninger om antallet nye HIV-tilfeller i de ulike landene. Som et resultat av forbedrede behandlingsmetoder og muligens lavere smittetall på 1990-tallet har forekomsten av AIDS gått ned i de fleste landene siden rundt 1996. I Portugal fortsatte økningen av AIDS blant sprøytebrukere på slutten av 1990-tallet, noe som tyder på lavt gjennomslag for HIV-behandlingen og/eller økt HIV-smitte blant sprøytebrukere. Selv om økningen i Portugal er stabilisert siden 1997, har landet den høyeste årlige forekomsten av nye tilfeller av AIDS blant sprøytebrukere i EU ([20]).

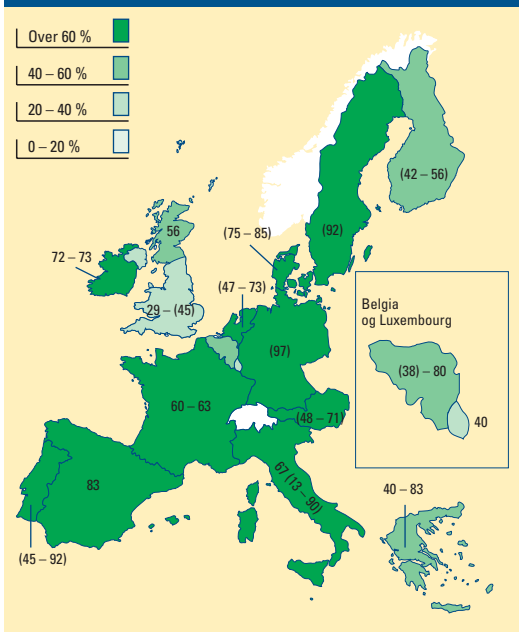
Utbredelse og trender for hepatitt C-viruset

Det finnes færre data tilgjengelig om utbredelsen av hepatitt C-virus (HCV) blant sprøytebrukere, og der slike data finnes, gjelder de samme begrensningene som for data for HIV. Men det generelle bildet er klart – utbredelsen av HCV er ekstremt høy i alle land og miljøer, med tall fra 40 til 90 % i de forskjellige undergruppene av sprøytebrukere (figur 14).

Selv om alle utbredelsestall viser svært høye smittenivåer, er spredningen i utbredelsesanslagene fortsatt stor. Akkurat som for HIV kan dette til en viss grad gjenspeile forskjellene i utvelgelsesmekanismer for de ulike datakildene, og sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. En rekke land har ikke innrapportert oppdaterte tall. I 2000 og 2001 ble det rapportert nivåer over 75 % for Antwerpen, Belgia (80 % i narkotikabehandling og lavterskeltilbud 2001), Nord-Hellas (83 % i metadonbehandling), de italienske regionene Piemonte, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Liguria, Emilia-Romagna, Basilicata og Sardinia (narkotikabehandling), og en del mindre byer i Portugal utenfor Lisboa (narkotikabehandling) ([21]).

Figur 14

Utbredelse av HCV-smitte blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001



NB: Tall i parentes er lokale data. Forskjellene landene imellom må tolkes med varsomhet ettersom ulike typer kilde er brukt, og/eller bruk av lokale data. Fargen til et land indikerer middelverdien for utbredelsesanslagene fra de ulike datakildene. Data for Spania, Italia og Portugal er begrenset til utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere i behandling, og er muligens ikke representative for utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere utenfor et behandlingsopplegg. Dataene fra UK, Luxembourg og Finland er basert på spytt-tester. Data for Frankrike er basert på egenrapportering av testresultater, som kan være upålitelige. Data for Sverige gjelder 1994.

Kilder: Nasjonale knutepunkter. For primærkilder, se statistisk tabell 'Utbredelse av hepatitt C-smitte blant sprøytebrukere i EUs medlemsstater, 1996-2001' på http://annualreport.emcdda.eu.int.

Trender for hepatitt C-smitte kan være en mye mer følsom indikator på risikoatferd ved sprøytebruk og for å måle hvor effektive de forebyggende tiltakene er, enn trender i utbredelsen av HIV. Hepatitt C-viruset er mer smittsomt enn HIV og overføres lettere via annet brukerutstyr enn sprøyter, som bomull, skjeer, vann (men langt sjeldnere seksuelt). Økende trender i utbredelsen av HCV rapporteres fra Frankfurt (akuttmottak for narkotikamisbrukere), Nord-Hellas (metadonbehandling) og en del regioner i Italia (narkotikabehandling: Piemonte, Trentino, Emilia-Romagna, Marche, Basilicata og Sardinia, noe som samsvarer med økningene i utbredelsen av HIV i noen av disse regionene). Nedgang rapporteres fra Østerrike (narkotikabehandling og lavterskeltilbud), Lisboa, Portugal (narkotikabehandling), Helsinki, Finland (sprøytebytteprogrammer), London, Storbritannia (narkotikabehandling) og andre regioner i Italia (Veneto, Toscana, Umbria, Abruzzo), noe som viser hvor viktig det er å

([20]) Figur 11 OL: Forekomst av AIDS relatert til sprøytebruk i medlemsstatene i EU (nettutgaven).
([21]) Ytterligere nasjonale og regionale opplysninger finnes på http://annualreport.emcdda.eu.int (nettutgaven).

kartlegge utbredelse ikke bare nasjonalt, men også etter region, by eller andre mindre enheter.

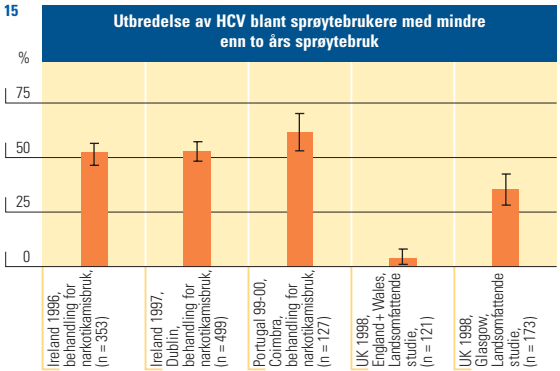
Såfremt de finnes, indikerer prevalensdata hos sprøytebrukere i aldersgruppen under 25 år nivåer på HCV-smitte fra ca. 20 % (den flamske delen av Belgia, behandling, 1997-98) til over 74 % (Portugal, Coimbra, behandling, 2000). Utbredelsen hos unge sprøytebrukere synes å avta i Frankrike (fra 43 % i 1997 til 37 % i 1999), men disse dataene er basert på egenrapporterte testresultater og kan være upålitelige.

Prevalensdata for HCV blant nye sprøytebrukere (mindre enn to års sprøytebruk) er fortsatt ikke tilgjengelig hos de fleste kildene. Der data finnes, synes de generelt å indikere tall fra 40 % eller høyere. Dette tyder på at svært mange nye sprøytebrukere smittes. Det kan imidlertid ikke utelukkes at akutte infeksjoner er overrepresentert – og dermed at utbredelsen er overvurdert – i kilder som rapporterer prevalens i rutinemessige diagnostiseringstester (Coimbra, Portugal) eller er basert på egenrapporterte testresultater (Frankrike). Undersøkelser gjennomført i lokalsamfunn i England og Wales rapporterer en prevalens hos nye sprøytebrukere helt nede i 2 % i områder utenfor London. Dette tyder på at forekomsten av nye smittetilfeller er svært lavt, og kanskje også at HCV-forebyggende tiltak i England og Wales er relativt effektive (figur 5id).

Utbredelse og trender for hepatitt B-viruset

En person som har antistoffer mot hepatitt B-viruset (HBV), har enten blitt smittet eller vaksinert. For å kunne utforme en vaksinasjonspolitikk er det dermed viktig å vite hvor stor andel av sprøytebrukerne som ikke har antistoffer, dvs. vaksinasjonspotensialet. Utbredelsen av antistoffer mot HBV synes å variere mer i EU-landene enn utbredelsen av antistoffer mot HCV. I EU har grovt regnet mellom 20 og 60 % av sprøytebrukerne antistoffer mot hepatitt B. Vaksinasjonspotensialet skulle altså være stort (40-80 %).

Figur 15



Kilde: Nasjonale knutepunkter. For primærkilder, se tabellen 'Utbredelse av HCV blant sprøytebrukere med mindre enn to års sprøytebruk, 1996-2000' på http://annualreport.emcdda.eu.int.

En person som har hepatitt B-viruset, kan enten nylig ha blitt smittet eller ha en kronisk infeksjon. Den serologiske markøren som viser om hepatitt B-viruset er til stede, er HBsAg. Smittenivået gir en indikasjon på potensialet for alvorlige komplikasjoner på lang sikt og for spredning til andre ved risikoatferd som sprøytebruk eller ved seksuell overføring. Bare noen få land har data om utbredelse av nåværende HBV-smitte, men tallene synes å variere svært meget, og er i noen tilfeller høye. I Nord-Hellas kan det ha vært et større utbrudd av hepatitt B før 1998 blant sprøytebrukere i metadonprogrammer, ettersom tallene er ekstremt høye for 1998, men så gikk kraftig ned mellom 1998 og 1999. I Belgia viser data fra sprøytebrukere som er i behandling en jevn økning i nåværende HBV-smitte mellom 1997 og 1999. I Portugal viser nyere behandlingsdata en nedgang i nåværende HBV-smitte. I Norge viser rapporterte data en sterk økning i HBV- (og HAV-)smitte blant sprøytebrukere.

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for detaljerte statistiske tabeller til denne delen:

- Tabell over 'Utbredelse av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001'
- Tabell over 'Utbredelse av HCV blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001'
- Prevalensen av HIV-smitte blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001
- Prevalensen av HIV-smitte blant sprøytebrukere under 25 år i EU, 1996-2000
- Prevalensen av HIV-smitte blant nye sprøytebrukere i EU, 1996-2000
- Rapporterte HIV-tilfeller blant sprøytebrukere i EU, 1991-2001
- Utbredelse av HCV-smitte blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001
- Utbredelse av HCV-smitte blant sprøytebrukere under 25 år i EU, 1997-2000
- Utbredelse av HCV-smitte blant nye sprøytebrukere i EU, 1996-2000
- Utbredelse av aktuell hepatitt B-smitte (HBsAg) blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001
- Utbredelse av HBV-antistoffer blant sprøytebrukere i EU, 1996-2001

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet

Antallet 'narkotikarelaterte dødsfall' er stadig tilbakevendende i offentlige debatter og media så vel som i diskusjoner om illegale stoffer. Disse dødsfallene utgjør et alvorlig samfunnsproblem og har betydning for hvordan narkotikapolitikken skal utformes og evalueres.

Nasjonale statistikker over narkotikarelaterte dødsfall viser vanligvis til akutte dødsfall som er direkte relatert til narkotikamisbruk eller 'overdoser' ([22]). Definisjonen som er brukt i EONNs nøkkelindikator, viser også til disse dødsfallene ([23]). I tillegg har problembrukere – spesielt opiatbrukere – høy total dødelighet på grunn av overdoser, men også på grunn av AIDS, ulykker, vold osv.

Konsekvenser av og karakteristika for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Når man tenker på at EU-landene hvert år rapporterer 7 000-8 000 narkotikadødsfall får man et visst inntrykk av omfanget av problemet. De fleste land regner med en viss underrapportering, i en del tilfeller en signifikant underrapportering.

Opiater er til stede i de fleste overdosedødsfall, men konsentrasjonene som påvises i de toksikologiske analysene, varierer svært meget. Ofte er også andre stoffer til stede, og i en del tilfeller kan disse være en medvirkende årsak til at utgangen ble dødelig.

De fleste overdoseofre er unge menn i 20-30-årsalderen som har brukt opiater i flere år. Risikoen for overdose er svært høy ved sprøytebruk, mens personer som ikke bruker sprøyter, har lavere risiko. Akkurat som for klienter som påbegynner behandling er det en klar tendens i mange land til at ofrene blir eldre. Finland, og i noe mindre grad Storbritannia, er unntak fra denne trenden ([24]) ([25]).

Det finnes tilstrekkelig informasjon for å konkludere med at en betydelig del av overdosene (dødelige og ikke-dødelige) kunne vært unngått. Noen risikofaktorer for opiatoverdoser er kjent: sprøytebruk i forhold til andre måter å ta narkotika på, bruk av narkotika i kombinasjon med andre beroligende midler, narkotikabruk etter en periode med avholdenhet (f.eks. etter fengselsopphold eller behandling), sprøytebruk når man er alene og sannsynligvis uventede endringer i stoffets renhet. Ettersom de fleste overdoser finner sted når andre brukere er til stede, og døden vanligvis ikke inntreffer umiddelbart, er det muligheter for å gripe inn. Vitner reagerer imidlertid ofte uhensiktsmessig eller for sent fordi de mangler kunnskaper eller er redde for politiet.

Europa har for tiden sjelden dødsfall som skyldes forgiftning av kokain, amfetamin eller ecstasy uten at opiater er til stede. En rekke land (Spania, Frankrike, Italia, Nederland og Storbritannia) har imidlertid rapportert nasjonale eller lokale økninger av tilfeller hvor det er funnet kokain (vanligvis i tillegg til andre stoffer). I tillegg kan en del kokainrelaterte dødsfall forveksles med kardiovaskulære dødsfall og dermed passere ubemerket.

Dødsfall som direkte er forårsaket av ecstasy, forekommer sjelden. Men slike dødsfall skaper alvorlig bekymring ettersom de skjer helt uventet blant svært unge mennesker, og fordi en del av dødsfallene kunne vært forhindret ved hjelp av enkle tiltak, som å sikre tilstrekkelig ventilasjon og at vann er tilgjengelig i danselokaler, i tillegg til helseopplysning.

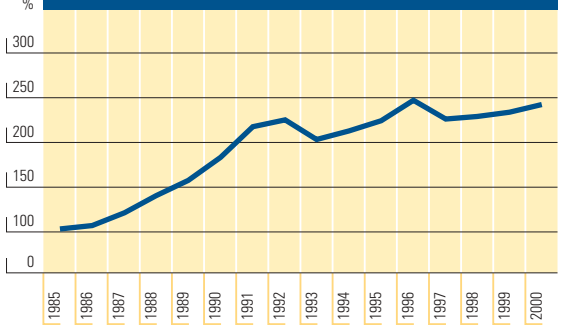
Metadon er påvist i et antall dødsfall, men flere kilder (bl.a. fra Storbritannia og Tyskland) indikerer at metadonrelaterte dødsfall mer sannsynlig skyldes ulovlig bruk av stoffer, og ikke bruk av metadon som er forskrevet som ledd i et behandlingsopplegg. Det må understrekes at forskning viser redusert risiko for dødsfall blant deltakere i substitusjonsprogrammer.

Trender for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Når vi ser på trender for EU-landene i et langsiktig perspektiv (15-20 år), ser vi en klar økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall på 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet. I løpet av de siste årene har antallet akutte dødsfall ligget på et stabilt høyt nivå, mellom 7000 og 8000 pr. år i EU, mens trendene nasjonalt varierer (figur 16).

Figur 16

Generell historisk trend i akutte narkotikarelaterte dødsfall i Den europeiske union, 1985-2000 ([1])



NB: Indeksert: 1985 = 100 %. Ikke alle land har framskaffet data for alle årene, men dette er tatt hensyn til i beregningen av den generelle trenden. EONNs prosjektrapport CT.99.RTX.04, koordinert av Trimbos Instituut.

([1]) Figur 13 OL: Historiske trender i akutte narkotikarelaterte dødsfall i land i EU, 1985-2000 (nettutgaven).

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001, hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Basert på nasjonale definisjoner i henhold til Boks 1 OL 'Definisjoner på akutte narkotikarelaterte dødsfall'.

([22]) Boks 1 OL: Definisjoner på 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' i EUs medlemsstater i henhold til EONNs årsrapport og nasjonale rapporter (nettutgaven).

([23]) Boks 2 OL: Narkotikarelaterte dødsfall – EONNs definisjon (nettutgaven).

([24]) Tabell 1 OL: Sammendrag av karakteristika ved avdøde ved akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU (nettutgaven).

([25]) Figur 12 OL: Utvikling av andelen personer over 35 blant ofrene for narkotikarelaterte dødsfall i en del EU-land (nettutgaven).

Etter en periode med stabilisering eller nedgang rapporterer en del EU-land nå en foruroligende ny økning. Andre land, som Australia eller USA, har også rapportert om økninger i antallet opiatrelaterte dødsfall i de senere år.

Disse generelle trendene kan forklares med økningen i heroininjisering i mange europeiske land på 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet. Utflatingen vi har sett i det siste kan muligens være relatert til at utbredelsen av problematisk bruk av narkotika har stabilisert seg i en del land, at en del andre land har hatt en nedgang i risikoatferd (sprøytebruk), og sannsynligvis at behandlingstilbudet er utvidet, innbefattet substitusjonsprogrammer.

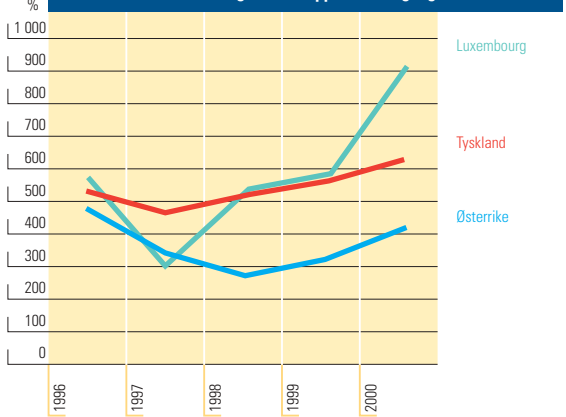
Det er ingenting som tyder på en nedgang på EU-nivå, noe som tilsier at narkotikarelaterte helseskader fortsatt er et stort problem. Derfor er det nødvendig å undersøke risikofaktorene nærmere, og det er klart at behovet for hensiktsmessige, målrettede tiltak fortsatt er stort.

Det er viktig å understreke at det finnes forskjellige og noen ganger divergerende nasjonale trender innenfor den generelle trenden i EU.

En rekke land hadde en nedadgående trend i andre halvdel av 1990-tallet (Tyskland, Spania, Frankrike, Italia, Luxembourg og Østerrike), som muligens kan tilskrives årsakene som er nevnt over. En del av landene har hatt nedadgående eller stabile trender også i de senere årene (Spania, Frankrike og Italia). Det vekker imidlertid bekymring at antallet rapporterte dødsfall har økt igjen de senere år i en del andre land (Tyskland, Luxembourg og Østerrike) (figur 17). At problembrukerne blir eldre og at blandingsbruk øker, synes å være medvirkende faktorer.

Figur 17

Nye økninger i narkotikarelaterte dødsfall i en del land som tidligere har rapportert nedgang



NB: Proporsjonale variasjoner over tall fra 1985 (eller første år med tilgjengelige data). For Luxembourg begynner serien i 1986 for at diagrammet ikke skal bli fortegnet (ellers ville man fått 2 700 i 2000).

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2001, hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Basert på nasjonale definisjoner i henhold til Boks 1 OL 'Definisjoner på akutte narkotikarelaterte dødsfall'.

En del land har rapportert kraftige oppadgående trender i andre halvdel av 1990-årene (f.eks. Hellas, Irland, Portugal og Norge). I Irland (1999) og Portugal har denne trenden flatet ut. Finland har hatt en oppadgående trend i de senere år, med en større andel ungdommer blant ofrene. Disse økningene kan sannsynligvis relateres til den parallelle økningen i bruken av heroin i disse landene, selv om bedrede rapporteringssystemer i enkelte tilfeller kan ha hatt noe å si.

Storbritannia har rapportert om en jevn men moderat økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Den nasjonale definisjonen innbefatter legemiddelrelaterte dødsfall, men dersom heroin/morfin-tilfeller betraktes separat, ser vi en klar oppadgående trend.

I andre land er trendene mindre klart definert, eller så har endringene vært vanskeligere å tolke på grunn av overgangen fra ICD-9- til ICD-10-koder eller fordi de nasjonale definisjonene er endret.

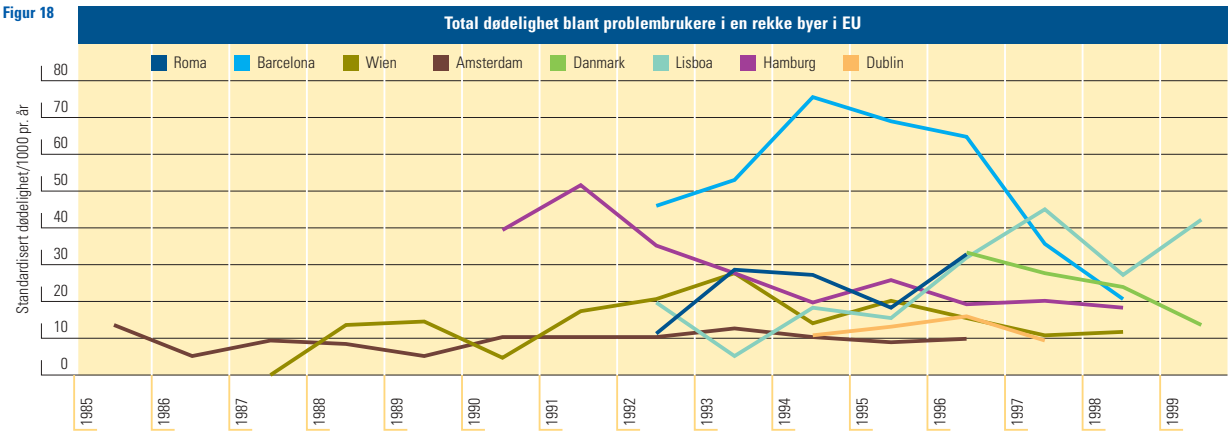
Total dødelighet blant problembrukere

Selv om problembrukerne utgjør mindre enn 1 % av EUs voksne befolkning, representerer de betydelige helse- og sosialproblemer. Ifølge en rekke studier som er gjennomført med utgangspunkt i byer, kan en vesentlig del av dødeligheten blant unge voksne i EU tilskrives problematisk bruk (særlig av opiater). For eksempel var en tredel av dødsfallene blant 15-35-åringer i Glasgow på begynnelsen av 1990-tallet akutte narkotikarelaterte dødsfall, og i Madrid var i 1990 en firedel av dødsfallene blant menn i aldersgruppen 15-39 år knyttet til overdoser og AIDS som følge av sprøytebruk. Ytterligere studier er nødvendig for å kartlegge narkotikarelatert dødelighet andre steder og i senere år.

Kohortstudier av dødelighet viser at dødeligheten blant problembrukere er inntil 20 ganger høyere enn i samme aldersgruppe i befolkningen generelt. Den høye dødeligheten skyldes overdoser, men også AIDS og andre smittsomme sykdommer, ulykker, selvmord osv. En betydelig del av dødeligheten er knyttet til overdoser og eksterne årsaker, spesielt i land som har lav utbredelse av HIV blant narkotikamisbrukere, mens AIDS spiller en vesentlig rolle i land som har høy utbredelse av HIV. Kroniske helseplager (skrumplever etter hepatittinfeksjon, kreft osv.) kan spille en viktig rolle på lang sikt.

Dødeligheten for sprøytebrukere er to til fire ganger høyere enn for personer som ikke bruker sprøyter, mens den for HIV-positive narkotikamisbrukere (inntil nylig) var to til seks ganger høyere enn for brukere uten HIV. HIV-behandlingen forbedres stadig, noe som kan føre til at forskjellene jevnes ut.

Figur 18



NB: Den direkte sammenlignbarheten mellom studiesteder er fortsatt begrenset. Det er visse forskjeller når det gjelder typer rekrutteringsmiljøer (behandlingssentre) og metoder for behandling, selv om behandlingsmiljø og -metoder synes å være av samme type på de forskjellige stedene. Se tabell 2 OL 'Karakteristika for undersøkte kohorter'. I flere kohorter ble en andel av tilfellene rekruttert gjennom døgninstitusjoner for narkotikabehandling. Klienter rekruttert gjennom døgninstitusjoner er ikke nødvendigvis fullt ut sammenlignbare med andre utvalg av klienter som behandles.

Kilder: EONNs prosjekter CT.99.EP.07 og CT.00.EP.13, koordinert av Department of Epidemiology, Rome E Health Authority.

Dødeligheten synes å være klart lavere blant problembrukere som ikke bruker opiater eller sprøyter. Vi vil nok imidlertid kunne trenge nye metodologiske tilnærminger for å vurdere dødeligheten blant disse brukerne.

Trender i dødelighet blant problembrukere

I henhold til multisenterstudien koordinert av EONN er det forskjeller i total dødelighet og fordelingen av dødsårsaker mellom studiestedene. Studien avdekker også relevante endringer over tid i total og årsaksspesifikk dødelighet.

Barcelona rapporterte høyest dødelighet, mens Wien og Dublin hadde lavest. En rekke steder hadde høyere dødelighet i begynnelsen eller midten av 1990-tallet, mens dødeligheten har avtatt de senere år. Barcelona hadde spesielt høy dødelighet i perioden 1992-1996, etterfulgt av en kraftig nedgang de senere år, hovedsakelig som følge av nedgangen i antallet AIDS-dødsfall. I Lisboa har dødeligheten økt helt fram til de senere årene (figur 19).

Direkte sammenligninger mellom de forskjellige studiestedene bør gjøres med varsomhet ettersom rekrutteringssentrene har ulik profil, selv om de generelt sett har forholdsvis like behandlingstilbud. Når man er oppmerksom på denne begrensningen, kan trender for total og årsaksspesifikk dødelighet for hvert sted gi verdifull informasjon.

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for tabeller til denne delen

- Antallet 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' registrert i EU-landene (i henhold til nasjonale definisjoner som er brukt til å rapportere tilfeller til EONN), 1985-2000
- Boks 1: Definisjoner på 'akutte narkotikarelaterte dødsfall' i EUs medlemsstater i henhold til EONNs årsrapport og nasjonale rapporter
- Boks 2: Narkotikarelaterte dødsfall – EONNs definisjon

Narkotikarelatert kriminalitet

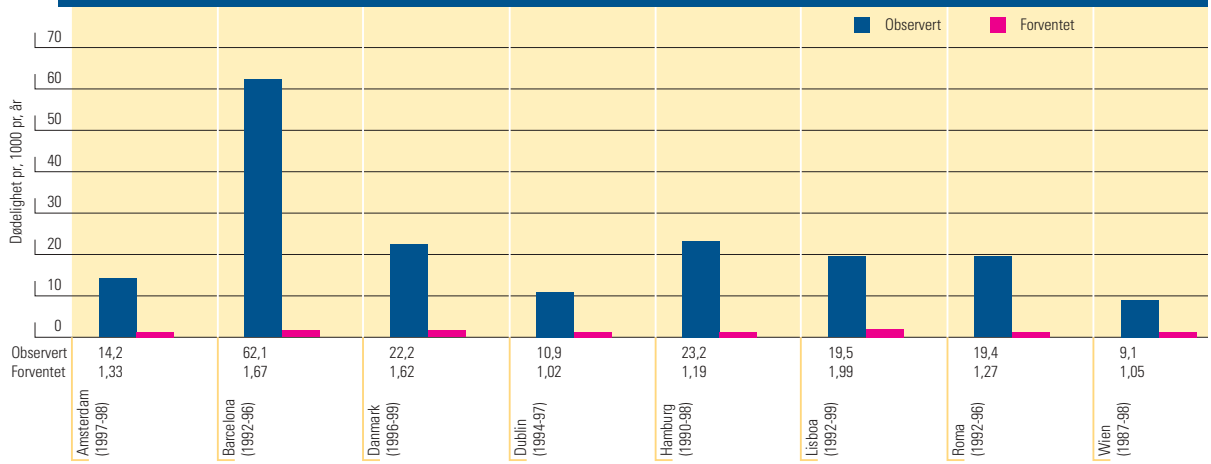
Narkotikarelatert kriminalitet omfatter: straffbare brudd på nasjonal narkotikalovgivning, forbrytelser begått under påvirkning av illegale stoffer, økonomisk motiverte forbrytelser begått av brukere for å opprettholde sine rusmiddelvaner (hovedsakelig vinningsforbrytelser og narkotikahandel) samt systemiske forbrytelser begått som et ledd i driften av illegale markeder (kamp om territorier, avstraffelse av langere osv.). Med unntak av brudd på narkotikalovgivningen kan ingen av disse kategoriene overføres til rutinemessig tilgjengelige data, og der slike data er tilgjengelig, kommer de fra lokale ad hoc-studier som vanskelig lar seg ekstrapolere.

Antallet arrestasjoner ([26]) for brudd på nasjonal narkotikalovgivning (som bruk, besittelse, omsetning osv.) gjenspeiler forskjeller i lovgivningen og i politiets ressurser og prioriteringer. Sammenligninger påvirkes av forskjeller i registreringsrutiner og definisjoner. Der det er mulig, er det trender som sammenlignes.

([26]) 'Arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen defineres forskjellig i medlemsstatene. Begrepet kan f.eks. referere til mistanke om eller siktelse for brudd på narkotikalovgivningen. Nøyaktige definisjoner finnes i tabell over 'arrestasjoner' i nettutgaven.

Figur 19

Observert og forventet dødelighet i kohorter av opiatbrukere på forskjellige steder i EU



NB: Tallene på 'observert dødelighet' viser gjennomsnittet for hele oppfølgingsperioden på hvert sted (i parentes). Det har skjedd betydelige endringer over tid på hvert studiested (figur 18). Dersom tallene på 'observert dødelighet' ble gitt for hvert år, ville resultatet vært annerledes. Se også tabell 2 OL 'Karakteristika for undersøkte kohorter'. I flere kohorter ble en andel av tilfellene rekruttert gjennom døgninstitusjoner for narkotikabehandling. Klienter rekruttert gjennom døgninstitusjoner er ikke nødvendigvis fullt ut sammenlignbare med andre utvalg av klienter som behandles.
Kilde: EONNs prosjekter CT.99.EP.07 og CT.00.EP.13, koordinert av Department of Epidemiology Rome E Health Authority.

Cannabis var i 2000 fortsatt det narkotiske stoffet som oftest var involvert i 'arrestasjoner' – med fra 37 % av alle narkotikarelaterte arrestasjoner i Sverige til 85 % i Frankrike. I Portugal og Luxembourg dominerer heroin, mens de fleste narkotikalovbrudd i Nederland gjelder 'harde stoffer' (andre narkotiske stoffer enn cannabis og cannabisstoffer) ([27]).

De fleste rapporterte brudd på narkotikalovgivningen gjelder bruk eller besittelse av narkotika til eget bruk – fra 55 % i Portugal til 90 % i Østerrike. I Norge gjelder 60 % av lovbruddene handel med og smugling av narkotika. I Italia, Nederland og Spania, der narkotikabruk ikke anses som en forbrytelse, gjelder alle narkotikalovbrudd handel eller smugling. Som i foregående år har de fleste arrestasjoner rapportert i Luxembourg vært for både bruk og smugling av narkotika.

Trender

I EU generelt har antallet 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen økt jevnt siden 1985. Antallet rapporterte tilfeller er mer enn tidoblet i Hellas og Portugal, mens Danmark, Luxembourg, Nederland og Sverige hadde en langt svakere økning (dobling eller mindre).

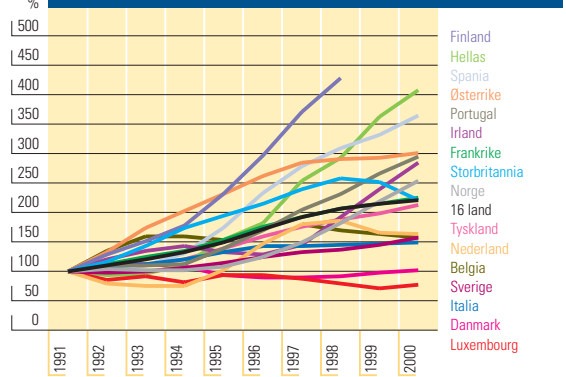
I de tre siste årene har antallet narkotikarelaterte 'arrestasjoner' gått opp i de fleste EU-land. Den største økningen er rapportert i Hellas, Irland og Norge. I 2000 var Nederland og Storbritannia de eneste landene som kunne rapportere en nedgang i antallet narkotikarelaterte 'arrestasjoner'([28]) (figur 20).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller til denne delen:

- Narkotisk stoff som oftest er involvert i 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge
- Type forbrytelse som oftest er involvert i 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge
- Antall 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1985-2000
- Referanser til grafen 'Arrestasjoner for brudd på narkotikalovgivningen, 1991 - 2000. 3-årig glidende gjennomsnitt indeksert (1991 = 100)'

Figur 20

'Arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1991-1999 – 3-årig glidende gjennomsnitt indeksert (1991-2000)



NB: For definisjoner på arrestasjoner for brudd på narkotikalovgivningen, se statistisk tabell 'Antall 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i EU-land og Norge, 1985-2000 (nettutgaven)'.
Reelle tall er lagt inn for alle land i 2000, for Finland i 1998 og for Belgia i 1995 og 1997 ettersom tilgjengelige data for deres vedkommende ikke tillater beregning av glidende gjennomsnitt. Serien for Belgia har avbrudd i 1996 (manglende data).
Kilder: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet.

([27]) Figur 14 OL: Narkotisk stoff som oftest er involvert i 'arrestasjoner' for brudd på narkotikalovgivningen i land i EU (nettutgaven).
([28]) Belgia hadde også en nedgang i antallet 'arrestasjoner', men dette skyldtes en endring i rapporteringsprosedyrene.

Narkotikamarkeder og tilgjengelighet

Narkotikabeslag betraktes vanligvis som indirekte indikatorer på forsyning og tilgjengelighet av narkotika, selv om de også gjenspeiler politiets ressurser, prioriteringer og strategier, og likeledes hvor utsatt omsetningsleddene er for å bli tatt. Beslaglagte kvanta kan variere fra et år til et annet fordi et lite antall store beslag er gjort ([29]). Fordi beslagene i alle land omfatter en stor andel små beslag på detaljistnivå i markedet, vil antallet beslag vanligvis være en bedre indikator for trender på brukernivå ([30]). Der dette er kjent, vil opprinnelse og destinasjon for beslaglagte stoffer gi en indikasjon på smuglerruter og produksjonsområder. Stoffenes pris og renhet på detaljistnivå er rapportert av de fleste medlemsstatene, men datagrunnlaget er lite og tillater ikke nøyaktige sammenligninger.

Cannabis

Cannabis er det stoffet som beslaglegges oftest i alle medlemsstatene bortsett fra Portugal, der heroinbeslagene dominerer. Siden 1996 har Spania hatt de største cannabisbeslagene – mer enn halvparten av den totale beslaglagte mengden i EU. Storbritannia rapporterer et større antall cannabisbeslag, men de er i gjennomsnitt mindre.

Cannabisoljen kommer hovedsakelig fra Marokko via Spania og Nederland. Cannabisplanten kommer opprinnelig fra Afghanistan, Pakistan og Libanon, så vel som fra Albania til Italia og Hellas, og fra Angola til Portugal. Lokal produksjon rapporteres av de fleste medlemsstatene, i særdeleshet produksjon av 'nederwiet' ([31]) i Nederland.

I 2000 ble detaljprisen på cannabis rapportert å ligge mellom 1 og 20 euro pr. gram cannabisolje og mellom 2 og 8 euro pr. gram cannabisblader. I EU varierer andelen psykoaktive stoffer i cannabisoljen – delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) – i snitt mellom 2 og 13 %, selv om prøver med mellom 0 og 50 % THC er rapportert. THC-innholdet i cannabisblader er generelt lavere, rundt 1-6 %, med unntak av i Belgia (i snitt 17 %) og for 'nederwiet' i Nederland, som har et høyere innhold (i snitt 10 %).

Trender

Antallet cannabisbeslag har gått jevnt oppover i EU siden 1985 men synes å ha stabiliserte seg de siste tre årene. Denne trenden skyldes spesielt en nedgang i antallet cannabisbeslag i Belgia, Nederland, Portugal, Østerrike og Storbritannia i de senere årene. De beslaglagte mengdene økte også, men har stabilisert seg siden 1995. I 2000 så vi en nedgang i de beslaglagte mengdene i de fleste medlemsstatene.

Prisen på cannabis i EU er generelt stabil, men den har gått opp i Luxembourg og Portugal (olje) i 2000.

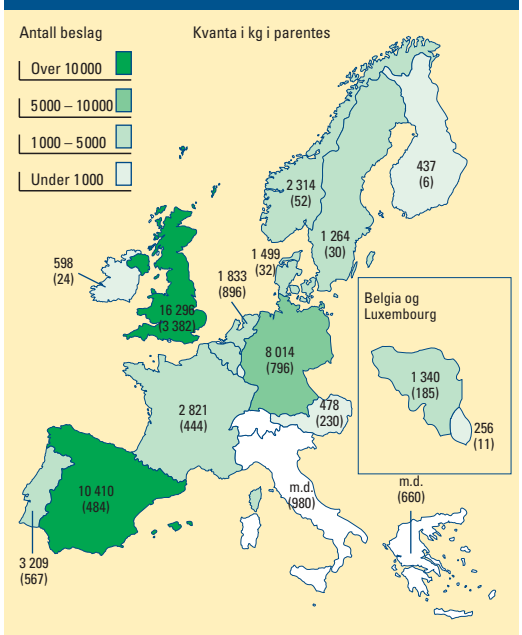
Heroin

I 2000 ble nesten ni tonn heroin beslaglagt i EU, hvorav mer enn en tredel bare i Storbritannia (figur 21). Heroinen som beslaglegges i EU kommer hovedsakelig fra Den gylne halvmåne (Sørvest-Asia: Afghanistan, Pakistan), etterfulgt av Det gylne triangel (Sørøst-Asia: Myanmar, Laos, Thailand), via Tyrkia, Balkan-ruten og Nederland. Imidlertid ble det rapportert økt smugling over landene i Øst-Europa (Russland, Estland, Bosnia, Slovenia) og sentralasiatiske land i det tidligere Sovjet.

I EU lå gateprisen i 2000 for ett gram heroin mellom 25 og 330 euro. De høyeste prisene ble rapportert i Irland, Finland og Norge. Heroinens renhet varierer typisk fra under 20 % til 45 %, men Belgia, Danmark, Spania og Norge rapporterer høyere gjennomsnittlig renhet på brunt heroin.

Figur 21

Antall og beslaglagte kvanta av heroin i EU-landene og Norge 2000



NB: m.d. = mangler data.
Kilder: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet, 2000. Se statistiske tabeller 'Antall heroinbeslag, 1985-200' og 'Beslaglagte kvanta av heroin, 1985-2000 (kg)' på http://annualreport.emcdda.eu.int.

([29]) Figur 15 OL: Beslaglagte kvanta av cannabis, kokain, heroin og amfetamin i land i EU (1985-2000) (nettutgaven).
([30]) Fordi seriene starter i forskjellige år i de ulike landene, må trendene på EU-nivå analyseres med varsomhet. For ytterligere informasjon se statistiske tabeller på http://annualreport.emcdda.eu.int/.
([31]) 'Nederwiet': Nederlandsk cannabisplante som dyrkes lokalt i Nederland.

Trender

På EU-nivå gikk antallet heroinbeslag opp fram til 1991-92, da vi fikk en stabilisering. I 2000 gikk antallet beslag ned i Irland, Luxembourg, Norge, Portugal og Spania. Sammenlignet med situasjonen i 1985 har mengden som beslaglegges i EU økt. Den beslaglagte mengden stabiliserte seg i perioden 1991-98, men har siden økt igjen. I 2000 rapporterte alle landene økninger i beslaglagte kvanta heroin, med unntak av Danmark, Tyskland, Spania, Italia og Sverige.

Gateprisene for heroin er generelt stabile eller avtagende, men prisen på brunt heroin gikk i 2000 opp i Portugal, Sverige og Storbritannia. Heroinens renhet rapporteres å være stabil eller synkende i alle land bortsett fra Danmark, Tyskland, Luxembourg og Storbritannia, der den i den senere tid har økt – spesielt for brunt heroin.

Kokain

Spania er fortsatt det EU-landet som gjør de største kokainbeslagene. Kokainen som brukes i Europa kommer fra Latin-Amerika (spesielt Colombia, Brasil og Venezuela) via Sentral-Amerika og Karibia. For mange land er Spania den viktigste inngangsporten til det øvrige EU, men kokain redistribueres ofte via Nederland.

Detaljprisen på kokain varierte i 2000 fra 45 til 170 euro pr. gram. Prisen var lavest i Spania og Storbritannia og høyest i Finland. Kokainen er vanligvis svært ren, med en renhet på mellom 50 og 85 % i de fleste landene, bortsett fra i Danmark og Tyskland, der renheten i 2000 gjennomsnittlig var lavere.

Trender

Det samlede antall kokainbeslag har steget jevnt i EU fra midten av 1980-tallet og syntes å flate ut i 2000. De beslaglagte kokainmengdene har variert, dog med en oppadgående trend, men i 2000 ble det rapportert om en klar nedgang – hovedsakelig som følge av en kraftig nedgang i de landene som har hatt de største kokainbeslagene i EU (Spania, Frankrike og Nederland).

Selv om kokainprisene i de fleste landene har vært stabile eller synkende, gikk prisene opp i Danmark, Portugal og Storbritannia i 2000. Renheten er fortsatt stabil eller synkende i alle medlemsstatene.

Syntetiske stoffer: amfetaminer, ecstasy og LSD

I Finland, Norge og Sverige er amfetaminer det nest vanligste narkotiske stoffet som beslaglegges (etter cannabis). Mesteparten av beslagene i EU av amfetamin, ecstasy og LSD skjer i Storbritannia.

Nederland er et av de viktigste produksjonslandene for ecstasy, amfetaminer og lignende stoffer, men produksjon forekommer også i andre medlemsstater (Belgia, Storbritannia) og i østeuropeiske land (Den tsjekkiske republikk, Estland).

Amfetaminer rapporteres solgt til mellom 5 og 35 euro pr. gram i snitt, mens prisen for ecstasytabletter varierer fra 5 til 15 euro pr. stykk. Data fra 2000 viser at syntetiske stoffer er billigere i Belgia og Storbritannia. Amfetaminets renhet varierer kraftig, fra 3 % i Irland til 46 % i Finland, men ligger i EU vanligvis på mellom 10 og 15 %. Tabletter som selges som ecstasy i Hellas, inneholder i 2 % av tilfellene ecstasy eller ecstasylignende stoffer (MDMA, MDEA, MDA). I Finland er andelen 100 %. Amfetaminer (eller metamfetaminer) finnes i 2-22 % av tablettene, men forskjellige andre psykoaktive stoffer (2-CB, 2-CT7, 4-MTA og nylig PMA og PMMA) kan også finnes.

Trender

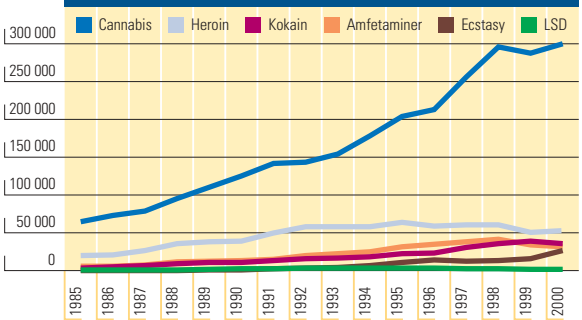
Amfetaminbeslagene har siden 1985 gått opp både med hensyn til antall og beslaglagte kvanta. Antallet amfetaminbeslag gikk ned i 1999 og 2000, spesielt i Storbritannia. Etter en nedgang både i 1998 og 1999 økte mengdene igjen i 2000, spesielt i Tyskland.

Beslagene av ecstasy har økt i de fleste EU-landene siden 1985, med klar oppgang i 2000. Mengdene ecstasy som ble beslaglagt fulgte samme oppadgående trend etter 1985, stabiliserte seg fra 1993, for å gå opp i 1996 og øke enda mer i 1999. I 2000 økte beslagene igjen i alle land bortsett fra i Danmark, Luxembourg og Portugal.

Beslag av LSD forekommer sjeldnere. Både antall beslag og mengder gikk opp fram til 1993, gikk da noe

Figur 22

Antall beslag av cannabis, heroin, kokain, amfetaminer, ecstasy og LSD i EU-landene og Norge (1985-2000)



NB: Det finnes ingen data tilgjengelig for Hellas. For en del andre land er data tilgjengelig siden 1988 (Danmark, Portugal), 1993-96 (Finland) og 1997 (Nederland). Antallet beslag er undervurdert for 1999 og 2000 ettersom det ikke foreligger data for Italia. De fleste dataseriene for ecstasy starter midt på 1990-tallet (bortsett fra Frankrike, Italia, Spania, Storbritannia).

Kilde: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet. Se statistiske tabeller over 'Narkotikabeslag i EU-landene og Norge, 2000' på http://annualreport.emcdda.eu.int

ned for så å øke noe i 2000. Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Nederland, Portugal og Finland har rapportert store økninger i beslaglagte mengder LSD i 2000.

Etter en betydelig nedgang i 1990-årene har prisene på amfetamin og ecstasy stabilisert seg i EU. I 2000 har imidlertid Irland rapportert oppgang i prisen på begge disse syntetiske stoffene, mens Tyskland har rapportert oppgang bare for amfetamin. Spania, Sverige og Storbritannia har rapportert at ecstasytabletter er blitt billigere i 2000. I de senere årene har andelen tabletter som inneholder ecstasy eller ecstasylignende stoffer økt i mange land, mens andelen tabletter som inneholder amfetaminer (og metamfetaminer) har gått ned. Hellas har rapportert at amfetaminer overtok for MDMA som hovedrusmiddel i de fleste tabletter i 1999 og 2000.

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller til denne delen

- Narkotikabeslag i EU-landene og Norge, 2000
- Antall amfetaminbeslag, 1985-2000
- Antall cannabisbeslag, 1985-2000
- Antall kokainbeslag, 1985-2000
- Antall ecstasybeslag, 1985-2000
- Antall heroinbeslag, 1985-2000
- Antall LSD-beslag, 1985-2000
- Beslaglagte kvanta av amfetamin, 1985-2000 (kg)
- Beslaglagte kvanta av cannabis, 1985-2000 (kg)
- Beslaglagte kvanta av kokain, 1985-2000 (kg)
- Beslaglagte kvanta av ecstasy, 1985-2000 (tabletter)
- Beslaglagte kvanta av heroin, 1985-2000 (kg)
- Beslaglagte kvanta av LSD, 1985-2000 (doser)

Tiltak mot narkotikamisbruk

Dette kapittelet inneholder en oversikt over utviklingen innen narkotikapolitikken og narkotikastrategiene nasjonalt og på EU-plan. Tiltak mot narkotikaproblemet innenfor utdanning, helse, sosialomsorg og strafferett beskrives også.

Nasjonale og europeiske narkotikastrategier

Fra narkotikapolitikk til handlingsplaner

EUs strategi

I oktober 2001 gikk Rådets horisontale narkotikaarbeidsgruppe gjennom en rapport om identifisering av evalueringskriterier for Den europeiske unions narkotikastrategi (2000-2004) utarbeidet av EONN og Europol. Rapporten inneholder en analyse av hvert av de seks målene i EUs handlingsplan [32] og understreker potensialet og begrensningene i kartlegging og evaluering. Rapporten inneholder også et sett parametre som skal danne grunnlaget for en referanselinje med data fra 1999 [33] som situasjonen i 2004 skal måles opp mot.

Nasjonale narkotikastrategier [34]

EUs handlingsplan mot narkotika har bidratt til å øke bevisstheten om behovet for at medlemsstatene samordner sin innsats på narkotikaområdet. I henhold til artikkel 1.1.3 skal Rådet gi de ansvarlige for narkotikaområdet på nasjonalt plan anledning til å møtes jevnlig og utveksle informasjon om nasjonal utvikling og styrke samarbeidet. I 2001 ble det holdt ett slikt møte i Sverige for de nasjonale narkotikakoordinatorene [35].

Når det gjelder nasjonale strategier, videreføres trenden fra de senere årene med å gjøre narkotikapolitiske rammer om til en handlingsplan, en narkotikastrategi eller et policy-dokument, selv om det fremdeles finnes en avstand mellom strategien på papiret og dens iverksettelse.

I mars 2001 godkjente den portugisiske regjeringen en handlingsplan for narkotika, 'Horizonte 2004', som fastsetter detaljerte målsettinger, mål og konkrete tiltak som skal utvikles over en fireårsperiode. En måned senere godkjente den irske regjeringen en nasjonal narkotikastrategi for perioden 2001–2008, som beskriver konkrete målsettinger, nøkkelindikatorer og individuelle tiltak som skal iverksettes av den enkelte minister som er involvert i gjennomføringen av narkotikapolitikken. I juni gjorde den greske regjeringen en rekke vedtak med sikte på en holistisk, enhetlig og samordnet narkotikapolitikk. Med disse vedtakene har regjeringen forpliktet seg til å legge fram en femårig, nasjonal handlingsplan med konkrete mål som skal nås, aktiviteter som skal utvikles og tiltak som skal iverksettes. I februar 2002 vedtok Finland en handlingsplan for 2001–2003, og det ble utarbeidet konkrete narkotikastrategier mellom tollvesenet og grensepolitiet. I Østerrike har nå alle de ni provinsene en narkotika- eller avhengighetskoordinator, og syv har narkotikahandlingsplaner, mens det i Belgia ble opprettet et helse- og narkotikasamordningsorgan – 'Cellule drogue santé' – i juni 2001, og det er planer om å opprette et samordningsorgan i slutten av 2002. I Italia, som et ledd i regjeringens nye tilnærmingsmåte til narkotika, ble det kunngjort at det i november 2001 skulle opprettes et eget direktorat for bekjempelse av narkotika som skal ledes av en narkotikakoordinator. I Tyskland har et team av del-

(32) Nærmere opplysninger om EUs narkotikastrategi og handlingsplan finnes på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_action-plan.shtml.
(33) Tilgjengelig på internett på http://snapshot.emcdda.eu.int.
(34) Tabell 3: Oversikt over nyere narkotikastrategier, handlingsplaner og samordningsordninger (nettutgaven).
(35) EONN har laget en sammenlignende studie av samordningen av narkotikaarbeidet i EU http://www.emcdda.int/multimedia/project_reports/policy_law/drug_coordination_oct_01.pdf

statskoordinatorer i flere år arbeidet med å styrke samordningen. I januar 2002 la den svenske regjeringen fram sin nye handlingsplan mot narkotika 2002–2005 for Riksdagen. Det er også utnevnt en 'narkotikakommissær' som skal samordne og stimulere tiltak på ulike nivåer i samfunnet.

I motsetning til det som ellers er trenden, har Storbritannia flyttet ansvaret for narkotika fra den sentrale narkotikasamordningsenheten (nå oppløst) og 'narkotikatsaren' i regjeringskontoret over til Home Office, hvor det nå ligger under innenriksministerens ansvarsområde.

Vurdering av effektene av narkotikastrategiene

Selv om alle medlemsstater nå har mer eller mindre definerte narkotikastrategier på plass, er det ennå ikke vanlig praksis å gjennomføre en vurdering av effektene av strategiene. Det er gjort framskritt når det gjelder å evaluere bestemte programmer eller aktiviteter, oftest innen etterspørselsreduksjon. Når juridiske virkemidler eller nasjonale strategier betraktes under ett, framstår evaluering imidlertid ikke som noe prioritert område.

Det kan imidlertid nevnes noen få lovende eksempler blant de strategiene som nylig er vedtatt. I Irland og Portugal tar de nye nasjonale narkotikaplanene som ble vedtatt i 2001 sikte på å etablere evalueringsmekanismer som skal vurdere planenes samlede resultater. I Finland er evaluering en del av den nye handlingsplanen for 2001–2003, og den vil vurdere effektiviteten ved planen under ett, herunder behandlingstiltak og tiltak rettet mot narkotikakontroll.

I Frankrike har 'Observatoire Français des Drogues et Toxicomanies' (OFDT) fått mandat fra 'Mission Interministérielle de Lutte contre la Drogue et la Toxicomanie' (MILDT) til å evaluere effektiviteten av de viktigste punktene i den franske narkotikaplanen for 1999–2001. I Nederland prioriteres evaluering høyt, ikke bare med hensyn til etterspørselsreduserende tiltak men også med hensyn til andre policy-aspekter (f.eks. coffee shops, endringer i AHOJ-G kriterier). Den utvidede kartleggingen (national drug monitor) på området rusmiddelmisbruk og helse – og utarbeiding av tiltak på det strafferettslige området – er også et ledd i evalueringen. I andre nasjonale narkotikastrategier anses evaluering som et verktøy til måling av enkeltaktiviteter som behandlingsmetoder eller forebyggingsteknikker, f.eks. i den nye belgiske politiske meldingen, der både behandlingsmetoder, helse, omsorgsirkler og forebyggingsteknikker skal evalueres.

Medlemsstatene betrakter lovlige og ulovlige rusmidler under ett

De ulike landenes nasjonale narkotikapolitikker retter nå større oppmerksomhet mot lovlige og ulovlige rusmidler. Frankrike var i 1998 et av de første landene som utvidet arbeidet omkring forebyggende tiltak og rehabiliteringstiltak til også å gjelde avhengighet, ikke bare rusmidler som sådan, og den norske regjeringen har i løpet av det siste året videreutviklet en omfattende 'politikk for rusmiddelmisbruk' som også omfatter alkohol, når det gjelder forebygging, omsorg og behandling. I Tyskland har den nye føderale narkotikakommissæren i sin rapport i april 2001 også understreket intensjonen om å utvide forebyggingen framfor alt til lovlige stoffer som alkohol og tobakk. I Belgia er ett av de fire målene for den nye føderale regjeringspolitikken å forebygge rusmiddelbruk blant unge (herunder tobakk og alkohol). Denne trenden er også tydelig i den nye irske narkotikastrategien hvor det i 2001 er knyttet formelle forbindelser på lokalt, regionalt og nasjonalt nivå til den nasjonale alkoholpolitikken for å sikre at de ulike tiltakene som igangsettes utfyller hverandre. I Storbritannia ga ministeren for Nord-Irland i mai 2001 sin støtte til en felles gjennomføringsmodell. Ved hjelp av denne strukturen vil strategiene for alkohol og illegale narkotiske stoffer videreføres som et hele. Narkotikastrategien i Wales omfatter også lovlige rusmidler.

Narkotikalovgivningen i EU [36]

På europeisk nivå

Den 23. mai 2001 vedtok Europakommisjonen Rådets forslag til et rammevedtak om fastsettelsen av minstebestemmelser med hensyn til definisjonen av kriminelle handlinger og straff når det gjelder ulovlig narkotikahandel. Kommisjonens initiativ gir en felles definisjon på ulovlig narkotikahandel så vel som felles strafferammer for smugling av store kvanta over landegrensene. Forslaget er for tiden (mars 2002) ute til høring i Europaparlamentet og Det europeiske råd.

På nasjonalt nivå

Utviklingen innen narkotikalovgivningen omfatter i den perioden rapporten dekker hovedsakelig tiltak rettet mot narkotikamisbrukere, kjøring i påvirket tilstand og substitusjonsbehandling.

Rettslige tilnærmingsmåter til (narkotika og) misbrukere

I løpet av 2001 har trenden i enkelte medlemsstater i EU vært å foreslå og gjennomføre endringer i lovverket for å sikre et klarere skille mellom narkotikamisbrukere og an-

[36] For nyheter og informasjon om utviklingen i medlemslandenes rettssystemer ang. narkotika, se den europeiske narkotikalovgivningsdatabasen på http://eldd.emcdda.int/

dre narkotikalovbrytere, samt mellom cannabis og andre illegale stoffer. Landene vurderer ulike muligheter, f.eks. et mer spesialisert rettssystem eller en endring i lovgivningen eller politikken hva narkotikabrukere angår.

Dette ser vi særlig i Portugal, der narkotikabruk, kjøp og besittelse av narkotika til personlig forbruk ikke lenger betraktes som kriminelle handlinger, og der man nå i stedet sanksjonerer slike lovbrudd administrativt gjennom nemnder for bekjempelse av narkotikaavhengighet, som ble opprettet i juli 2001. Nemndene består av tre medlemmer (som blir oppnevnt av justisdepartementet, helsedepartementet og det departementet som har ansvar for området narkotikamisbruk), et teknisk team bestående av tre til fem fagfolk (psykologer, sosionomer og jurister) og en administrativ stab. Hver sak vurderes individuelt, og det tekniske teamets rapporter støtter opp under medlemmenes beslutning om hvilke tiltak eller sanksjoner som bør iverksettes. I april 2001 satte Luxembourg ned straffene for cannabisrelaterte lovbrudd ved å fjerne fengselsstraffen for bruk og besittelse til eget bruk, og innførte en strategi for rettsforfølgning som fokuserer bare på problematisk narkotikabruk. Den politiske meldingen som ble offentliggjort av den belgiske regjeringen 19. januar 2001 skisserer lignende tanker. Luxembourg og Belgia har også brukt loven til for første gang å skape et skille mellom cannabis og andre stoffer. Det samme er tilfellet i et tverrpolitisk utkast til endring av den greske narkotikaloven som ble lagt fram for den greske nasjonalforsamlingen i april 2001, men som ble avvist av nasjonalforsamlingen i mai 2002. Det forventes at Storbritannia i 2002 reklassifiserer cannabis fra 'class B' til 'class C' (besittelse til eget bruk blir dermed å betrakte som en forseelse). I Irland skal ikke-voldelige, narkotikaavhengige lovbrytere framstilles for en narkotikadomstol som ble opprettet som et pilotprosjekt i Dublin i januar 2001. Et lignende prosjekt ble startet i Glasgow i Skottland i november. Den nederlandske regjeringens nye lov om alternative sanksjoner trådte i kraft 1. februar 2001 og gir mulighet til å idømme slike som kan straffes med fengsel inntil seks måneder, straff i form av kombinert arbeid og utdannelse i stedet for eller sammen med fengsel og/eller bøter.

Denne trenden er imidlertid ikke universell. Ved en endring av straffeloven fjernet Finland sommeren 2001 muligheten for å frafalle strafferettslig påtale av narkotikaforbrytelser dersom lovbruddet ikke ble ansett å undergrave alminnelig lovlydighet, samtidig som påtalemyndigheten fikk anledning til summarisk, utenomrettslig behandling av lovbrudd som straffes med bøter eller fengsel inntil seks måneder. Man har likevel beholdt bestemmelser som gir anledning til å frafalle påtale eller straff dersom lovbruddet betraktes som uvesentlig.

Narkotika og kjøring

Både politisk og rent praktisk har det vært økt aktivitet omkring lovgivning som gjelder kjøring i narkotikapåvirket tilstand.

På politisk nivå foreslo arbeidsgruppen som var utnevnt for å gjennomføre den finske regjeringens nye resolusjon om trafikksikkerhet, null-toleranse for narkotika i trafikken. Andre medlemsstater har skjerpet forskriftene med hensyn til hvem som skal testes og hvordan. I Østerrike ble det i forbindelse med en endring av veitrafikkloven våren 2001 vedtatt å utelate en bestemmelse om obligatorisk narkotikatesting av bilførere. Portugal og Frankrike innførte, henholdsvis i mai og november, lovgivning som åpner for testing av personer som er innblandet i trafikkulykker med sikte på å framskaffe tallmateriale som kan brukes i forskningen omkring narkotika og kjøring, for å studere omfanget av og typen narkotikabruk blant førere og hvilken innvirkning dette har på ulykkesstatistikken, og ut fra dette utforme en konkret og effektiv lovgivning om kjøring i påvirket tilstand. I mars innførte også den britiske regjeringen lovgivning som regulerer prosedyrer for og testing av personer mistenkt for å ha kjørt under påvirkning av illegale stoffer.

Substitusjonsbehandling

Medlemsstatene fortsetter arbeidet på lovgivningen om substitusjonsbehandling for avhengighet. Enkelte land vurderer å innføre dette, og de som allerede har denne typen behandling, forbedrer det juridiske rammeverket.

I kjølvannet av den politiske meldingen som kom i januar 2001, utarbeider Belgia nå juridiske rammer for substitusjonsbehandling. I juli 2001 opprettet Tyskland et sentralt substitusjonsregister som skal hindre gjentatt forskrivning av resepter på substitusjonsmedikamenter. Samtidig ble det innført krav om tilleggskvalifikasjoner for leger som tilbyr substitusjonsbehandling. Som følge av en forordning av februar 2002 trenger leger i Luxembourg nå statlig godkjenning fra helseministeren for å skrive ut substitusjonsmedikamenter. I henhold til samme forordning skal det opprettes en egen tilsynsnemnd og etableringen av et nasjonalt register for substitusjonsbehandling. I Hellas planlegges en ytterligere styrking av strukturen for substitusjonsbehandling innenfor rammen av lov nr. 2716/1999, ved å utvide tilbudet om utdeling av substitusjonsmedikamenter gjennom det nasjonale helsevesenet. Storbritannia har siden april 2001 hatt ordninger på plass som gjør det mulig å skrive ut buprenorfin til bruk i substitusjonsbehandling, mens det før bare var tillatt å skrive ut metadon.

Etterspørselsreduksjon

Som beskrevet over, har de aller fleste medlemsstatene i EU en eller annen form for nasjonal narkotikastrategi ([37]) – dette gjelder også Norge – og alle har satt opp prioriteringer når det gjelder tiltak. Enkelte land (Spania, Irland, Portugal og Storbritannia) har også satt opp kvantitative mål.

De nasjonale strategiene omfatter naturligvis en hel rekke tiltak. Likevel kan det se ut som om visse prioriteringer virker forsterkende på enkelte typer tiltak og/eller utvikler mer effektive strukturer ([38]). Forebyggende arbeid i skolene er prioritert i ti medlemsstater, mens syv betrakter forebygging i lokalsamfunnet som viktig. Forebygging og tidlig inngripen overfor unge i faresonen står høyt på dagsordenen i ni land. Skadereduksjon og legemiddelassistert behandling blir prioritert i seks av medlemsstatene, mens Italia og Sverige legger økt vekt på stoff-fri behandling. Seks land nevner sosial reintegrasjon og syv nevner strafferettslige tiltak som høyt prioritert. Fire land ser det som nødvendig å styrke de forebyggende strukturene i landet, og åtte, behandlingsstrukturen.

I de fleste landene er gjennomføringen av etterspørselsreduserende tiltak desentralisert som følge av aktivitetenes art. Likevel er de prioriteringene som er gjort i de nasjonale strategiene samt finansieringen av forskning og praktisk gjennomføring, vesentlig for realiseringen av tiltakene på regionalt og lokalt plan. Alt etter land tillegges politiske, praktiske og forskningsmessige hensyn forskjellig vekt i gjennomføringen av tiltakene. Det er klart at alle hensynene påvirker hverandre, men i enkelte land ser det ut til at nasjonale politiske hensyn påvirker praksis, mens det i andre, særlig på regionalt plan, ofte er praksis som virker inn på politikken.

Kvaliteten på tiltakene for å redusere etterspørselen sikres ved at det (i enkelte land) innføres nasjonale standarder, akkrediteringsprosedyrer eller retningslinjer. Behandling blir kvalitetssikret i flere land enn forebygging ([39]).

Forebyggende arbeid i skolen, lokalmiljøet og lokalsamfunnet

Alle medlemsstatene legger vekt på at forebygging skal ha høy prioritet i sine nasjonale strategier og i de mange forebyggende aktivitetene i ulike miljøer, særlig på skolene. I mange medlemsstater blir det imidlertid stadig tydeligere at det er stor avstand mellom de politiske målene og realitetene og kvaliteten på det forebyggende arbeidet ([40]). Det reelle omfanget av det forebyggende arbeidet (f.eks. på skoler) kan måles omtrentlig dersom det gjøres på en strukturert måte gjennom klart definerte programmer ([41]). Bare på denne måten kan nøkkelparametrene vurderes – parametre som innhold (modeller, risikofaktorer som tas i betraktning) og antall skoler, elever og lærere som dekkes. Dette gjelder for enkelte medlemsstater (Belgia (den flamske delen), Tyskland, Hellas, Spania, Irland og Storbritannia) hvor programbasert informasjon er tilgjengelig og kan evalueres. Forebygging av avhengighet er imidlertid ofte lagt inn i en bredere skolepolitisk sammenheng som tar sikte på å fremme en sunnere livsstil i (skole)hverdagen. I en slik 'ustrukturert' kontekst blir det forebyggende arbeidet utført ad hoc gjennom lokale rådgivningsgrupper eller komiteer (i Danmark, Frankrike og Norge) og/eller er nært knyttet til konkrete behov som oppstår og til ressurser (f.eks. i Frankrike, Italia, Østerrike, Portugal og Finland). Denne tilnærmingsmåten er imidlertid vanskelig å standardisere og evaluere.

Spekteret av målsettinger for det forebyggende arbeidet i skolen er bredt. I tillegg til de stadig tilbakevendende, altomfattende helsefremmende prinsippene omfatter de alt fra utvikling av sosiale/personlige ferdigheter til utvikling av identitet/personlighet. Bevisstgjøring og informasjon er ofte kjernen i det forebyggende arbeidet mot narkotika, selv om en slik tilnærmingsmåte alene har vist seg å være lite effektiv (Skolverket, 2000). På dette området finnes det ikke noe felleseuropeisk forebyggende prinsipp basert på dokumentasjon og forskning. Det tverrnasjonale prosjektet 'Healthy school and drugs' som finansieres av Europakommisjonen, legger evidence-baserte kvalitetselementer til grunn for det forebyggende arbeidet i skolen (http://www.school-and-drugs.org).

Et annet aspekt er de logistiske og administrative vanskelighetene forbundet med å gjennomføre programmer for god praksis (herunder evaluering) i stor skala i hvert land. Tyskland og Nederland nevner dette problemet spesielt. I enkelte medlemsstater (f.eks. Danmark og Tyskland) opplever man at oppmerksomheten i det forebyggende arbeidet nå rettes mot fritidsmiljøene som en følge av at forbrukstrenden har endret seg, og at man når det gjelder inn-

([37]) Tabell 4 OL: Presentasjon av etterspørselreduserende tiltak i EUs medlemsstater og Norge (nettutgaven).
([38]) Tabell 5 OL: Oversikt over medlemsstatenes og Norges prioriteringer innen etterspørselsreduksjon (nettutgaven).
([39]) Tabell 6 OL: Oversikt over kvalitetsstandarder for forebygging og behandling i medlemsstatene og Norge (nettutgaven).
([40]) Tabell 7 OL: En oversikt over målsettingene for det forbyggende arbeidet, skoleprogrammer, nettsteder og forebyggende aktiviteter organisert i fritidsmiljøer (nettutgaven).
([41]) En oversikt over forebyggende programmer på skoler finnes på Internett (Tabell 7 OL – Skoleprogrammer) (nettutgaven).

hold, beveger seg fra risikounngåelse til risikostyring. Prosjekter som drives etter denne filosofien er nå samlet på et europeisk nettsted (http://www.drug-prevention.de). De fleste medlemsstater har fått både flere og mer interessante nettsteder innen forebygging ([42]). Et annet tilleggselement er retningslinjer for hvordan man kan identifisere og håndtere elever som bruker narkotika.

I noen medlemsstater (Spania, Irland, Nederland og Storbritannia) har det i den senere tid vært tydelig at interessen for og ressursene som avsettes til kvalitetssikring og dokumentert forebyggende arbeid, har økt. Parallelt ser vi at det i Tyskland, Hellas, Frankrike, Irland, Nederland og Storbritannia er opprettet databaser for vurdering og kartlegging av den nasjonale 'dekningen av det forebyggende arbeidet'. Spania har allerede etablert et informasjonssystem.

Når det gjelder programmer for lokalsamfunn, finnes det ikke noe felles konsept i medlemsstatene. For det første er denne aktiviteten ikke begrenset til bare forebygging ettersom reduksjon av narkotikarelatert risiko ofte inngår i programmer for lokalsamfunn. Dessuten betyr 'program for lokalsamfunn' i noen medlemsstater at programmet gjennomføres *i* lokalsamfunnet (dvs. ovenfra og ned), mens det i andre medlemsstater betyr at programmet gjennomføres *av* lokalsamfunnet (dvs. nedenfra og opp).

Det er også store forskjeller mellom medlemsstatene når det gjelder massemedias rolle i de forbyggende strategiene – fra ingen i det hele tatt (i Østerrike og UK) til en svært framtredende rolle (i Frankrike og Italia). Såkalt peer-group tilnærming er også omstridt: i den flamske delen i Belgia (De Sleutel) og i Danmark (Guardian Angels) er denne tilnærmingsmåten utbredt, mens den i enkelte østerrikske provinser avvises som ineffektiv.

Forebyggende arbeid i fritidsmiljøer

Rent begrepsmessig kan forebygging i fritidsmiljøer betraktes som det området hvor forebygging og risikoreduksjon overlapper hverandre, slik at det dermed ofte favner om motstridende ideologiske fraksjoner. I noen medlemsstater anser prosjektene at de driver 'sekundær forebygging', mens andre betegner det de driver med som 'skadereduksjon'. I grove trekk er denne formen for forebygging basert på tre intervensjonsstrategier: utarbeiding av informasjonsmateriell om rusmidler og helsemessige, juridiske og følelsesmessige temaer i den forbindelse, personalisert intervensjon på diskoteker og raves, foruten strukturelle tiltak som retningslinjer for trygg 'clubbing' ([43]).

Tradisjonelt har man foretrukket å utarbeide og dele ut informasjonsmateriell, og det er også den vanligste aktiviteten i fritidsmiljøene. Særlig i Tyskland, Spania og Storbritannia blir mange brosjyrer, plakater og flygeblad produsert av forskjellige aktører, men lite er kjent om den virkningen slike enveis, anonyme kommunikasjonsstrategier har.

I noen få land (Tyskland, Spania, Nederland og Storbritannia) benyttes en 'peer-group' tilnærming for å nå ut i klubbmiljøet og spre forebyggende informasjon på en mer interaktiv og personlig måte. Også her deles det ut informasjonsmateriell.

Viktigheten og virkningen av enkle, men grunnleggende sikkerhetsregler i partymiljøene blir stadig mer anerkjent. Disse strukturelle, forebyggende tiltakene, som allerede finnes i Storbritannia som offisielle retningslinjer for tryggere dansetilstelninger (http://www.clubhealth.org.uk/pages/downloads.htm), er den mest direkte måten for å forebygge narkotikarelaterte problemer i nattklubbmiljøene. De tar sikte på i størst mulig grad å redusere de hyppigste helserisikoene ved å tilby friskt drikkevann og 'chill-out'-områder hvor de unge kan slappe av og unngå overoppheting, ved å gi de ansatte opplæring i førstehjelp og overvåking og i å avdekke problemer på et tidlig stadium samt ved å legge til rette for det forebyggende arbeidet som de oppsøkende teamene utfører. Slike retningslinjer finnes i flere land, men gjennomføringen hos klubbeiere eller ansvarlige lokale myndigheter i medlemsstatene er svært varierende. Det er imidlertid tatt initiativ til å ha harmoniserte retningslinjer for trygg 'clubbing' for hele Europa.

I Belgia og Tyskland tilbys f.eks. spesifikke 'bad trip'-tiltak, som gir hjelp til å håndtere negative og uforutsette virkninger av narkotika uten at vedkommende må innlegges på sykehus, og i enkelte medlemsstater tilbys pilletesting på forskjellige tilstelninger, men dette er langt mindre utbredt.

Dessverre er verdien av pilletesting på stedet, som skulle tiltrekke en målgruppe av erfarne brukere eller brukere som eksperimenterer i festsammenheng til intensiv interaktiv forebyggende rådgivning ([44]), blitt overskygget av debatten om farmakologisk nøyaktighet (Winstock,

([42]) En liste over nettsteder for forebyggende arbeid finnes i tabell 7 OL (Nettsteder) (nettutgaven).
([43]) En oversikt over forebyggende tiltak i fritidsmiljøer finnes i tabell 7 OL (Fritidsmiljøer) (nettutgaven).
([44]) Se EONN-studie på: http://www.emcdda.int/multimedia/project_reports/responses/pill_testing_report.pdf, s. 35-37.

2001) og de ideologiske ([45]) eller juridiske implikasjonene ved slike tiltak.

Forebygging av smittsomme sykdommer

De viktigste evidence-baserte tiltakene for å forebygge smittsomme sykdommer hos narkotikabrukere er oppsøkende virksomhet i lokalmiljøet, behandling – særlig ved forskrivning av metadon eller andre substitusjonsmidler (som har økt betraktelig i EU og Norge i de siste årene, se avsnitt om behandling) – vaksinasjon mot hepatitt, tilgang til sterilt utstyr og informasjon om og opplæring i trygg bruk ([46]).

Alle landene i EU og Norge har et visst omfang av oppsøkende tjenester, men det varierer mye fra land til land i hvilken grad de ansatte i rusmiddeltjenestene går ut og tilbyr sine tjenester der brukerne er. Lavterskeltjenestene er fremdeles en viktig innfallsport for opplysning og bevisstgjøring av brukerne om risikoene ved narkotikabruk og hvordan de kan reduseres. Disse tjenestenes rolle som grunnleggende helsetilbud til narkotikabrukere for å redusere risikoen for smittsomme sykdommer, anerkjennes i stadig større grad, og i 2000 ble lavterskeltjenestene ytterligere utvidet i flere EU-land og i Norge.

Spesialprogrammer som gir tilgang til sterilt utstyr er svært viktig for å redusere HIV-smitte og andre blodbårne virusinfeksjoner hos narkotikabrukere, og sprøytebytteprogrammer gjennom rusmiddeltjenester, apoteker og automater finnes i alle EU-land og Norge. Antallet sprøytebytteprogrammer har økt i 2000 ([47]). Det er imidlertid fortsatt store forskjeller i tilgjengelighet og dekning både landene imellom og innenfor det enkelte land (Wiessing et al., 2001).

I Helsinki og mange andre kommuner i Finland er sprøyter og utstyr blitt lettere tilgjengelig i 2001. I den flamske delen av Belgia ble den første ordningen for bytting av sprøytespisser åpnet i slutten av 2000 – seks år etter at den første slike ordningen ble tilgjengelig i den fransktalende delen av landet. I Irlands nasjonale narkotikastrategi 2001-2008 er risikoreduksjon satt opp som en del av behandlingssøylen. Portugals nasjonale handlingsplan mot narkotika, 'Horizonte 2004', har også satt ambisiøse skadereduksjonsmål, f.eks. skal bytteordningen for sprøytespisser utvides til å dekke alle distrikter innen 2004. Imidlertid er bare 5 % av midlene i Portugal satt av til reduksjon av narkotikarelaterte skader mens 95 % er avsatt til forebygging, behandling og rehabilitering. Det britiske helsedepartementet lanserte kampanjen 'Making Harm Reduction Work' for å fremme og videreutvikle de skadereduserende tiltakene blant brukere (Hunt et al., 2001).

Virkningen av skadereduserende tiltak på hepatitt C-epidemien er undersøkt i studier i England og Wales (Hope et al., 2001) og Irland (Smyth et al., 1999), og det er funnet indikasjoner på at slike strategier faktisk resulterer i redusert risikoatferd.

Det er igangsatt en systematisk innsats i Tyskland, Irland, Nederland, Portugal, Østerrike, Finland, Storbritannia og Norge for å gjøre hepatitt B-vaksiner lettere tilgjengelig og for å oppnå full immunitet hos en større andel av narkotikabrukerne. Pr. dato virker det ikke som om vaksinene er særlig tilgjengelige for brukerne, og vaksinasjonsratene er generelt lave. Her kan kostnader også spille en rolle; f.eks. i den flamske delen Belgia er ikke narkotikabrukere en prioritert gruppe for helsedepartementets vaksinasjonspolitikk og følgelig er vaksinen ikke gratis ([48]).

Forebygging av narkotikarelaterte dødsfall

I 2000 ble det i EU registrert anslagsvis 7 000-8 000 narkotikarelaterte dødsfall etter overdoser med eller uten forsett. Forskning har vist at sprøytebrukere har økt risiko for overdose, særlig sprøytebrukere som kombinerer heroin med sentralnerveberoligende midler som alkohol eller benzodiazepiner (se avsnitt om narkotikarelaterte dødsfall).

Vitenskapelig dokumentasjon indikerer at vedlikeholdsbehandling med metadon har en klar forebyggende virkning både på dødeligheten ved opioidoverdoser og på dødeligheten av alle årsaker (WHO, 1998). Belgia, Tyskland, Finland, Norge og Storbritannia rapporterer om nye tilnærmingsmåter til forebygging og håndtering av overdoser – f.eks. gis brukerne opplæring i hvordan de kan beskytte seg mot overdoser og bedre håndtere overdoser de blir vitne til, trening i å gi nalokson samt grunnleggende gjenopplivningsteknikker, eller utarbeiding av informasjonsmateriale om konkrete forebyggende tiltak. I Storbritannia lanserte regjeringen i november 2001 en handlingsplan med sikte på forebygging av narkotikarelaterte dødsfall, som omfatter opplærings- og informasjonskampanjer så vel som kartleggings- og forskningsaktiviteter ([49]).

([45]) Artikkel i Corriere della Sera, 2. november 2001.
([46]) Se også: Fokus på narkotika, nr. 4, EONN 2002.
([47]) Tabell 8 OL: Tilbud om og type sprøytebytteprogrammer, apotekenes deltakelse, antall sprøyter utdelt/solgt (nettutgaven).
([48]) Tabell 9 OL: Tilbud om rådgivning og testing for HIV, HIV-behandling og HBV-vaksine for sprøytebrukere i en del europeiske land i henhold til rapporter fra de nasjonale knutepunktene, 2000 og 2001 (nettutgaven).
([49]) Eksempler på overdoseforebyggende budskap som blir brukt i kampanjen er tilgjengelig på Internett (nettutgaven).

Sprøyterom

Pr. september 2001 hadde Tyskland 19 brukerrom (Stöver, 2002), og i Nederland var over 20 offisielle brukerrom i drift i 2002 i flere byer. Spania åpnet et sprøyterom i mai 2000 i Las Barranquillas, i nærheten av Madrid og et mobilt sprøyterom i Barcelona f.o.m. 2001. Brukerrom med tilsyn inngår i Portugals politikk for skadereduksjon og er også forutsatt i den nasjonale handlingsplanen mot narkotika, 'Horizonte 2004'. I Luxembourg ble de juridiske hindringene fjernet slik at sprøyterom skulle kunne betraktes som en tjeneste i rusmiddelomsorgen, og ett sprøyterom er planlagt integrert i det utvidede tjenestetilbudet på et 'krisesenter' innen 2003.

I Norge la den avtroppende regjeringen fram et forslag (høsten 2001) om iverksettelse av et prøveprosjekt med sprøyterom, etter at forslaget hadde vært ute til offentlig høring. Med støtte fra flertallet av høringsinstansene avviste den nåværende regjeringen i mai 2002 forslaget. I Danmark ble et initiativ til sprøyterom skrinlagt av Sundhetsministeriet i 2000 av hensyn til internasjonale konvensjoner på området. En undersøkelse i Østerrike (Feistritzer, 2001), hvor opprettelsen av brukerrom ('helserom') har vært diskutert i årevis, viser at befolkningen generelt var mer positivt innstilt til sprøyterom i 2001 (28 %) enn i 1997 (20 %).

Målsettinger, tjenestetilbud og bruken av sprøyterom er beskrevet i flere studier, som '…gir en viss dokumentasjon på de fire viktigste fordelene man forventer av slike tilbud: færre ordensforstyrrelser, bedret tilgang til og utnyttelse av helse- og andre velferdstjenester, redusert risiko for opioidrelaterte overdoser og redusert risiko for overføring av blodbårne virus' (Dolan et al., 2000). EONN utarbeider for tiden et sammendrag av utfordringene og erfaringene som er gjort med brukerrom.

Tilgjengelighet av behandlingstilbud

I løpet av de fem siste årene har behandlingstilbudet i EU og Norge blitt betraktelig utvidet ([50]). Tilbudet om legemiddelassistert behandling (substitusjonsbehandling) så vel som stoff-fri behandling har økt, om enn i varierende grad alt etter land.

I det store og hele ser det ut til at legemiddelassistert behandling øker mer enn stoff-fri behandling. Antallet klienter som får legemiddelassistert behandling har økt kraftig i Frankrike (fra 500 til over 78 000 klienter i perioden 1993-2000), Norge (fra 50 til 1 100 klienter i perioden 1997–2001), Finland (fra 10 til 240 klienter i perioden 1996–2001) og Spania (fra 12 000 til 72 000 klienter i perioden 1993–1999). Antallet plasser i institusjoner som tilbyr stoff-fri behandling er ikke registrert på samme systematiske og kvantitative måte, men har økt, f.eks. i Danmark (fra én spesialisert behandlingsinstitusjon i 1994 til ca. 35 i 1999) og i Hellas (fra én spesialisert behandlingsinstitusjon i 1993 til åtte i 1999).

Utvidelsen av behandlingstilbudet er ikke bare kjærkommen, men faktisk helt nødvendig om vi skal ha håp om å håndtere problemet med narkotikaavhengighet i Europa. Det foreligger imidlertid rapporter fra f.eks. Hellas og Portugal, som viser at dagens behandlingstilbud ikke dekker klientenes behov, og undersøkelser som tar sikte på en systematisk 'matching' av klienter og behandlingsform har ikke gitt entydige resultater. Det er helt avgjørende at vi får utredet disse spørsmålene hvis vi skal bedre tiltakene mot narkotikaavhengighet og behandlingsresultatene ([51]).

Strafferettslige tiltak

Domstolene i landene i EU kan iverksette en rekke tiltak på ulike nivåer i det strafferettslige systemet for å føre brukere som har begått straffbare handlinger inn i behandlingsapparatet ([52]). Medlemsstatene har gjort stadig større anstrengelser for å dokumentere spekteret av tilgjengelige tiltak, kartlegge anvendelsesnivået og evaluere effektiviteten. Disse initiativene er relevante for å vurdere framdriften i forhold til mål 5 i EUs narkotikastrategi – 'å redusere antallet narkotikarelaterte straffbare handlinger betraktelig i løpet av fem år' – i den forstand at alternative tiltak i siste instans tar sikte på å redusere tilbakefallsprosenten både med hensyn til forbrytelser og med hensyn til narkotikabruk blant lovbrytere som bruker narkotika. Noen eksempler er gitt i det følgende.

Henvisning til behandling

Ved hjelp av såkalte 'arrest-referral schemes' og 'Drug Treatment and Testing Order Schemes' (DTTO) har den britiske regjeringen klart å få flere narkomane lovbrytere inn i et behandlingsopplegg. Forskning viser at arrestasjon oppleves som en krisesituasjon hvor lovbrytere som misbruker narkotika er særlig mottakelige for tilbud om

([50]) Tabell 10 og 11 OL: Tilbud om stoff-fri behandling og substitusjonsbehandling i Den europeiske union og Norge (nettutgaven).
([51]) Vellykket behandling er ett av de utvalgte temaene omhandlet i kapittel 3 i denne rapporten.
([52]) Se også: Fokus på narkotika, nr. 2, EONN 2002.

forebyggende tjenester og behandling (DPAS, 2000). Ordningen planlegges utvidet til alle politidistrikter i landet innen mai 2002. I henhold til den første evalueringen av DTTO (18 måneder etter innføringen) hadde ordningene ført til at det ble brukt mindre penger til narkotika og antallet lovbrudd var redusert (Turnbull & Sweeney, 2000). Ordningen ble derfor innført på permanent basis i oktober 2000, etter en vellykket pilotfase.

I Haag, Nederland, ble det gjennomført et fireårig forsøksprosjekt for behandling av lokale kriminelle med avhengighetsproblemer, bestående av avgiftning og ettervern. Hele 40 % av deltakerne avsto fra narkotikabruk i to år etter tiltaket, men prosjektet viste også et høyt innbyrdes samsvar mellom positivt resultat og fortsatt behandling (Vermeulen et al., 1999). En evaluering av tvangsbehandlingspolitikken i Frankrike ('injonction thérapeutique') (Setbon, et al 2000) viste imidlertid at den ikke var spesielt effektiv. I Irland ble det i januar 2001 som et pilotprosjekt opprettet en narkotikadomstol som tilbyr rehabilitering og strukturert tilsyn for personer som har begått mindre narkotikalovbrudd. Det bør imidlertid bemerkes at verken 'DTTOene' i Storbritannia eller de irske narkotikadomstolene så langt har vært gjenstand for noen grundigere evaluering i form av randomiserte kontrollerte forsøk.

Behandling i fengsel

Temaet omhandles i kapittel 3 i rapporten, Utvalgte aspekter – 'Narkotikamisbruk i fengsler' (side 46).

Prøveløslatelse

Prøveløslatelse er et tiltak som under visse omstendigheter kan benyttes for straffedømte lovbrytere i alle EU-land, men i enkelte jurisdiksjoner gjelder særlige betingelser for narkotikabrukere. Det foreligger foreløpig svært få forsøk på å analysere resultatet av slike alternative tiltak. En italiensk analyse av prøveløslatelser innvilget lovbrytere som bruker narkotika, fant imidlertid lave gjeninnsettelsestall; av et utvalg på 4 237 brukere som var løslatt på prøve i første halvdel av 2000, fikk bare 253 (6 %) prøveløslatelsen omgjort til soning.

Ytterligere evalueringsstudier av henvisning til behandling i stedet for straff (Finland), behandling innenfor fengselsvesenet (Sverige), behandling av kriminelle avhengige utenfor fengslene (Danmark) og rettslig ivaretaking av avhengige (Nederland) pågår fremdeles. Luxembourgs nye 'Global Drug Care Programme' vil ha evaluering som en viktig komponent helt fra starten i midten av 2002. Alle fengselsbaserte behandlingsprogrammer i Storbritannia blir for tiden kvalitetsvurdert med sikte på offentlig godkjenning.

En undersøkelse av litteraturen om effektiviteten ved rettslige sanksjonsprogrammer generelt (Beenakkers, 2000), som ble bestilt av det nederlandske innenriksdepartementet, konkluderte med at effektiviteten avhenger av de tiltak og behandlingsformer som bygges opp om det enkelte program, og tilrår bruk av kognitive/behaviouristiske tilnærmingsmåter og 'trinnvis behandling' for å redusere tilbakefall. Dette siste funnet ble bekreftet av andre gjennomganger foretatt i Nederland i 1998 og 1999, som fokuserte på tiltak rettet mot lovbrytere som bruker narkotika.

Tilbudsreduksjon

Produksjon og smugling av narkotika i Den europeiske union er fortsatt den viktigste virksomheten til kriminelle grupper i EU i 2000-2001 (Europol, 2001). Gruppene utnytter til fulle de mulighetene som skapes av globaliseringen av markedsøkonomien, herunder bruk av moderne teknologi. De befatter seg vanligvis med mer enn én type kriminalitet uten å begrense sine aktiviteter til én enkelt type narkotisk stoff, noe som gjenspeiler seg i det økende antallet blandingsbeslag.

Bekjempelse av organisert narkotikasmugling har høyeste prioritet i medlemsstatene. I mange medlemsstater gjøres det mye for å forbedre databasesystemer og teknikker for kriminalteknisk analyse, og store tilleggsressurser tilføres. Samtidig utvikler det internasjonale samarbeidet seg og omfatter en del internasjonale organisasjoner så vel som Interpol og Verdens tollorganisasjon (WCO).

Økt internasjonalt samarbeid har resultert i etableringen av særskilte arbeidsgrupper, som den som ble dannet med sikte på å samle inn og behandle all informasjon om narkotikasmugling langs Silkeveien, og som for tiden omfatter Interpol, Europol, WCO og det tyske Bundeskriminalamt (BKA). Her utfører BKA analyser basert på informasjon levert av andre medlemmer av arbeidsgruppen. Et annet eksempel er operasjon 'Road Runner II', som finansieres av Europakommisjonen og som tar sikte på spaningsaksjoner for å bekjempe narkotikasmugling langs Balkan-ruten. Arbeidet er gjennomført med deltakelse fra 15 medlemsstater i EU og 13 land i Sentral- og Øst-Europa og har ført til beslag av betydelige mengder narkotika (se http://www.europol.eu.int).

Kampen mot avledning av kontrollerte kjemiske produkter og prekursorer er en viktig del av det økte internasjonale samarbeidet. Det antas at av en årlig produksjon på 2,5 millioner tonn på verdensbasis, blir 1 500 tonn eddiksyre avledet til framstilling av heroin. Ca. 20 % av verdens samlede eddiksyreproduksjon finner sted i Den europeiske union.

'Operation Topaz', som tar sikte på å bekjempe avledning av eddiksyre, omfatter et system for å identifisere de beslaglagte kjemikalienes opprinnelse. Operasjonen har

gjort det mulig å stoppe 11 forsendelser med innpå 230 tonn eddiksyre som kunne blitt brukt til å produsere mellom 55 og 230 tonn heroin. Den lovlige internasjonale handelen med eddiksyre representerte i 2001 ca. 180 000 tonn. De fleste forsendelser går ikke direkte fra produsenten til forbrukerlandene, så det kreves tilleggsressurser for å sikre nødvendig nivå på overvåkingen. Det internasjonale narkotikakontrollrådet (INCB) har merket seg at enkelte nasjonale myndigheter i nøkkelposisjoner, f.eks. de nederlandske, som kontrollerer en stor del av transittoperasjonene, har avsatt betydelig større ressurser til dette formålet (se http://www.undcp.org).

Det internasjonale overvåkingsprogrammet for kaliumpermanganat har resultert i beslag av 1 100 tonn av dette kjemikaliet. Som et resultat av slike overvåkingsprogrammer må de største eksportlandene nå sende eksportmelding på forhånd. 'Operation Purple', som startet i 2000, gir stadig bedre resultater, også i 2001. 17 forsendelser til det illegale markedet ble stoppet, med totalt 1 100 tonn kaliumpermanganat. I 2000 ble 13 forsendelser stoppet og ca. 655 tonn beslaglagt. Den lovlige internasjonale handelen med kaliumpermanganat representerte i 2001 om lag 19 000 tonn, i 2000 11 000 tonn. Takket være dette programmet er nye metoder og rutiner for avledning av kjemikaliet identifisert, uten at den lovlige internasjonale handelen er påført unødige forsinkelser. Det internasjonale narkotikakontrollrådet har imidlertid konstatert en stadig økning i antallet og volumet av forsendelser til land som ikke deltar i operasjon 'Purple' (se INCBs rapport for 2001 om prekursorer, http://www.undcp.org).

Internasjonalt tollsamarbeid og OECDs særskilte arbeidsgruppe mot økonomisk kriminalitet (Financial Action Task Force – FATF) spiller en svært viktig rolle i kampen mot hvitvasking av penger. I november 2000 erkjente FNs Konvensjon mot organisert kriminalitet på tvers av landegrensene viktigheten av tiltak for å påvise og overvåke strømmene av penger og obligasjoner over landegrensene. Internasjonale organisasjoner som samarbeider mot hvitvasking av penger har erkjent omfanget av pengestrømmene i forbindelse med narkotikasmugling (se FATFs rapport for 2001-2002 på http://www.oecd.org/FATF). Et eksempel på betydningen av regionalt samarbeid er 'Operation Goldfinger', der tollmyndighetene i østersjøområdet samlet inn informasjon om operasjoner for mer enn 10 000 USD. De viktigste konklusjonene som kan trekkes av denne operasjonen er at regionalt tollsamarbeid har en avskrekkende effekt på hvitvasking av penger, og at det er store forskjeller i de ulike landenes nasjonale lovgiving når det gjelder pengestrømmer (se 2000 Customs and Drug report, http://www.wcoomd.org).

FATFs viktigste virksomhet har vært å styrke kampen mot hvitvasking av penger på alle kontinenter og i alle verdens regioner, å styrke medlemmenes gjennomføring av FATFs såkalte 40 anbefalinger som ble vedtatt i 1990 og endret i 1996, samt å styrke kontrollen med hvitvaskingsmetoder og mottiltak. I juni 2002 startet FATFs prosjekt med ikkesamarbeidende land og territorier (NCCT), som har som siktemål å identifisere land og jurisdiksjoner som ikke oppfyller FATFs kriterier for bekjempelse av hvitvasking av penger. FATF har også vært med og opprettet og styrket regionale organer av typen FATF. Den årlige undersøkelsen av hvitvaskingsmetoder, som Norge ledet i 2001, fokuserte på en rekke viktige forhold, deriblant bankvirksomhet på nettet og internettkasinoer, trusts, kjøretøyer eid av ulike typer foreninger/organisasjoner som ikke har forretningsmessig formål, og hvitvasking av penger, advokater, notarer, regnskapsførere og andre fagfolk, kontanters rolle i hvitvasking av penger samt terroristrelatert hvitvasking av penger. Endelig fikk Den europeiske sentralbanken og Europol observatørstatus i FATF (se http://www.oecd.org/FATF).

Kilder for kapittel 2

Nasjonale rapporter om narkotikasituasjonen (2001) fra alle medlemsstatene i EU og Norge.

NR NL = Nasjonal rapport fra Nederland.

Beenakkers, E. M. Th. (2000): *Effectiviteit van sanctieprogramma's: bowstenen voor een toetingskader; Een literatuuronderzoek* (*Onderzoesnotities 2000/1*), Den Haag, Ministerie van Justicie/Weten schappelijk Onderzoeks- en documentatiecentrum (WODC) (*).

K. Dolan, J. Kimber, C. Fry, J. Fitzgerald, D. McDonald and F. Trautmann (2000): 'Drug consumption facilities in Europe and the establishment of supervised injecting centres in Australia', *Drug and Alcohol Review,* 2000, vol. 19, s. 337–346.

DPAS Home Office Drugs Prevention Advisory Service (2000): 'Criminal Justice – a golden opportunity', *Access,* Issue 1, s.1–2.

EONN (2002): *Fokus på narkotika* - Briefing 2: Narkotikamisbrukere og lovgivningen i EU, EONN, Luxembourg.

EONN (2002): *Fokus på narkotika* - Briefing 4: Sprøytebruk, EONN, Luxembourg.

European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (2001): *Final Progress Report,* Bonn & Marseille.

Europol (2001): *European Union situation report on drug production and drug trafficking,* 2000-2001, Europol, The Hague.

G. Feistritzer (2001): *Suchtmittel und Drogenpolitik. Bevölkerungsbefragung Wien,* Februar 2001, IFES, Wien.

V. Hope, A. Judd and M. Hickman et al. (2001): 'Prevalence of hepatitis C among injection drug users in England and Wales: is harm reduction working?', *American Journal of Public Health,* Vol. 91, Issue 1, s. 38–42.

N. Hunt, G. Stillwell, C. Taylor, and P. Griffiths (1998): 'Evaluation of a brief intervention to reduce initiation into injecting', *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 5 (2) s. 185–194.

N. Hunt, J. Britton, J. Derricott and A. Preston (2001): *Making harm reduction work: Harm reduction and injecting drug users,* DrugScope, Department of Health & University of Kent, London & Canterbury.

G. M. Hunter, G. V. Stimson, A. Judd, S. Jones and M. Hickman (2000): 'Measuring injecting risk behaviour in the second decade of harm reduction: a survey of injecting drug users in England', *Addiction,* Vol. 95, s. 1351–1361.

M. Setbon og J. De Calan, (2000): *L'injonction thérapeutique: évaluation du dispositif légal de prise en charge des usagers de drogues interpellé,* CNRS-GAPP/OFDT, Paris (*).

Skolverket, (2000) 'Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger', in *Nationella kvalitetsgranskningar 1999,* Skolverket, Stockholm.

B. Smyth, J. McMahon, J. O'Connor og J. Ryan (1999): 'Knowledge regarding hepatitis C among injecting drug users', *Drugs: Education, Prevention and Policy*, Vol. 6 (2) s. 257–264.

H. Stöver (2002): 'Consumption rooms – Between health orientation and public order', *Journal of drug issues* (under trykking).

P. Turnbull, T. Mc Sweeney og M. Hough, (2000): Drug Treatment and Testing Orders - the 18-Month Evaluation, *Research Findings No. 128*, Home Office Research, Development and Statistics Directorate, London.

K. T. Vermeulen, V. M. Hendriks og R. Zomerveld, (1999): *Dranbehandeling in Den Haag: Evaluatieonderzoek naar de effectiviteit van het behandelprogramma Triple-Ex voor justitiabele verslaafden,* Den Haag, Parnassia Addiction Research Centre (PARC) (*).

L. G. Wiessing, B. Denis, U. Guttormsson et al. (2001): 'Estimating coverage of harm reduction measures for injection drug users in the European Union' in: *Proceedings of 2000 Global Research Network Meeting on HIV Prevention in Drug-Using Populations. Third Annual Meeting, Durban South-Africa, 5-7 July 2000,* National Institute on Drug Abuse – National Institutes of Health – U.S. Department of Health and Human Services.

A. R. Winstock, K. Wolff, J. Ramsey (2001): 'Ecstasy pill testing: harm minimisation gone too far?' *Addiction,* Vol. 96, s. 1139–1148.

WHO (1998) *Opioid Overdose: Trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Verdens helseorganisasjon, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and prevention of Substance Abuse, Genève.

(*) Kilde: nasjonale rapporter fra medlemslandene.

Utvalgte aspekter

Dette kapittelet omhandler tre aspekter ved narkotikaproblemet i Europa, nemlig blandingsmisbruk, vellykket behandling og narkotikamisbruk i fengsler.

Blandingsmisbruk

Den brede definisjonen på blandingsmisbruk som mange medlemsland anvender, er bruk av mer enn ett rusmiddel eller én type rusmiddel av samme person – brukt samtidig eller etter hverandre (som definert av WHO). I Europa stammer begrepet blandingsmisbruk fra 1970-tallet. I videste forstand defineres blandingsmisbruk som bruk av et ulovlig narkotisk stoff sammen med et annet lovlig eller ulovlig rusmiddel. Det er imidlertid betydelige forskjeller på de rusmidlene som inkluderes og tidsrammen som benyttes av de ulike medlemslandene. Forskjellene synes å avhenge av hvilke undersøkelsesdata de har tilgjengelig og av hvilken risiko som assosieres med det enkelte rusmiddel eller rusmiddelkombinasjon. De stoffene som inkluderes er vanligvis de viktigste ulovlige narkotiske stoffene, alkohol og legemidler. Energidrikker tas noen ganger med, og Frankrike tar med tobakk. Tidsrammene for inntak varierer fra sekstimersperioder til bruk noen gang i løpet av en persons liv.

I henhold til den vide definisjonen vil alle brukere av ulovlige rusmidler måtte defineres som blandingsmisbrukere ettersom nesten alle en gang i livet har brukt eller bruker alkohol og/eller tobakk. Selv når begrepet blandingsmisbruk brukes bare om 'ulovlige rusmidler', varierer kombinasjonene og bruksmønstrene så mye at det har liten verdi å vedta noen standarddefinisjon. Når vi skal ta for oss de generelle problemstillingene ved blandingsmisbruk i EU, fokuserer vi hovedsakelig på de akutte helserisikoene.

Det råder alminnelig enighet om at blandingsmisbruk har fire hovedfunksjoner: maksimere virkningen, oppveie eller regulere negative virkninger og erstatte ønskede virkninger. Informasjon om virkningene av kombinasjoner av bestemte rusmidler er basert på beskrivelser fra brukere av forsøk på å oppnå og forlenge behagelige opplevelser (Seppälä 1999, Strang et al., 1993). Hvilke rusmidler som brukes, avhenger av lokal tilgjengelighet, mote og lokal forskrivningspraksis der hvor de omfatter legemidler som skrives ut i forbindelse med behandlingsopplegg (i Tyskland, Frankrike, Irland og Storbritannia).

Helserisikoer

Kombinasjonen av rusmidler som identifiseres ved dødsfall og overdoser gir indikasjoner på at det er særlige farer forbundet med å kombinere rusmidler (se boks).

Helserisikoene som forbindes med blandingsbruk av psykotrope stoffer avhenger ikke bare av stoffets farmakologiske egenskaper og mengden som blir inntatt, men også

Eksempler på rusmiddelkombinasjoner som betraktes som høyrisikokombinasjoner

- Mens det er vanskelig å ta overdoser av benzodiazepiner alene, kan kombinasjonen av en stor dose benzodiazepiner og store mengder alkohol eller en stor dose opiater som f.eks. heroin eller metadon, være dødelig.
- Når ecstasy brukes sammen med alkohol, øker helserisikoen fordi alkohol hemmer temperaturreguleringen og øker dehydreringen.
- Når kokain kombineres med alkohol, kan kombinasjonen være mer direkte toksisk for hjerte og lever enn kokain eller alkohol hver for seg. Alkohol er ofte til stede ved dødsfall som skyldes hjertestans pga. kokainbruk.
- Blandingsbruk av ulike sentralstimulerende midler, herunder energidrikker, kan føre til sympatisk hyperaktivitet som igjen kan hemme temperturregulering og hjertefunksjon.

Kilder: Leccese et al., 2000 DrugScope 2001.

av en rekke individuelle, sosiale og miljømessige faktorer.

Innenfor ordningene for tidlig varsling er det økende bekymring for at tabletter som selges som ecstasy kan inneholde en blanding av psykoaktive stoffer, og som derfor – selv om dette er ukjent for brukeren – kan medføre de samme risikoer som blandingsmisbruk. I Danmark fant man f.eks. i 2001 at alt mellom 10 og 32 % av de tablettene som ble analysert innholdt mer enn ett virkestoff. Tablettene innholdt primært MDMA og PMA, PMMA, MDE og MDA (Danmark). I Frankrike innholdt to tredeler av et analysert utvalg tabletter som ble solgt som ecstasy MDMA kombinert med andre virkestoffer, for det meste legemidler.

Fatale og ikke-fatale overdoser

I løpet av det siste tiåret har pressens oppmerksomhet omkring narkotikadødsfall vært rettet hovedsakelig mot noen få tilfeller av ecstasydødsfall (Belgia, Danmark, Italia og Storbritannia). Dødsfall blant problembrukere fanger vanligvis ikke medias interesse. En stor del av de 7 000-8 000 akutte narkotikadødsfallene (overdoser) som rapporteres i EU hvert år, er menn som har brukt opiater i flere år (se avsnitt om Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet).

Det finnes i grunnen ikke mange resultater tilgjengelig av toksikologiske analyser av fatale og ikke-fatale overdoser forbundet ([53]) med bruk av ulovlige narkotiske stoffer, men de som finnes, viser konsekvent at de fleste dødsfall er forbundet med injisert heroin kombinert med andre rusmidler. I henhold til en nyere britisk studie av 153 narkotikabrukere som hadde opplevd ikke-dødelige overdoser, var mer enn ett stoff brukt i 111 (73 %) av tilfellene (Neale, 2001). Minst ett annet narkotisk stoff eller alkohol var involvert i mer enn 50 % av de dødelige overdosene i Storbritannia og i inntil 90 % av tilfellene i Irland. Benzodiazepiner, alkohol, metadon og kokain er de stoffene som oftest kombineres med opiater, og en vanlig forklaring på overdosen var at den var forårsaket av kombinasjonen (ONS, 2000a og 2000b, Farrell, 1989, Bennett and Higgins,1999, Strang et al., 1999, Taylor et al, 1996) ([54]).

Dødsfall forbundet med kokain, amfetamin eller MDMA (ecstasy) hvor opiater eller benzodiazepiner ikke er til stede, er uvanlige og er vanligvis kombinert med andre narkotiske stoffer eller alkohol.

Andre risikoer

Blandingsmisbruk betraktes også som en særlig risiko i forbindelse med kjøring, men data fra EU om narkotika og bilkjøring er svært begrenset. Voldelig eller aggressiv atferd er i den senere tid blitt forbundet med mønstre som viser økt bruk av alkohol kombinert med sentralstimulerende midler (Snippe og Bieleman, 1997, Vermaas, 1999).

Trender

Dødsfall utgjør den alvorligste følgen av blandingsmisbruk, og i enkelte land øker antallet dødsfall som følge av blandingsmisbruk. De stoffene som oftest ble påvist, var kombinasjoner av morfin, benzodiazepin og alkohol, med en nasjonal eller lokal økning i den senere tid av kokain rapportert i Spania, Frankrike, Italia, Nederland og Storbritannia (se avsnitt om Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet for ytterligere informasjon).

Bekymring over risikogrupper

Samfunnets bekymring over narkotikadødsfall, overdoser og smittsomme sykdommer forbundet med mønstre for blandingsmisbruk konsentreres stort sett om to grupper som skiller seg fra hverandre med hensyn til rusmiddeltyper og -kombinasjoner de bruker og miljøene de brukes i.

- Den største og vitenskapelig beviste helserisikoen finnes blant problembrukere av narkotika, særlig de som injiserer opiater og andre stoffer.

- Media og befolkningen generelt er bekymret for risikoen for dødsfall og overdoser hos rekreasjonsbrukere av narkotika som ikke er avhengige og hvis bruk av ulovlige narkotiske stoffer oftest er begrenset til konkrete sosiale sammenhenger eller visse faser av livet. Denne bekymringen har fått et uforholdsmessig stort omfang i betraktning av det relativt lille antallet dødsfall det her er snakk om.

Når det gjelder problembrukere av narkotika, vil antallet og karakteristika for klienter som søker behandling på spesialiserte sentre i Europa, være en indirekte indikator. Når det gjelder rekreasjonsbrukere, har vi resultatene fra en stor europeisk undersøkelse av rekreasjonsbrukere av narkotika i ni europeiske byer foruten en rekke ad hoc-undersøkelser blant 'clubbers'.

Problembrukere

Siden 1970-tallet har det vært kjent at problembrukere av narkotika har tilpasset 'ingrediensene på menyen'

([53]) Et narkotisk stoff betraktes som involvert eller å ha forbindelse når det tester positivt i toksikologiske prøver eller når stoffet beviselig er inntatt før dødsfallet. Det kan ikke dermed sluttes at stoffet forårsaket dødsfallet. Det kan bety at stoffet (stoffene) var en medvirkende årsak til dødsfallet.

([54]) Tabell 12 OL gir et eksempel på antall rusmidler som var involvert i dødsfall relatert til opiatbruk i Irland (nettutgaven).

etter hvilke stoffer som er tilgjengelig på markedet og etter livssituasjon. Stoffer de ikke får tak i, erstattes med andre, ikke nødvendigvis av samme type (Haw, 1993; Strang et al., 1993; Fountain et al., 1999).

Blandingsmisbruk blant klienter i behandling

På europeisk plan gir behandlingsdata informasjon om primær- og sekundærrusmidler: primærrusmiddel er 'det rusmiddelet som forårsaker størst problemer for klienten' ([55]), og sekundærrusmiddel er det rusmiddelet som er nest mest problematisk. Det europeiske informasjonssystemet for behandling, som er basert på TDI-protokollen og registrerer inntil fire rusmidler for hver person, kan brukes som en indirekte indikasjon på problematisk blandingsbruk ([56]) selv om det er begrenset til brukere i behandling.

De fleste klienter som får behandling bruker et sekundærstoff i kombinasjon med hovedstoffet (83,2 %) (figur 23). Mange land rapporterer om en økning av blandingsmisbruk ([57]).

De vanligste mønstrene for problematisk blandingsbruk av narkotika er: heroin kombinert med andre opiater, f.eks. avledet metadon eller benzodiazepiner; opiater kombinert med kokain, cannabis og sentralstimulerende midler eller alkohol; og kokain brukt sammen med alkohol eller sentralstimulerende midler ([58]).

Det er stor forskjell i bruksmønstrene fra land til land og mellom kjønnene. Tilgjengelige data viser at i enkelte land er ett mønster framrådende, mens andre land viser ulike rusmiddelkombinasjoner. Ut fra tilgjengelige data synes det å være homogene mønstre i enkelte land når det gjelder fordeling av primærrusmiddel, f.eks. Hellas og Italia, hvor heroin brukes sammen med hypnotika, beroligende midler, andre opiater eller cannabis. I Spania og Nederland, hvor andelen klienter som søker behandling med kokain som primærrusmiddel er ganske høy, opptrer kokain også ofte som sekundærrusmiddel kombinert med heroin eller sentralstimulerende midler.

Når det gjelder fordelingen mellom kjønnene er blandingsbrukere som får behandling hovedsakelig menn, særlig blant dem som bruker heroin kombinert med opiater eller alkohol. Andelen av kvinner er høyere blant dem som bruker sentralstimulerende midler sammen med cannabis, sentralstimulerende midler, og andre rusmidler (hypnotika/beroligende midler, løsningsmidler) ([59]).

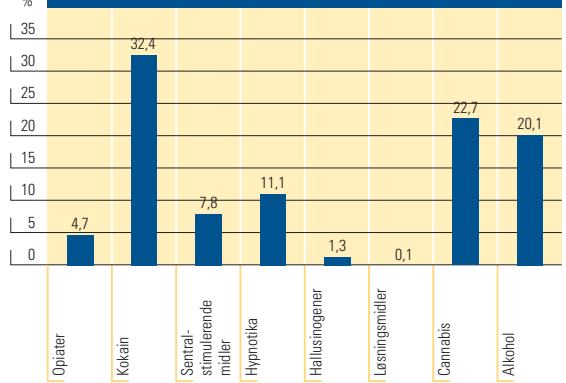
Personer som bruker cannabis sammen med hovedrusmiddelet er hovedsakelig i aldersgruppen 15-24. Blandingsbrukere av opiater og kokain er eldre (20 til 39), og de som bruker andre rusmidler sammen med alkohol er de eldste blandingsbrukerne som får behandling ([60]).

Ut fra tilgjengelige data kan vi avlese følgende mønstre for bruk blant klienter som får behandling:

- eldre klienter, hovedsakelig menn, som bruker opiater som hovedrusmiddel kombinert med andre opiater eller cannabis,
- yngre klienter, menn og kvinner, som bruker cannabis og sentralstimulerende midler kombinert med alkohol eller andre rusmidler (f.eks. hallusinogener),

Figur 23 A Andel av klienter i behandling som brukes mer enn ett rusmiddel

Figur 23 B Nest mest problematiske rusmiddel, nye klienter inntatt til behandling



Kilde: Indikator for etterspørsel etter behandling (TDI), data for 2000 fra polikliniske behandlingssentre.
Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

([55]) I standardprotokollen for Indikatoren for etterspørsel etter behandling (Treatment Demand Indicator Standard Protocol 2.0) punkt 14 defineres primærrusmiddel som 'det rusmiddelet som forårsaker størst problemer for klienten', og punkt 19, annet (= sekundær-) rusmiddel i tillegg til primærrusmiddelet, som en indikasjon på blandingsbruk se: http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf)

([56]) Land som har data om dette emnet er Belgia, Spania, Hellas, Italia, Nederland, Sverige og Finland.

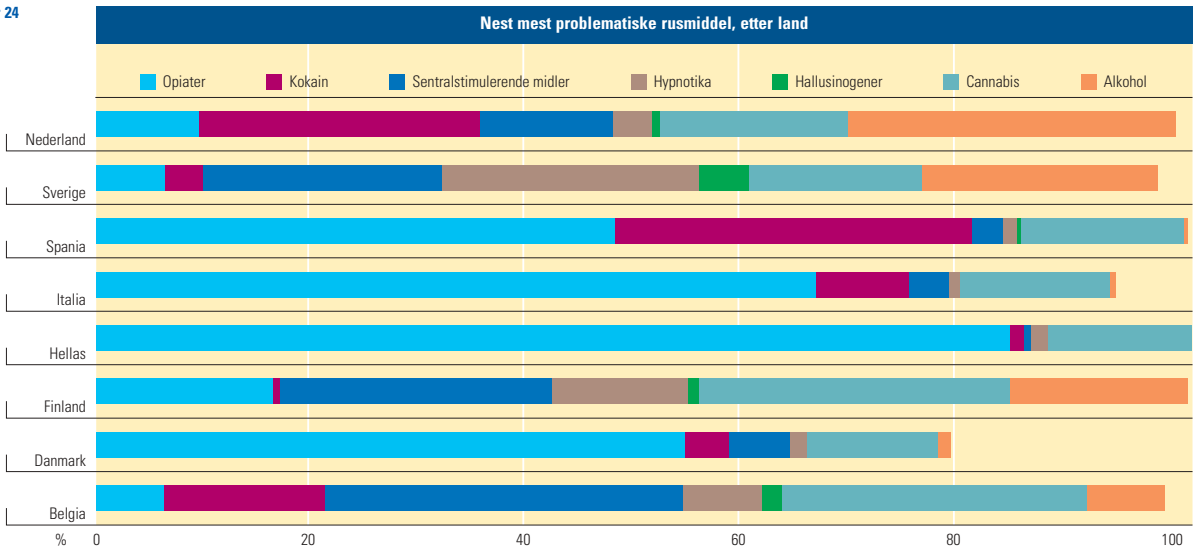
([57]) Se nasjonale Reitox-rapporter, avsnittet Etterspørsel etter behandling i første kapittel, figur 6, 'Alle klienter inntatt til behandling'.

([58]) Figur 16 OL: Vanlige mønstre i kombinasjonen av rusmidler: mest problematiske rusmiddel brukt sammen med nest mest problematiske rusmiddel (nettutgaven).

([59]) Figur 17 OL: Nest mest problematiske rusmiddel etter kjønn (% av total etter rusmiddel) (nettutgaven)

([60]) Figur 18 OL: Nest mest problematiske rusmiddel, etter alder (nettutgaven).

Figur 24



Kilde: Indikator for etterspørsel etter behandling (TDI), data for 2000 fra polikliniske behandlingssentre. Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

- menn under 30, som bruker kokain kombinert med alkohol og andre sentralstimulerende midler og
- menn i aldersgruppen 20-39 år, som bruker heroin og kokain.

Rekreasjonsbruk av narkotika

Prevalensen av blandingsbruk er høyere blant unge i 'dance club'-miljøer enn blant unge i andre miljøer, særlig bruk av alkohol, cannabis og sentralstimulerende midler (Calafat et al., 1999, ESPAD, 2000). Det foreligger også en del dokumentasjon på at prevalensen av blandingsbruk til rekreasjon i Europa generelt er høyere blant menn og faste brukere av cannabis enn blant kvinner og eksperimentelle brukere av cannabis, selv om det er visse geografiske forskjeller. En stor europeisk studie fra 1998 av narkotikabrukere i visse utelivsmiljøer viste at ca. halvparten av alle narkotikabrukere i technoparty-miljøet rapporterte at de kombinerte alkohol og cannabis, fulgt av alkohol og ecstasy samt cannabis og ecstasy (Calafat et al., 1999). Tabell 1 viser at rekreasjonsbruken av rusmidler domineres av alkohol. Flertallet av rekreasjonsbrukere av rusmidler inntar ikke store mengder ulovlige rusmidler og alkohol kombinert. Studier antyder imidlertid at andelen som legger seg til 'tunge' bruksmønstre blir større, og det er økende bekymring for helsefarene og potensielle langtidsskader ved konkrete rekreasjonsbruksmønstre (Club Health, 2002; Hunt, 2002; McElrath and McEvoy, 1999; Reitox).

Tung blandingsbruk i fritidsmiljøene er forbundet med gjentatt eksponering for lettilgjengelige rusmidler og et positivt image av blandingsbruk i miljøet. Tung rusmiddelbruk er imidlertid generelt begrenset til bestemte sosiale begivenheter, til ferier eller til perioder i livet hvor man går mye ut og er spesielt sosial (Bellis et al., 2000).

Tabell 1

Rusmiddelkombinasjoner brukt av rekreasjonsbrukere på en kveld

	%
Alkohol og cannabis	50,6
Alkohol og ecstasy	11,9
Alkohol, cannabis og ecstasy	10,4
Cannabis og ecstasy	8,4
Alkohol og kokain	7,8
Cannabis og ecstasy, alkohol og kokain	7,8
Cannabis, alkohol og kokain	2

Kilde: Calafat et al. (1999) Night life in Europe and recreative drug use, IREFREA og Europakommisjonen, Valencia.

Enkelte medlemsstater (Frankrike og Italia) har rapportert om en økning i heroinrøyking. I de senere årene har det vært knyttet særlig bekymring til det at folk røyker heroin for å 'komme ned' fra ecstasy, men bevisene for dette er blandet eller motstridende. Studier fra behandlings- og fengselsmiljøer i Irland viser f.eks. at over halvparten av de rusmiddelbrukerne som ble intervjuet hadde røykt heroin for å 'komme ned' fra ecstasy, mens undersøkelser blant rekreasjonsbrukere og 15-16-årige skoleelever viser at de fremdeles har et svært negativt inntrykk av heroin (ESPAD, 2000).

Lokalt marked

Det er forsket lite på narkotikamarkedene i EU, og det er derfor ikke mulig å gi nøyaktige opplysninger om hvilke kombinasjoner av rusmidler som er tilgjengelig lokalt.

Når det gjelder 'markeder', rapporterer britiske medier regelmessig at ecstasy, amfetamin, kokainpulver og cannabis blir omsatt til gjester i klubber og barer. Nederlandsk forskning har imidlertid vist at mange unge 'clubbers' heller skaffer seg rusmidler fra venner enn fra langere. Noen av markedene hvor det kjøpes og selges heroin, crack-kokain og reseptpliktige legemidler (f.eks. benzodiazepiner) er velkjente, og de er vanligvis ikke de samme markedene som 'clubberne' går på. Ulike rusmidler selges på ulike markeder. Mens enkelte fokuserer på avledete reseptpliktige legemidler, skjer omsetningen på andre primært i heroin og/eller crack-kokain. Når det gjelder avledete reseptpliktige legemidler, foregår distribusjonen ved at et stort antall mennesker selger alt eller deler av egne reseptpliktige legemidler (Edmunds et al., 1996, Fountain et al., 1999).

Tiltak mot blandingsmisbruk

Det kan defineres to klare målgrupper for tiltakene: eldre, problematiske blandingsbrukere og unge rekreasjonsbrukere.

Eldre, problematiske blandingsbrukere

For eldre, problematiske blandingsbrukere er forebygging av narkotikarelatert skade viktig pga. faren for uforutsette konsekvenser. Tiltakene har som mål å gi brukerne hensiktsmessig kunnskap om virkningene av bestemte rusmidler og konsekvensene av blandingsbruk samt om hvordan nødsituasjoner skal håndteres.

Blandingsmisbruk har vist seg vanskeligere å behandle enn bruk av ett enkelt rusmiddel. Medlemsstatene rapporterer ikke om særskilte behandlingsprogrammer for bestemte rusmiddelkombinasjoner, men nesten alle tjenester er åpne for blandingsbrukere. Fokus rettes snarere på atferd enn på rusmiddel. I akuttbehandlingen og ved avvenning kan blandingsmisbruk imidlertid ha stor betydning.

Kombinasjonen heroin og benzodiazepiner har implikasjoner for effekten av behandlingen. Dersom opiatbruk blir behandlet og samtidig bruk av benzodiazepiner blir oversett, kan effekten av substitusjonsbehandling, f.eks. metadonbehandling, bli nedsatt. I Storbritannia understrekes det i de offisielle retningslinjene for forskrivning av resepter (Department of Health et al., 1999) at sentralstimulerende midler ikke bør skrives ut til blandingsbrukere.

Alle land unntatt Sverige rapporterer om store problemer med å få kontroll over andre rusmidler enn opiater ved hjelp av legemiddelassistert behandling, f.eks. metadonbehandling. I andre land blir fordelen ved regelmessig kontakt med rusmiddelbrukere i substitusjonsprogrammer tydeligvis betraktet som viktigere enn ulempene ved samtidig bruk av andre rusmidler. I Sverige får blandingsbrukere imidlertid ikke metadonbehandling, uansett hvor alvorlige heroinproblemer de måtte ha.

Blandingsbrukere har ofte psykiatriske tilleggslidelser. Danmark, Nederland, Østerrike og Sverige rapporterer om høye og muligens økende innleggelsestall for blandingsbrukere på psykiatriske sykehus.

Det er gjort lite forskning omkring effektiviteten ved behandlingen av blandingsbrukere. Dersom behandlingen tilpasses hvert enkelt tilfelle, lykkes behandlingen vanligvis. NTORS-studien i Storbritannia fant at opiatbrukere som ved inntak hyppig brukte sentralstimulerende midler, etter et år viste markant nedgang i bruken av opiater *og* sentralstimulerende midler (Gossop et al., 1998). Hellas rapporterer at det fra substitusjonsprogrammene hevdes at behandlingstiltak bidrar til å redusere blandingsmisbruk (Kethea og NSPH, 2001).

Tyskland mener i sin nasjonale rapport at det er nødvendig å utvikle egne behandlingsprogrammer for spesifikke grupper, som f.eks. blandingsmisbrukere, og Storbritannia anser at det bør iverksettes tiltak for å spre eksempler på god praksis. Finland fastslår at undervisning er nødvendig og har allerede lansert enkelte tiltak for opplæring av behandlingspersonell i håndteringen av blandingsmisbrukere.

Rekreasjonsbruk av narkotika

Noen land (Spania, Frankrike og Italia) har lansert store kampanjer i massemedia for å advare mot blandingsbruk i fritidsmiljøene. I Italia ble kampanjen støttet av lokale initiativer på større ungdomsarrangementer. Kampanjene nevner ikke alltid konkrete rusmidler, og konsekvensene av blandingsbruk blir ikke tydelig forklart. I andre land (Belgia, Tyskland, Nederland, Østerrike og Storbritannia) blir helseadvarslene og rådene formidlet gjennom rusmiddelarbeidere, andre brukere og selvhjelpsgrupper.

Pilletestingsprosjekter kan informere brukerne om at tablettene har et farlig og uforutsett innhold, og arbeider enten på stedet, gjennom tidsskrifter og plakater eller via internett. Høsten 2000 fant det østerrikske *ChEck iT! f.eks.* at flere tabletter som inneholdt PMA/PMMA ble solgt som ecstasy og la ut advarsler både på stedet og på internett (Krieger et al., 2001). I november 2001 sendte det nederlandske DIMS-prosjektet ut et varsel om tabletter som inneholdt PMA.

Det finnes så godt som ingen tilbud om behandling for blandingsbrukere i fritidsmiljøene. En av grunnene kan være at de fleste rusmiddeltjenestene bare er utstyrt til å ta seg av opiat- og tyngre avhengighetsproblematikk.

Policy-spørsmål

Ritualene og de sosiale kontrollmekanismene som blandingsmisbrukere benytter for å oppnå den effekten de søker samtidig som risikoen reduseres, må utredes nærmere om vi skal få en bedre forståelse av hvilke sosiale og miljømessige omstendigheter som virker risikofremmende i de forskjellige gruppene av rusmiddelbrukere (Boys et al., 2000, Decorte, 1999, Akram og Galt, 1999).

Forebyggende arbeid, særlig i fritidsmiljøene, bør omfatte klare retningslinjer og rådgivning om farene som er forbundet med blandingsmisbruk. Det trengs mer evidence-basert kunnskap for å kunne sikre best mulig omsorg for blandingsmisbrukere, særlig blandingsmisbrukere med psykiske lidelser.

For å få en bedre forståelse av de farmakotoksikologiske risikoene ved spesifikke kombinasjoner må klinikere følge opp pasienter der det er mistanke om narkotikapåvirkning og legge fram evidence-basert informasjon om akutte og langsiktige helseskader.

Vellykket behandling

I EUs handlingsplan mot narkotika (2000-2004) er det tredje strategimålet å 'oppnå en vesentlig økning i antallet avhengige som blir rusfrie'. Det foreligger ikke data på europeisk plan som gjør det mulig direkte å måle i hvilken grad dette målet oppnås. Det er imidlertid gjort mange evalueringer over hele Europa for å finne ut hvilke behandlingsformer som virker og hvordan. Her presenteres behandlingsformer som har vist seg vellykket, ordnet etter type behandlingstiltak: avvenningsbehandling, stoff-fri behandling og legemiddelassistert behandling. Kriteriene for hvorvidt behandlingen er vellykket, varierer fra behandlingstype til behandlingstype og er også knyttet til sosial reintegrasjon og rehabilitering etter behandling.

Avvenningsbehandling

Avvenningsbehandling, eller avgiftning, blir generelt betraktet som første trinn i en fullstendig behandlingsprosess. Tiltaket har som mål, for det første å komme til et punkt der klienten er fysisk stoff-fri og ikke lenger har trang til ulovlige rusmidler, og dernest å overføre klienten til stoff-fri behandling. I Sverige og Finland er dette en forutsetning for å få metadonbehandling.

Avvenningsbehandling er blitt evaluert både i medlemsstatene og i Norge, men er globalt sett likevel den minst evaluerte formen for behandlingstiltak. I det store og hele har avvenningsbehandling med legemidler som naltrexon, klonidin, lofexidin og buprenorfin vist seg å være effektiv for å redusere abstinenssignaler og –symptomer, selv om virkningen på de forskjellige typene symptomer varierer fra legemiddel til legemiddel (Greenstein et al., 1997). Metadon brukes i stor utstrekning i behandlingen av abstinenssymptomer selv om forskningsresultater viser at metadon egner seg best til vedlikeholdsbehandling.

Avvenningsbehandling uten bruk av legemidler, også kjent som 'cold turkey', forkommer, men vi vet egentlig ingenting om omfanget. Det finnes heller ingen rapporter som beskriver virkningen og resultatene av stoff-fri avvenningsbehandling sammenlignet med legemiddelassistert behandling. Det nye konseptet med rask avgiftning ved bruk av naltrexon under full narkose (noen ganger kalt 'akselerert avvenning') som nylig har dukket opp, bør utredes grundigere.

I et tiltak i Portugal der utlevering av naltrexon ble kombinert med psykoterapi, ble det påvist en merkbar forbedring etter tre måneder i sosiodemografiske og psykologiske variabler og risikoatferd (Costa, 2000). I et forsøk i Tyskland ble naltrexon brukt til avgiftning av metadonbrukere under full narkose. Pasienttilfredsheten var ganske god, men så mange som 50 % rapporterte om alvorlig ubehag den første måneden etter avgiftning. Seks måneder etter utskrivning hadde en tredel av pasientene ikke brukt harde stoffer (Tretter et al., 2001).

Selv om enkelte tiltak innenfor avvenningsbehandling er blitt evaluert, trenger vi mer inngående kunnskap om fordelene og ulempene ved de ulike metodene og om hvilken type avvenningsbehandling som egner seg best for de forskjellige typene av pasienter.

Stoff-fri behandling

Stoff-fri behandling benytter fysisk-sosiale teknikker for i første omgang å få klienten rusfri og deretter på lang sikt bli kvitt trangen til narkotika. Det primære kriteriet for om den stoff-frie behandlingen har lykkes, er at behandlingen gjennomføres stoff-fritt som planlagt, selv om andre kriterier, som forbedring av psykologisk, sosial og økonomisk velferd, også er viktige. Redusert kriminalitet og risikoatferd samt forbedret helse og allmenn velferd for klienten er viktige 'spin-off'-effekter.

Evalueringer av stoff-frie behandlingstiltak har vist at tiltakene i større eller mindre grad lykkes i å nå målene (Gossop et al., 2001). Evalueringsresultatene varierer mye, men generelt fullfører 30-50 % av klientene den stoff-frie behandlingen. En dansk studie konkluderte med at avhengig av hvilken type stoff-frie behandlingstiltak som ble brukt, varierte prosenten av klienter som ble rusfrie etter behandlingen mellom 17 og 58 % (Pedersen, 2000).

For øvrig er det allment kjent at behandlingsresultatet er nært knyttet til behandlingens varighet, eller med andre ord, dess lengre den stoff-frie behandlinger varer, dess bedre. Dette støttes av en tysk studie som viser at gjennomføringsgraden/varigheten av den stoff-frie behandlingen samsvarer med resultatet (Sonntag og Künzel, 2000). En del forskningsprosjekter har søkt å identifisere ved hvilken terskel behandlingsresultatene mest sannsynlig vil forbedres. En studie fant at klienter som får stoff-fri behandling i 90 dager, oppnår bedre resultater i form av avholdenhet fra opiater og sentralstimulerende midler samt redusert sprøytebruk ett år etter forskrivning, enn klienter som gikk ut av behandlingen tidligere (Gossop et al., 1998). Dette bekreftes i en gresk studie som fant at de klientene som forlot behandlingen i løpet av de tre første månedene bare reduserte heroinbruken etter utskrivning med 11 %, sammenlignet med 76 % for dem som fikk behandling i minst et år (Kethea, 2001).

Når det gjelder virkningen på lang sikt, konkluderer en østerriksk studie at behandlingsopplegg som fokuserer på sosiale og psykoterapeutiske tiltak gir en forbedring av klientenes sosiale kompetanse og subjektive tilfredshet som igjen fører til langsiktig stabilitet hos klienten (Wirth, 2001).

'National Treatment Outcome Research Study' (NTORS), som ble etablert i 1994 etter initiativ fra den britiske helseministeren, skal vurdere effektiviteten ved behandlingstjenester for narkotikamisbruk i Storbritannia. NTORS rekrutterte 1 075 klienter til prosjektet i 1995 og fulgte dem i fem påfølgende år. Et vilkårlig stratifisert utvalg på 650 klienter ble fulgt i fire ulike behandlingsopplegg: innleggelse, rehabilitering i døgninstitusjon, metadonreduksjon og vedlikeholdsbehandling med metadon. Studiens viktigste konklusjon er at personer som blir behandlet viser forbedring av resultatparametre som inntak av narkotika, injeksjonsfrekvens, sprøytedeling og psykisk helse. Samlet viste kohorten en total forbedring som var statistisk signifikant når det gjaldt inntak av heroin – ved oppstart brukte omkring 75 % heroin reglemessig, mot omkring 40 % etter 4-5 år. Regelmessig bruk av ikke-forskrevet metadon gikk ned fra ca. 30 % ved oppstart til under 10 %, og sprøytedeling var redusert fra 20 % ved oppstart til ca. 5 %. Målinger av psykisk helsetilstand viste også statistisk signifikant forbedring etter 4-5 år i forhold til oppstart.

Takket være evaluering som er gjennomført med forskjellige metoder over hele Europa, har vi utvidet våre kunnskaper ganske betydelig, særlig i løpet av det siste tiåret. Det finnes imidlertid områder som må undersøkes grundigere for at vi skal kunne utforme mottiltak mot fenomener som har oppstått i den senere tid. Et område som må undersøkes nærmere, er effektiviteten ved stoff-fri behandling hos brukere som hovedsakelig bruker kokain og amfetamin og hos andre subpopulasjoner. Videre finnes det få storskalastudier over hvor mange som forblir stoff-fri på lengre sikt etter å ha gjennomgått vellykket behandling.

Legemiddelassistert behandling

Legemiddelassistert behandling (herunder substitusjonsbehandling) tar i bruk agonistiske eller antagonistiske legemidler i behandlingen. Agonistiske legemidler (f.eks. metadon) aktiverer opiatreseptorene i hjernen, mens antagonistiske legemidler (f.eks. naltrexon) begrenser eller opphever virkningen av andre ulovlige stoffer som blir tatt. Målet med legemiddelassistert behandling kan være rusfrihet, men kan også være å holde klienten innenfor et langsiktig medisinsk behandlingsopplegg. Enten det endelige målet er å oppnå rusfrihet eller å redusere de skadelige virkningene av narkotikaavhengighet, så omfatter de vanligste delmålene: redusert inntak av ulovlige rusmidler, redusert risiko for smittsomme sykdommer, bedre psykisk og fysisk helse for klientene samt redusert narkotikarelatert kriminalitet.

Vedlikeholdsbehandling med metadon er den vanligste formen for legemiddelassistert behandling. Som navnet tilsier er målet med denne typen behandlingstiltak ikke å oppnå rusfrihet, men å beholde klienten under behandling og dermed redusere kriminell aktivitet, risikoatferd (og derigjennom risikoen for smittsomme sykdommer) samt forbedre klientens sosiale funksjonsevne og helse.

Det er gjort omfattende evalueringer av legemiddelassistert behandling i hele Europa, og behandlingen har generelt vist seg å være effektiv for å oppnå mål som reduksjon i inntak av illegale stoffer, risikoatferd og kriminalitet. Særlig er legemiddelassisterte behandlingstiltak med metadon blitt evaluert og funnet effektive i forhold til disse målene (Lowinson et al., 1997, EONN, 2000), selv om også buprenorfin har vist seg effektiv. En strukturert litteraturgjennomgang av forsøk med buprenorfin konkluderte med at preparatets fremste styrke lå i å minske risikoen for overdoser og å redusere nivået av sidemisbruk av ulovlige rusmidler (Berglund et al., 2001). Både for metadon og buprenorfin har det vist seg at korrekt tilpassede doser er av avgjørende betydning for å sikre et positivt behandlingsresultat.

Til tross for disse 'suksessene' mener enkelte land at verken metadon eller buprenorfin i tilstrekkelig grad har bedret velferden generelt for spesielt medtatte, hjemløse misbrukere, og har søkt andre alternativer.

I februar 2002 ble resultatene fra et nederlandsk randomisert, kontrollert forsøk med samtidig forskrivning av heroin

til metadonklienter offentliggjort. Målgruppen for tiltaket var tungt belastede, eldre heroinbrukere som ikke hadde hatt tilstrekkelig utbytte av vedlikeholdsbehandling med metadon. For å kunne definere denne målgruppen ble det i utgangspunktet definert et sett inklusjons- og eksklusjonskriterier, og forsøkspersonene ble valgt ut fra det lokale registreringssystemet for vedlikeholdsbehandling med metadon. Til sammen 625 pasienter fra seks behandlingsenheter i hele Nederland ble valgt ut og vilkårlig delt inn i en forsøksgruppe og en kontrollgruppe. Først ble pasientene delt inn etter hvordan de tok stoffet – inhalering eller injeksjon, og deretter inndelt i undergrupper etter behandlingstiltak – de som bare fikk metadon og de som fikk en kombinasjon av metadon og heroin. Studiens viktigste funn var at for tungt belastede eldre heroinbrukere var kombinasjonen av metadon og heroin mer effektiv enn behandling med metadon alene, uansett hvordan stoffet ble inntatt. Studien viste videre at når forsøket ble avsluttet, oppfylte 30 % av klientene i forsøksgruppen ikke lenger inklusjonskriteriene (ettersom allmenntilstanden var betraktelig forbedret), mens det samme bare gjaldt 11 % i kontrollgruppen (van den Brink et al., 2002).

I Tyskland har man i løpet av de siste par årene bygget opp og videreutviklet et forsøk med forskrivning av heroin som legemiddel til opiatavhengige. Forsøket begynte våren 2002 og skal pågå over tre år i syv byer i Tyskland. Hovedspørsmålet er om og i hvilke tilfeller forskrivning av heroin til svært medtatte opiatavhengige kan bidra til å forbedre deres helsetilstand og sosiale og juridiske stilling. Pasientene som deltar i forsøket vil bli delt vilkårlig inn i en forsøkgruppe og en kontrollgruppe. Gruppene vil videre bli inndelt i to grupper som gjennomgår ulike typer psykososial behandling – en gruppe tilbys 'case management' og den andre 'psykologisk veiledning'. Studien forventes å bedre kunnskapen om psykososial behandling og hvilken virkning den har i behandlingen av opioidavhengighet (http://www.heroinstudie.de/).

Som et alternativ til et heroinprosjekt er det i Danmark lansert et særlig pilotprosjekt for avhengige i metadonbehandling for 2000-2002, med massiv satsing på psykososiale aktiviteter. Den kvalitative og kvantitative evalueringen skal vurdere i hvilken grad det oppnås resultater i form av bedret sosial, helsemessig og mental funksjonsevne, redusert bruk av narkotika, reduksjon av smittsomme sykdommer og kriminalitet samt utvidede nettverksforbindelser.

Konklusjoner og framtidsperspektiver

Hvorvidt et bestemt behandlingstiltak lykkes, avhenger av formålet med tiltaket. Hvor vellykket et tiltak er, bør dermed vurderes i forhold til de fastsatte målsettingene. Det er nedlagt en stor forskningsinnsats som, når målsettingene sammenlignes med resultatet, har gitt innsikt og kunnskap om effektiviteten ved og/eller suksessraten for ulike behandlingsformer.

En viktig konklusjon er for eksempel at gjennomføringsgraden har avgjørende betydning for behandlingsresultatet eller for hvorvidt behandlingen lykkes. Men vi trenger mer kunnskap om hvordan vi kan beholde klientene i behandling, eller sagt med andre ord, hvilke elementer i behandlingen som er avgjørende for å øke gjennomføringsgraden. Det er vanskelig å identifisere 'virkestoffet' i enhver form for behandling, men det er viktig å bedre ytelsene i behandlingstjenestene og dermed behandlingsresultatene.

Teoretisk kunnskap og innsikt er imidlertid én ting, gjennomføring noe helt annet. Et eksempel på dette er viktigheten av at legemiddelassistert behandling følges opp med psykososiale tiltak, som forskningen tydelig viser bidrar til at behandlingen lykkes, men som likevel fortsatt ikke gjennomføres i tilstrekkelig grad i praksis.

I de seneste årene er det lagt stor vekt på å bygge ut behandlingstilbudet, noe som i stor grad er oppnådd. Utfordringen nå ligger i å utvide spekteret av behandlingstilbud og videreutvikle selve tiltakene for å øke 'suksessraten'.

Narkotikamisbruk i fengsler

Det at det finnes narkotika og at det forekommer narkotikabruk i fengsler, har endret fengselsvirkeligheten totalt de siste 20 årene. Alle europeiske land sliter nå med store problemer som følge av narkotikamisbruk og narkotikarelaterte smittsomme sykdommer i fengslene.

Etterspørsel etter narkotika i fengsler [61]

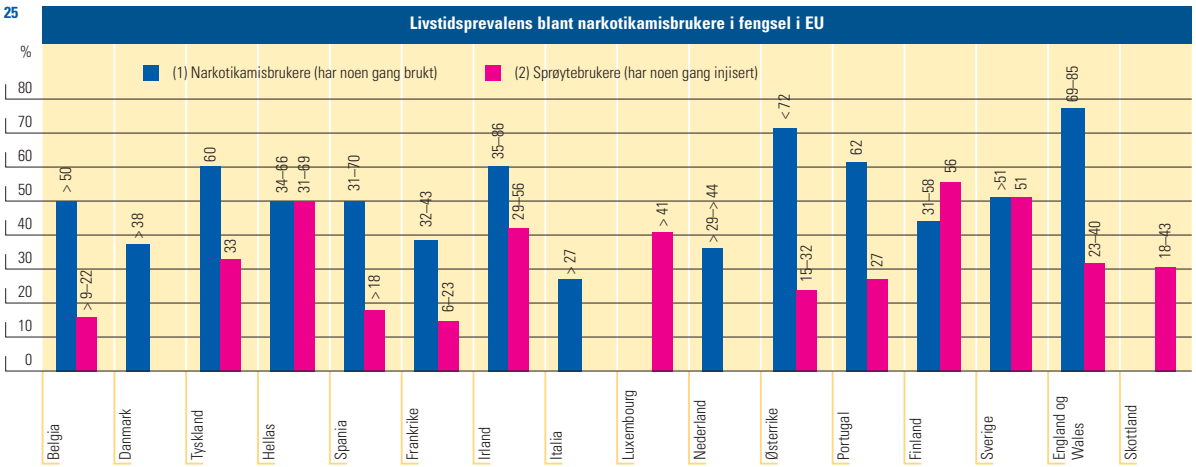
Nasjonale, rutinemessige data om narkotikabruk og mønstre for og konsekvenser av narkotikamisbruk blant innsatte er mangelvare. De fleste data som er tilgjengelige i EU kommer fra ad hoc-studier utført lokalt blant et begrenset utvalg av innsatte. Dette gjør det svært vanskelig å foreta ekstrapoleringer.

Prevalens av narkotikabrukere i fengsel

Fengselsbefolkningen må betraktes som en høyrisikogruppe med hensyn til narkotikabruk. Sammenlignet med samfunnet forøvrig er narkotikamisbrukerne overrepresentert i fengslene. Andelen innsatte i EU som rapporterer at de noen gang har brukt et illegalt narkotisk stoff, varierer fra 29-86 % (over 50 % i de fleste studier) (figur 25) alt etter hvilket fengsel og hvilket land studien er fra. Som i samfun-

[61] Se også tabellen 'Andel narkotikamisbrukere i fengslene i EU' (nettutgaven).

Figur 25



NB: Verdiene i figurene er avledet av data fra undersøkelser eller studier gjennomført i medlemsstatene. Nærmere opplysninger om de opprinnelige datakildene finnes i nettutgaven av denne rapporten.
(1) (2) Se også nettutgaven for mer detaljerte forklaringer.
Kilder: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet, se også nettutgaven for tabell 'Andel narkotikamisbrukere blant innsatte i EU'.

net ellers er cannabis det mest brukte stoffet, men en rekke studier viser også at et stort antall har erfaring med heroin (bortimot 50 % av innsatte eller flere i en del tilfeller).

Ifølge ulike studier rapporterer 6-69 % av de innsatte om en mer regelmessig og/eller skadelig bruk som f.eks. intravenøs bruk av narkotika, regelmessig bruk eller avhengighet.

Nivået på narkotikabruk i fengsel

Fengsling medfører ikke nødvendigvis at narkotikabruken opphører. De fleste narkotikabrukere pleier å slutte med narkotika eller redusere narkotikabruken når de settes inn fordi det er liten tilgang til illegale rusmidler. Men noen fortsetter å bruke narkotika, i enkelte tilfeller i enda større grad enn før, mens andre først begynner å bruke narkotika når de blir innsatt.

16-54 % av innsatte rapporterer at de bruker narkotika i fengsel, mens 5-36 % rapporterer regelmessig bruk. Mellom 0,3 % og 34 % av fengselsbefolkningen har brukt sprøyte mens de var inne til soning.

En del prøver narkotika og sprøyter for første gang mens de sitter inne. Ifølge en rekke studier fra Belgia, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Østerrike, Portugal og Sverige rapporterer 3-26 % av narkotikabrukere i fengsel at de prøvde narkotika for første gang mens de satt inne, og 0,4-21 % av sprøytebrukere i fengsel satte sin første sprøyte i fengsel (NR, 2001; WIAD-ORS, 1998).

Helsemessige og juridiske konsekvenser

Risikoatferd

Studier gjennomført i Belgia, Tyskland, Hellas, Frankrike, Irland, Luxembourg, Østerrike og Storbritannia (NR, 2001) viser at et stort antall sprøytebrukere i fengslene deler sprøyteutstyr. I fengslene er ofte intravenøs bruk av narkotika forbundet med deling av sprøyteutstyr, og i noen tilfeller rapporterer inntil 100 % av sprøytebrukerne at de har delt utstyr. En studie fra Luxembourg (NR, 2001) rapporterer at i 70 % av tilfellene rengjøres sprøytene bare med vann, og i 22 % av tilfellene rengjøres de ikke i det hele tatt. Tilgjengelige data viser at det er vanligere at sprøyteutstyr deles i fengsler enn i samfunnet ellers.

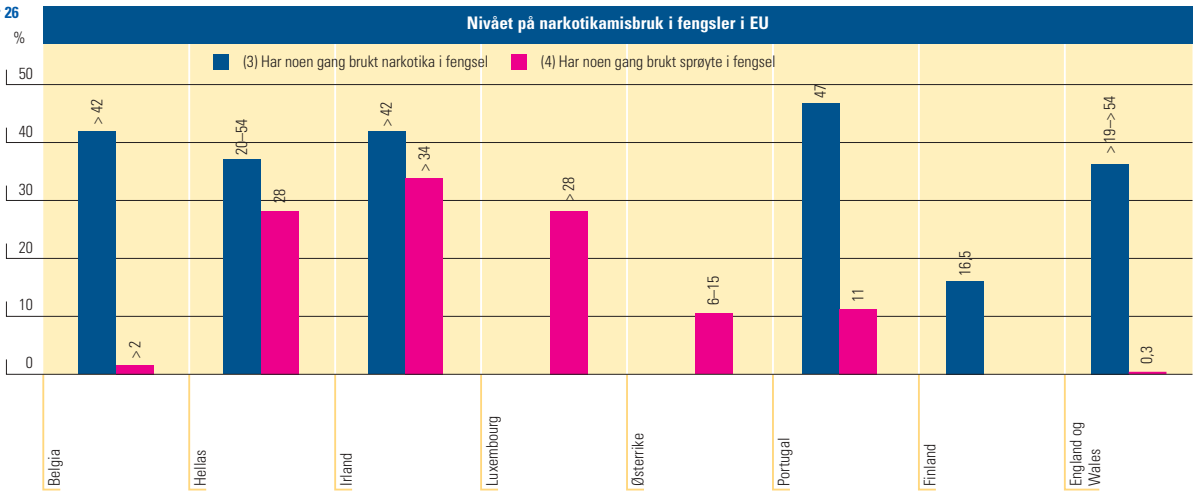
I en multisenterstudie utført i en del fengsler i Belgia, Tyskland, Spania, Frankrike, Italia, Portugal og Sverige i 1996-1997 (WIAD-ORS, 2001) rapporteres det at sprøytebrukere oftere får seg tatoveringer og piercinger mens

Narkotikamisbruk blant kvinnelige innsatte

Antallet kvinner som sitter i fengsel er lavere enn antallet menn. Narkotikamisbruk synes imidlertid å være særlig utbredt blant den kvinnelige del av fengselsbefolkningen. De data som finnes, viser en høyere andel narkotikamisbrukere blant kvinnelige innsatte – basert på siste 6 måneders prevalens av narkotikamisbruk i Danmark, bruk siste år og livstidsprevalens av heroinbruk i Irland samt antall innsatte med et narkotikaproblem og med et alvorlig narkotikaproblem i Sverige.

Studier av risikoatferd i fengsler utført i Tyskland (NR, 2001) og Frankrike (WIAD-ORS, 2001) viser at andelen som deler narkotika og sprøyteutstyr og prostituerer seg er høyere blant kvinnelige enn blant mannlige innsatte som bruker narkotika. Samtidig rapporterer andre studier utført i Østerrike (NR, 2001) samt England og Wales (WIAD-ORS, 2001) at deling av sprøyteutstyr er mer utbredt blant mannlige innsatte.

Figur 26



NB: Verdiene i figurene er avledet av data fra undersøkelser eller studier gjennomført i medlemsstatene. Nærmere opplysninger om de opprinnelige datakildene finnes i nettutgaven av denne rapporten.
(3) (4) Se også nettutgaven for mer detaljerte forklaringer.
Kilder: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet. Se også tabellen 'Andel narkotikamisbrukere blant innsatte i EU' i nettutgaven

de sitter i fengsel enn innsatte som ikke er sprøytebrukere. I Belgia, Tyskland, Portugal og Sverige rapporteres det om en større andel ubeskyttede samleier, mens andelen i andre land er mindre.

Smittsomme sykdommer

Data om HIV- og HCV-status til sprøytebrukere i fengsel ble rapportert fra Belgia, Tyskland, Spania (bare HCV), Frankrike, Irland og Luxembourg (NR, 2001). Dataene er hentet fra lokale studier utført i noen få fengsler og er derfor ikke representative på nasjonalt nivå. HIV-prevalensen blant sprøytebrukere varierer fra 0-13 % i de fengslene som er undersøkt. Andelen HCV-positive var mye høyere – mellom 14 og 100 % av de innsatte sprøytebrukerne alt etter fengselsinstitusjon og land. Som i samfunnet ellers er HIV- og HCV-prevalensen høyere blant sprøytebrukere enn blant ikke-sprøytebrukere.

Sanksjoner for bruk/besittelse av narkotika

Innsatte som tas med illegale narkotiske stoffer blir vanligvis sanksjonert og straffet i henhold til fengselsreglementet. Forholdet kan bli ført opp i den innsattes mappe. Vanlige sanksjoner er innskrenking av fordeler (f.eks. besøk av venner eller familie, telefonsamtaler), nekt av permisjon, eksklusjon fra spesialavdelinger og/eller isolasjon.

Besittelse av narkotika kan også få konsekvenser for domsfullbyrdelsen. I Danmark kan man f.eks. risikere å ikke bli løslatt på prøve etter å ha sonet to tredeler av straffen, og i Storbritannia medfører positiv urinprøve at soningstiden kan forlenges med minst noen ekstra dager.

Innsatte som blir tatt med narkotika, kan også bli siktet og straffeforfulgt utenfor fengselet.

Tilgjengelighet og forsyning av narkotika i fengslene

Tilgjengelighet av narkotika

Det er mye vanskeligere å få tilgang til illegale stoffer i fengslene enn ellers i samfunnet. Illegale narkotiske stoffer rapporteres imidlertid å være lett tilgjengelig i fengslene for de som ønsker å bruke narkotika – hovedsakelig cannabis, heroin og legemidler (benzodiazepiner), men alt kan skaffes i bytte mot penger.

Innsatte rapporterer at kvaliteten, kontinuiteten og prisen på illegale stoffer varierer veldig i fengslene. Prisene på narkotika anslås å være to til fire ganger høyere innenfor enn utenfor fengslene, noe som gjør narkotika 10-20 ganger dyrere målt i ren kjøpekraft. Andre betalingsformer enn penger er svært utbredt – det kan være utveksling av tjenester (prostitusjon, vasking av celler) eller varer (telefonkort, tobakk), og/eller deltakelse i narkotikadistribusjon.

Smugling og omsetning

Det finnes mange måter for å få tilgang til narkotika i fengselet. All kontakt med omverdenen representerer potensielle muligheter til å smugle narkotika inn i fengselet: under besøk (i besøkendes klær eller hulrom i kroppen, i mat), under overføring eller framstilling for retten, etter permisjon, i posten (pakker). Baller som inneholder narkotika kan kastes over fengselsmurene, og narkotika smugles inn av fengselspersonalet.

Smugling og distribusjon av narkotika varierer fra fengsel til fengsel og fra land til land. Belgia rapporterer (NR, 2001) om smugling både på individuelt nivå og i pyramidenettverk der (som i samfunnet ellers) narkotikahan-

delen organiseres av høytstående langere som selv ikke bruker narkotika. Tyskland omtaler (NR, 2001) smugling i liten skala som involverer mange innsatte gjennom en rekke kanaler uten noen sentral organisasjon. En studie nylig utført i Mountjoy-fengselet i Irland (NR, 2001) avdekket et system basert på personlige avtaler, der innsatte som har tilgang til narkotika ute i samfunnet, smugler den inn i fengslene og distribuerer den til sine personlige nettverk. Narkotikahandel i fengslene rapporteres å forårsake langt større problemer i form av trusler, mobbing og kriminalitet enn i samfunnet ellers.

En rekke tiltak iverksettes for å hindre innsmugling av narkotika, enten rutinemessig eller etter mistanke. Tiltakene omfatter ransaking av cellene, kroppsvisitasjon etter permisjon, forbud mot å motta pakker, overvåking av besøk og ved at det settes opp nett over luftegårdene. Storbritannia har nylig iverksatt tiltak for å redusere tilførselen av narkotika til fengslene, med økt bruk av hunder for å avskrekke og avsløre smuglere og besøksnekt for besøkende som tidligere er tatt for innsmugling av narkotika.

Mange land rapporterer om beslag av illegale narkotiske stoffer inne i fengslene eller ved porten til fengselet, men beslagene er oftest små. Sprøyteutstyr, marihuanapiper og annet brukerutstyr blir ofte funnet under inspeksjoner.

Etterspørselsreduserende tiltak i fengsler

Dagens tiltak for å redusere etterspørselen i fengsler går hovedsakelig ut på å motvirke narkotikamisbruk gjennom økt kontroll, som f.eks. ransaking av celler og vilkårlig narkotikatesting kombinert med sanksjoner eller tap av privilegier. I Sverige må f.eks. innsatte i snitt avgi 2-3 urinprøver i måneden.

På grunn av det økende antallet narkotikamisbrukere har fengselssystemene bygget spesialiserte avdelinger for avhengige (f.eks. i Nederland), etablert sentraliserte rusmiddeltjenester i enkelte fengsler (Irland og Østerrike) eller 'importert' omsorgsekspertise fra eksterne rusmiddeltjenester.

Siden 1995 har innsatte narkotikamisbrukere fått et langt større tilbud (Ambrosini, 2001), og det er innført tiltak for å forebygge overføring av smittsomme sykdommer. Tiltakene er imidlertid iverksatt mye senere i fengslene enn i samfunnet for øvrig. Dagens omsorgstilbud til avhengige dekker ikke det potensielle behovet – anslagsvis 50 % av fengselsbefolkningen misbruker narkotika.

Siden mange narkotikamisbrukere soner gjentatte ganger, og hver gang har de samme, eller kanskje enda større problemer med narkotika og smittsomme sykdommer, har fengselsadministrasjonene vært nødt til å erkjenne nødvendigheten av å håndtere avhengighet, narkotikamisbruk, relaterte risikoer og helsekonsekvenser på en mer systematisk måte i fengselsmiljøet. Dette er bakgrunnen for at mange land i EU i den senere tid har vedtatt reelle 'narkotikastrategier rettet mot innsatte' med direktiver om omsorg for og behandling av innsatte med et avhengighetsproblem eller kvalitetsstandarder for bestemte tjenester ([62]). Disse strategiene omfatter vanligvis en rekke tiltak for å behandle innsatte, motvirke narkotikamisbruk og redusere forsyningen av narkotika.

Behandling for avhengighet

Fengselshelsetjenester har tradisjonelt vært levert av fengselets eget helsepersonell, under justisdepartementets overordnede myndighet. Men fengselssystemene i EU og Norge er i stor grad avhengige av å knytte til seg ekspertise og ressurser utenfra i arbeidet med narkotikamisbrukere. For å nå målet om 'likeverdig omsorg' i samfunnet og fengslene (Europarådet, 1993; WHO, 1993), har Frankrike (i 1994) og Italia (i 2000) skjøvet ansvaret for omsorgen for rusmiddelavhengige innsatte over på helsedepartementet og dermed tvunget lokale og regionale helsetjenester til å involvere seg. Konkrete samarbeidsavtaler mellom rettssystemet og offentlige eller frivillige helsetjenester er inngått i Irland (1999), Portugal (1999) og Spania (2000) for å forbedre kvaliteten og dekningen på tilbudet til innsatte som ruser seg.

I de fleste, om ikke alle, europeiske fengselssystemer spiller eksterne rusmiddelspesialister en viktig rolle i støtten til narkotikamisbrukere. I hvilken grad det enkelte fengsel er dekket og hvilket tjenestenivå som tilbys, varierer svært, både landene imellom og innenfor det enkelte land. Hederlige unntak når det gjelder dekningsgrad, er Skottland, som har rusmiddelrådgivere i alle fengsler, Spania, hvor 71 av 73 fengsler har et omsorgstilbud til rusmiddelavhengige, Sverige, hvor en tredel av det anslåtte antall innsatte med narkotikaproblemer hadde tilgang til motivasjonsprogrammer i 2000, samt England og Wales, hvor alle fengsler siden 1999 har hatt spesialiserte eksterne team (CARAT — Counselling, Assessment, Referral, Advice and Throughcare Services) som arbeider for å dekke behovene til innsatte narkotikamisbrukere, helt fra inntak til ettervern – men mangelen på henvisningsmuligheter synes å være en flaskehals (Spacca, 2002). I Skottland får innsatte nå også tilbud om oppfølging de første 12 ukene etter løslatelse, for å gjøre overgangen tilbake til samfunnet lettere.

([62]) Tabell 13 OL: Nyere narkotikastrategier rettet mot innsatte, departementsdirektiver og servicestandarder i EU og Norge (nettutgaven).

Tjenestene som eksterne leverandører dekker, er bl.a. generell informasjon om og opplæring i forebygging av narkotikamisbruk, behandlingsmotiverende programmer og forberedelse av løslatelse, innbefattet henvisning til behandling og ettervern. I Belgia og Hellas er det foreløpig primært frivillige organisasjoner (NGOs) som tilbyr slike tjenester til narkotikamisbrukere i fengsel, og tilbudet er svært begrenset. Arbeidet som utføres av eksterne rusmiddeltjenester og spesialiserte, interne rusmiddeltjenester i tyske fengsler, går tilbake til midten av 1980-tallet, og i 2000 arbeidet mer enn 350 rådgivere innen rusmiddelavhengighet i tyske fengsler, men dekningsgraden varierer mellom delstatene. I 2000 var det i Frankrike fortsatt svært vanlig å engasjere eksterne fagfolk, og i Italia registrerte den offentlige rusmiddeltjenesten 'Ser.T.' en stor oppgang i antallet klienter som følge av sitt nye ansvar for de innsatte. I Spanias nasjonale narkotikastrategi (2000-08) er eksterne spesialisters deltakelse i omsorgen for innsatte narkotikamisbrukere definert som en prioritet, og flerårige samarbeidsplaner mellom fengsler og frivillige organisasjoner har resultert i at mer enn halvparten av stillingene i rusmiddelomsorgen (GAD) i spanske fengsler er besatt av eksterne eksperter fra frivillige organisasjoner.

Tjenestetilbud

Skriftlig informasjonsmateriell om narkotika og narkotikarelaterte smittsomme sykdommer synes å være tilgjengelig i de fleste fengsler i EU og Norge. Systematiske og gjentatte anledninger til å ta opp forskjellige temaer relatert til forebygging ansikt til ansikt forekommer imidlertid sjelden og avhenger ofte av at eksterne tjenester eller den enkelte fengselsansatte selv tar initiativet.

Avgiftning blir som oftest tilbudt gjennom fengselshelsetjenesten eller spesielle avrusningsavdelinger, men retningslinjer for kvalitetssikring mangler ofte. Et program som tilbød avgiftning til mellom 1 200 og 1 500 innsatte hvert år, er beskrevet som 'i det vesentlige ustrukturert og ukontrollert, uten oppfølging eller planlegging på mellomlang eller lang sikt' (Department of Justice, Equality and Law Reform, 1999). Kvalitetsstandarder blir nå imidlertid innført i stadig større omfang. F.eks. krever 'Prison Service Order', som ble innført i desember 2000, at alle fengsler i England og Wales skal tilby kvalifiserte avgiftningstjenester.

I enkelte land er eksterne tjenester også direkte involvert i langtidsbehandlingen for avhengighet. Eksempler på dette er de små lokale programmene for rusmiddelmisbrukere i Danmark og Norge, som drives av eksterne rusmiddeltjenester ('importmodellen'), og substitusjonsbehandlingen i spanske, franske og italienske fengsler. Den høye dekningen i Spania er oppnådd takket være massiv deltakelse fra eksterne rusmiddeltjenester.

Ni EU-land har i fengslene strukturerte behandlingsprogrammer som er basert på avholdenhet, og Norge har et program for behandlingsmotivasjon. Det totale antallet plasser er svært lavt i forhold til anslaget over antall innsatte som har narkotikaproblemer. I Spania deltok imidlertid 8 984 innsatte i de 18 stoff-frie behandlingsprogrammene som ble tilbudt i 2000, og i England og Wales ble det i 2000-2001 registrert 3 100 deltakere i 50 intensive behandlingsprogrammer. I Sverige er 10 % av soningsplassene, med en kapasitet på 500 innsatte, reservert for frivillig og tvungen behandling av narkotikamisbrukere (Lýsen, 2001), og i Finland deltar 18 % av de nyinnsatte i rehabiliteringprogrammer for alkohol og narkotika (Jungner, 2001). Det østerrikske fengselet 'Favoriten', som har spesialisert seg utelukkende på omsorg for avhengige, har 110 behandlingsplasser, Danmark har 30 plasser og Irland 9. Det norske programmet for behandlingsmotivasjon kan ta imot 18 innsatte pr. år ([63]).

Substitusjonsbehandling er nå tilgjengelig i fengsler i alle EU-land og Norge, bortsett fra i Sverige, Hellas og to delstater i Tyskland (Bayern og Baden-Württemberg). Fengslene følger imidlertid ofte en avgiftningspolitikk, selv i land hvor en stor del av problembrukerne i samfunnet for øvrig er i substitusjonsbehandling. I fengsler i Tyskland og Nederland mener man f.eks. at andelen ligger på mellom 1 og 4 % (Stöver, 2001, WIAD-ORS, 2001) sammenlignet med et dekningsanslag på 30-50 % i samfunnet for øvrig. I de fleste fengsler som har en policy om vedlikeholdsbehandling, gis slik behandling bare til innsatte som soner korte dommer, er gravide, har en lang avhengighetshistorie eller har psykiske eller fysiske helseproblemer. Substitusjonsbehandling blir sjelden igangsatt i fengselet, selv om det juridisk sett er mulig i de fleste land. Hovedunntaket er Spania, som har samme substitusjonsbehandlingsrate innenfor som utenfor fengslene ([64]).

Ti EU-land og Norge driver stoff-frie avdelinger eller anstalter. Formålet er ikke bare å beskytte ikke-avhengige innsatte mot narkotika, men også å behandle de avhengige. Innsatte i metadonbehandling får vanligvis ikke adgang til stoff-frie enheter. De tyve stoff-frie 'Addiction Guidance Departments' i nederlandske fengsler har plass til 446 innsatte, men i 1999 sto en tredel av plassene ledige. Sverige har 356 plasser i stoff-frie behandlingsenheter, og i Finland, hvor 10 % av alle fengselsavdelinger er stoff-frie, planlegges en økning til 50 %. Portugal

([63]) Tabell 14 OL: Avholdsorientert behandling og stoff-frie enheter i fengsler i utvalgte EU-land samt Norge (nettversjonen).
([64]) Tabell 15 OL: Substitusjonsbehandling i fengsler i EU og Norge (nettutgaven).

åpnet nylig syv stoff-frie behandlingsenheter med til sammen 195 plasser. I evalueringen omtales de som en 'stor suksess', og ytterligere to enheter blir nå planlagt. En analyse av forskningen som er gjort på tilbudet til avhengige i fengsel (Rigter 1998) konkluderte imidlertid med at det på verdensbasis er mangel på pålitelige og gyldige resultater.

Forebygging av smittsomme sykdommer

Forebygging mot overføring av blodbårne sykdommer under soning er blitt et prioritert mål i mange europeiske fengselssystemer – også på grunn av den merkbare økningen i utgiftene til legemidler for behandling av narkotikarelaterte infeksjonssykdommer (f.eks. HAART, interferon) som fengslene må dekke.

Mange land har som mål å følge de generelle prinsippene og konkrete anbefalingene fra WHO i sine retningslinjer for forebygging av HIV-infeksjon og AIDS i fengsel (WHO, 1993). Mange risikoreduserende tiltak er vanskelige å gjennomføre fordi de er politisk ladet, møter motstand fra fengselsansatte og oppfattes som lite egnet til bruk i en fengselssituasjon. Tabellen under viser noen utvalgte forebyggende tiltak fra WHOs retningslinjer med gjennomføringsgrad i EU-landene og Norge. Selv om dekningsgraden for tiltakene i mange land fortsatt synes utilfredsstillende, er det gjort framskritt ([65]). Sprøytebytteprogrammer kan nå bli innført i alle spanske fengsler ([66]), og Luxembourg og Portugal drøfter innføring. Flere land anbefaler at innsatte får adgang til blekemidler, og gjennomføringen av dette tiltaket er forbedret.

Tabell 2

Oversikt over utvalgte tiltak til forebygging av blodbårne sykdommer i fengsler i EU og Norge

	Informasjon/opplæring	Hepatitt B-vaksine	Utdeling av desinfiserende midler	Sprøytespiss-/sprøytebytte
Belgia	++ men ikke i alle fengsler	+ protokoll blir utarbeidet av helsedept.	+	0
Danmark	0	++ men dekningen er svært lav (2 %)	++ med bruksanvisning	0
Tyskland	+	m.d.	+	+
Hellas	+ men tiltaket er basert hovedsakelig på eksterne tjenester	+ bare ett fengsel	+ bare ett fengsel	0
Spania	++	++ blir også oppmuntret	++	++
Frankrike	+	++	++	0
Irland	0	++	+ men ++ anbefales av Review Group on Prison Health Care, 2001	0 Review Group on Prison Health Care anbefaler ikke tiltaket pga. risiko for overfall
Italia	0	m.d. (obligatorisk vaksinasjon av hele befolkningen i 12-årsalderen ble innført tidlig på 1990-tallet)	++	0
Luxembourg	+	++	0	0 blir drøftet
Nederland	+	++	++	0
Østerrike	+	+ ([1])	++ med bruksanvisning	0
Portugal	+	++ nasjonalt vaksinasjonsprogram	++ praktiseres: +	0 blir drøftet
Finland	+	++	++	0
Sverige	0 avhengig av fengsel	0 vedtak om innføring av generelt vaksinasjonsprogram forestår	0	0
Storbritannia	+	++ (Skottland)	++ England/ Wales: vanskelig tilgjengelig. Etter forstudie stilles tabletter til rådighet Skottland: ++ med bruksanvisning	0
Norge	m.d.	m.d.	0 helsemyndighetene har bedt fengslene stille blekemidler til rådighet	0

NB: m.d. = mangler data

Informasjon/opplæring
0 Generelt skriftlig materiell
+ Skriftlig materiell spesielt utviklet for fengselsmiljøer
++ Materiell utarbeidet for fengsler pluss opplæring i tryggere bruk

Hepatitt-vaksinasjon
0 ikke systematisk tilgjengelig
+ tilgjengelig i noen få fengsler
++ tilgjengelig i alle fengsler

Desinfiserende midler
0 ikke tilgjengelig
+ i enkelte fengsler
++ i alle fengsler (i hvert fall i teorien)

Sprøytespiss-/sprøytebytte
0 ikke tilgjengelig
+ Programmer i noen få fengsler
++ Programmer i alle fengsler

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter 2001.
European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons, Final Progress Report, WIAD: Bonn & ORS: Marseille, December 2001.
([1]) Spirig, H & Ess-Dietz, O (2001) Preventive measures in Austrian Prisons. I: WIAD-ORS.

([65]) For informasjon om situasjonen fram til 2000, se http://ar2001.emcdda.eu.int/en/chap2/specific_demand.html#table2
([66]) Unntatt i fengsler i Ceuta og Melilla. Den selvstyrte regionen Catalonia har egen fengselsmyndighet.

Kilder for kapittel 3

Nasjonale Reitox-rapporter for 2001.

Akram, G., and Galt, M. (1999): 'A profile of harm-reduction practices and co-use of illicit and licit drugs amongst users of dance drugs', *Drugs: Education, Prevention and Policy,* Vol. 6 (2) s. 215–225. Education, Prevention and Policy, Vol. 6 (2) s. 215–225.

Ambrosini, F. (2001) 'Europäisches Netzwerk zur Drogen- und AIDS-Hilfe im Strafvollzug', in Jacob, J., Keppler, K. and Stöver, H. (eds) *LebHaft: Gesundheitsförderung für Drogen Gebrauchende im Strafvollzug,* Deutsche AIDS-Hilfe, Berlin, s. 106–113.

Bellis, M.A., Hale, G., Bennett, A., Chaudry, M., Kilfoyle, M. (2000): 'Ibiza uncovered: changes in substance use and sexual behaviour amongst young people visiting an international night-life resort', International Journal of Drug Policy, Vol. 11, s. 235–244 (*).

Bennett, G. A. and Higgins, D. S. (1999): 'Accidental overdose among injecting drug users in Dorset, UK', *Addiction,* Vol. 94 (8) s. 1179–1189. 1179–1189.

Berglund, M., Andréasson, S., Franck J., Fridell, M., Håkanson, I., Johansson, B.,A., Lindgren, A., Lindgren, B., Nicklasson, L., Rydberg, U., Salaspuro, M., Thelander, S. och Öjehagen, A. (2001): *Behandling av alkohol- och narkotikaproblem,* Statens beredning för medicinsk utvärdering, Sverige.

Boys, A., Fountain, J., Marsden, J., Griffiths, P., Stillwell, G., and Strang, J. (2000): *Drug decisions: a qualitative study of young people,* Health Education Authority, London.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., Kokkevi, A., Maalsté, N., Mendes, F., Palmer, A., Sherlock, K., Simon, J., Stocco, P., Sureda, M. P., Tossmann, P., van de Wijngaart, G. and Zavatti, P. (1999): *Night life in Europe and recreative drug use, IREFREA og Europakommisjonen,* Valencia.

Club Health conference Proceedings (2002), *2nd International conference on Nightlife substance use and related health issues,* 24.-27. mars 2002 Rimini, Regione Emilia Romagna and John Moores University.

Costa, N., Padua, J., Correia, M (2000): 'Um ano de Naltroxona', *Toxicodependências,* Vol. 6, (1) s. 51–60.

Darke, S., Ross, J., Zador, D. and Sunjic S. (2000): 'Heroin-related deaths in New South Wales, Australia, 1992-1996, Drug and Alcohol Dependence, Vol. 60, s. 141–150.

Decorte, T. (1999): 'Informal Control Mechanisms among Cocaine and Crack Users in the Metropolitan Area of Antwerp', doktoravhandling, faculteit Rechtsgeleerdheid, Universiteit Leuven, Leuven.

Department of Justice Equality and Law Reform (1999): 'Drug misuse and drug treatment in the prison system: Draft action plan' (ikke offentliggjort) (*).

DHSSPS (Department of Health, Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services) (1999) Drug misuse and dependence: Guidelines on clinical management, The Stationery Office, London.

Drucker, E., Lurie, P., Wodak, A. and Alcabes, P. (1998) 'Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of HIV', *AIDS,* Vol. 12 (suppl. A), s. 217–230.

DrugScope (2001): *Drug abuse briefing: a guide to the non-medical use of drugs in Britain,* eighth edition, DrugScope, London(*).

Edmunds, M., Hough, M., and Urquia, N. (1996): *Tackling Local Drug Markets,* Crime Detection and Prevention Series Paper 80, Home Office Police Research Group, London (*).

EONN (2000): *Reviewing current practice in drug-substitution treatment in the European Union,* Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

ESPAD (2000): 'The 1999 Alcohol and other drug use among students in 30 European countries', Centalförbundet för alkohol och narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe.

Europarådet (1993): Recommendation No.R (93)6 of the Committee of Ministers to Member States concerning prison and criminological aspects of the control of transmissible diseases including AIDS and related health problems in prison, Europarådet, Strasbourg.

Farrell, M. (1989): 'Ecstasy and the Oxygen of Publicity', *British Journal of Addiction,* Vol. 84, s. 943.

Fountain, J., Griffiths, P., Farrell, M., Gossop, M. and Strang, J. (1999): 'Benzodiazepines in polydrug-using repertoires: the impact of the decreased availability of temazepam gel-filled capsules'. Drugs: Education, Prevention and Policy, Vol. 6 (1) s. 61–69 (*).

Gossop, M., Marsden, J. and Stewart, D. (1998): NTORS at one year – *The National Treatment Outcome Research Study,* Department of Health, London.

Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., Lehmann, P., Edwards, C., Wilson, A. and Segar, G. (1998): 'Substance use, health and social problems of clients at 54 drug treatment agencies: intake data from the National Treatment Outcome Research Study (NTORS)'. *British Journal of Psychiatry,* Vol. 173.

Gossop, M., Marsden, J. and Stewart, D. (2001): NTORS after five years. Changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake, *National Treatment Outcome Research Study,* National Addiction Centre, London.

Greenstein, R. A., Fudala, P. J. and O' Brien, C. P. (1997): 'Alternative Pharmacotherapies for Opiate Addiction', artikkel i Substance Abuse - A Comprehensive Textbook, USA.

Haw, S. (1993): *Pharmaceutical drugs and illicit drug use in the Lothian region,* Centre for HIV/AIDS and Drug Studies (CHADS), City Hospital, Edinburgh.

Heroinstudie (2002): offisielt nettsted som inneholder informasjon om det tyske heroinforsøket, på: http://www.heroinstudie.de

Hunt, N. (2002): 'Preliminary results from the 2001 UK Mixmag drug use survey', 2nd International conference on Nightlife substance use and related health issues, 24.-27. mars 2002, Rimini, Regione Emilia Romagna and John Moores University.

Jungner, M. (2001): 'Treatment of intoxicating substance misuse in Finnish prisons', in *Connections,* The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison, Issue 9 & 10, November 2001, s. 12–13.

KETHEA – NSPH (2001) 'Effectiveness-evaluation of the KETHEA's Therapeutic Communities. Therapy Centre for Dependent Individuals (KETHEA)', National School of Public Health, Section of Sociology (NSPH), Athen.

Kriener, H., Billet, R., Gollner, C., Lachout, S., Neubauer, P., Schmid, R. (2001): 'An Inventory of On-Site Pill Testing Interventions in the EU', EONN, Lisboa.

Leccese, A.P., Pennings, E.J.M., and De Wolff, F.A. (2000): *Combined use of alcohol and psychotropic drugs. A review of the literature,* Academisch Ziekenhuis Leiden (AZL), Leiden (*).

Lowinson, H. L., Payte, F. T., Salsitz, E., Joseph, H., Marion, I. J. and Dole, V. P. (1997): 'Methadone Maintenance', artikkel i *Substance Abuse - A Comprehensive Textbook,* USA.

Lýsen, L. (2001): 'The Swedish system and the experiences at the Gävle prison – management of drug problems in prison', in *Connections,* The Newsletter of the European Network of Drug and HIV/AIDS Services in Prison, Issue 9 & 10, November 2001, s.10–11.

McElrath, K. and McEvoy, K. (1999): *Ecstasy use in Northern Ireland,* Queen's University, Belfast.

Neale, J. (2001): 'Don't overdo it: overdose prevention and extent', Druglink, Vol. 16, juli/august 2001, s. 18–22.

ONS (Office for National Statistics) (2000a): 'ONS drug-related deaths database: first results for England and Wales, 1993-7', *Health Statistics Quarterly* No 5 (Spring 2000), s. 57–60, Office for National Statistics, London (*).

ONS (Office for National Statistics) (2000b):. 'Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1994-1998', *Health Statistics Quarterly* No 7 (Autumn 2000), s. 59–62, Office for National Statistics, London.

ONS (Office for National Statistics) (2000c): 'Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1995-1999', *Health Statistics Quarterly* No 9 (Spring 2001), s. 70–72, Office for National Statistics, London.

Pedersen, M. U. (2000): *Stofmisbrugere før under efter behandling,* Center for Rusmiddelforskning.

Rigter, H. (1998): *Effecten van justitiële drang en dwang bij de behandeling van verslaafden,* Trimbos Instituut, Utrecht (*).

Seppälä, P. (1999): *Kielletyt aineet ja niiden merkitys teknokulttuurissa.* [Forbudte rusmidler og deres relevans for technokulturen]. Yhteiskuntapolitiikka, 64, (4), 359–368 (*).

Snippe, J. and Bieleman, B. (1997): 'Opiate users and crime in the Netherlands' in Korf, D., and Riper, H. eds. Illicit drug use in *Europe: Proceedings of the 7th Conference on drug use and drug policy,* University of Amsterdam (SISWO), Amsterdam.

Sonntag, D. and Künzel J. (2000): 'Hat die Therapiedauer bei alkohol- und drogenabhängigen Patienten einen positiven Einfluss auf den Therapieerfolg?' Sucht, Vol. 46 (Sonderheft 2).

Spacca, E. (2002): *Personlig innlegg av Edoardo Spacca,* koordinator ved European Network of Drug Services in Prison (ENDSP), Cranstoun Drug Services in London.

Stöver, H. (2001): *Assistance to drug users in European Union prisons: an overview study*, EMCDDA Scientific Report, Lisboa & London.

Strang, J., Griffiths, P., Powis, B., Fountain, J., Williamson, S., Gossop, M. (1999): 'Which drugs cause overdose amongst opiate misusers? Study of personal and witnessed overdoses.' *Drug and Alcohol Review,* Vol. 18, s. 253–261.

Strang, J., Seivewright, N. and Farrell, M. (1993): 'Oral and intravenous abuse of benzodiazepines' in Hallstrom, C. (ed) *Benzodiazepine dependence,* Oxford University Press, Oxford.

Taylor, A., Frischer, M. and Goldberg, D. (1996): 'Non-fatal overdosing is related to polydrug use in Glasgow', brev til redaktøren, *British Medical Journal,* Vol. 313, 30. november 1996, s. 1140–1141.

Tretter, F., Küfner, H., Kümmler, P., Beloch, E., Drobik, U., Burkhardt, D., Walcher, S. (2001): 'Katamnese nach antagonisten-induziertem narkosegestütztem Opiatentzug', *Sucht,* Vol. 47 (3) s. 189–200.

Van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., Huijsman, I. A. og Ree, J. M. V. (2002): 'Medical co-prescription of heroin – two randomised controlled trials', Central Committee on the treatment of heroin addicts (CCBH), Nederland.

Vermaas, P. (1999): 'Drugs en geweld, "Poligebruikers" zijn onvoorspelbaar en agressief' Algemeen Politieblad, nr. 10 (*).

WHO (1994): *Lexicon of Alcohol and Drug Terms* (*).

WHO Global Programme on AIDS (1993): Guidelines on HIV infection and AIDS in prison, WHO/GPA/DIR/93.3 (og nytt opptrykk UNAIDS/99.47/E)) Pdf-fil kan lastes ned fra: http://www.unaids.org/bestpractice/collection/subject/sector/keyprisons.html

WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis prevention in Prisons (1998) Annual Report to the EC, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

WIAD-ORS, European Network on HIV/AIDS and Hepatitis Prevention in Prisons (2001), Final Progress Report, WIAD: Bonn & ORS: Marseille.

Wirth, U. (2001): 'Der Verlauf der Drogenabhängigkeit nach der stationären Behandlung, Eine Studie des Anton-Proksch-Instituts', Anton Proksch-Institut, Wien.

Ytterligere informasjon om rusmiddeltjenester i fengsler kan fås fra European Network of Drug Services in Prison (ENDSP – tidligere WIAD-ORS) på nettstedet: http://www.cranstoun.org

(*) Kilde: nasjonale rapporter fra medlemslandene.

Knutepunkter i Reitox-nettet

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Brussels
Tel. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Denmark — Mr Thomas Clement
National Board of Health
Islands Brygge, 67, Postbox 1881
DK-2300 Copenhagen S
Tel. (45) 72 22 74 00
Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen
E-mail: kag@sst.dk

Germany — Mr Roland Simon
Institute for Therapy Research
Parzivalstraße 25
D-80804 Munich
Tel. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manina Terzidou
University of Mental Health Research Institute (UMHRI)
(**Office:** 12 Eginitou Street)
GR-115 28 Athens
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66517 — Papagou Post Office
GR-15 601 Athens
E-mail: ektepn@hol.gr

Spain — Ms Elena Garzon
Government Delegation to the National Plan on Drugs (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Tel. (34) 915 37 27 25
Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: egarzon@pnd.mir.es
Ms Ana Andres Ballesteros —
Tel. (34) 915 37 26 86
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France — Mr Jean Michel Costes
French Observatory for Drugs and Drug Addiction
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Tel. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie
Mary O'Brien
Tel. (353-1) 676 11 76 ext. 163
E-mail: Mobrien@hrb.ie

Italy — Ms Annalisa Vittore
Ministry of Labour and Social Policies
Department of Social and Previdential Policies
Directorate-General for Drug Addiction and for the National Observatory
Via Fornovo, 8, Pal. B
I-00187 Rome
Tel. (39) 06 36 75 48 01
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: svittore@minwelfare.it
Silvia Zanone
E-mail: szanone@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la Santé — EMCDDA Focal Point Luxembourg
Allée Marconi, Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 478 56 25
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Netherlands — Mr Franz Trautmann
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45, PO Box 725
3500 AS Utrecht
Netherlands
Tel. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Austrian Health Institute
Stubenring 6
A-1010 Vienna
Tel. (43-1) 515 61–160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Portugal — Dr Elza Pais
Instituto Português da Droga e da Toxicodependência (IPDT)
Av. João Crisostomo, 14
P-1000-179 Lisbon
Tel. (351) 213 10 41 00
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Elza.Pais@ipdt.pt
Dr Maria Moreira
Tel. (351) 213 10 41 26
E-mail: Maria.Moreira@ipdt.pt

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and Development Centre for Welfare and Health
PO Box 220
(**Office:** Siltasaarenkatu 18 A)
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 396 71
Fax (358-9) 76 13 07
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
(**Office:** Olof Palmes gata 17)
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile: (46) 704 83 35 13
E-mail:Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom — Mr Axel Klein
DrugScope
Waterbridge House
32–36 Loman Street
London SE1 OEE
United Kingdom
Tel. (44-20) 79 28 12 11
Fax (44-20) 79 28 17 71
E-mail: axelk@Drugscope.org.uk

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Centre (SIRUS) — SIFA
PB 565 Sentrum
N-0105 Oslo
Office: Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
Mr Odd Hordvin (Coordinator NFP)
E-mail: odd@sirus.no

European Commission — Mr Timo Jetsu
European Commission
Justice and Home Affairs DG — Drugs Coordination Unit
LX46, 3/186
B-1049 Brussels
Tel. (32-2) 29-95784
Fax (32-2) 29-53205
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Europeisk overvåkningssenter for narkotika og narkotikaavhengighet

2002 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

2002 — 55 s. — 21 x 29.7 cm

ISBN 92-9168-134-2

Venta • Salg • Verkauf • Πωλήσεις • Sales • Vente • Vendita • Verkoop • Venda • Myynti • Försäljning
http://eur-op.eu.int/general/en/s-ad.htm

BELGIQUE/BELGIË

Jean De Lannoy
Avenue du Roi 202/Koningslaan 202
B-1190 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 538 43 08
Fax (32-2) 538 08 41
E-mail: jean.de.lannoy@infoboard.be
URL: http://www.jean-de-lannoy.be

La librairie européenne/
De Europese Boekhandel
Rue de la Loi 244/Wetstraat 244
B-1040 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 295 26 39
Fax (32-2) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

Moniteur belge/Belgisch Staatsblad
Rue de Louvain 40-42/Leuvenseweg 40-42
B-1000 Bruxelles/Brussel
Tél. (32-2) 552 22 11
Fax (32-2) 511 01 84
E-mail: eusales@just.fgov.be

DANMARK

J. H. Schultz Information A/S
Herstedvang 12
DK-2620 Albertslund
Tlf. (45) 43 63 23 00
Fax (45) 43 63 19 69
E-mail: schultz@schultz.dk
URL: http://www.schultz.dk

DEUTSCHLAND

Bundesanzeiger Verlag GmbH
Vertriebsabteilung
Amsterdamer Straße 192
D-50735 Köln
Tel. (49-221) 97 66 80
Fax (49-221) 97 66 82 78
E-Mail: vertrieb@bundesanzeiger.de
URL: http://www.bundesanzeiger.de

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

G. C. Eleftheroudakis SA
International Bookstore
Panepistimiou 17
GR-10564 Athina
Tel. (30-1) 331 41 80/1/2/3/4/5
Fax (30-1) 325 84 99
E-mail: elebooks@netor.gr
URL: elebooks@hellasnet.gr

ESPAÑA

Boletín Oficial del Estado
Trafalgar, 27
E-28071 Madrid
Tel. (34) 915 38 21 11 (libros)
913 84 17 15 (suscripción)
Fax (34) 915 38 21 21 (libros),
913 84 17 14 (suscripción)
E-mail: clientes@com.boe.es
URL: http://www.boe.es

Mundi Prensa Libros, SA
Castelló, 37
E-28001 Madrid
Tel. (34) 914 36 37 00
Fax (34) 915 75 39 98
E-mail: libreria@mundiprensa.es
URL: http://www.mundiprensa.com

FRANCE

Journal officiel
Service des publications des CE
26, rue Desaix
F-75727 Paris Cedex 15
Tél. (33) 140 58 77 31
Fax (33) 140 58 77 00
E-mail: europublications@journal-officiel.gouv.fr
URL: http://www.journal-officiel.gouv.fr

IRELAND

Alan Hanna's Bookshop
270 Lower Rathmines Road
Dublin 6
Tel. (353-1) 496 73 98
Fax (353-1) 496 02 28
E-mail: hannas@iol.ie

ITALIA

Licosa SpA
Via Duca di Calabria, 1/1
Casella postale 552
I-50125 Firenze
Tel. (39) 055 64 83 1
Fax (39) 055 64 12 57
E-mail: licosa@licosa.com
URL: http://www.licosa.com

LUXEMBOURG

Messageries du livre SARL
5, rue Raiffeisen
L-2411 Luxembourg
Tél. (352) 40 10 20
Fax (352) 49 06 61
E-mail: mail@mdl.lu
URL: http://www.mdl.lu

NEDERLAND

SDU Servicecentrum Uitgevers
Christoffel Plantijnstraat 2
Postbus 20014
2500 EA Den Haag
Tel. (31-70) 378 98 80
Fax (31-70) 378 97 83
E-mail: sdu@sdu.nl
URL: http://www.sdu.nl

PORTUGAL

Distribuidora de Livros Bertrand Ld.ª
Grupo Bertrand, SA
Rua das Terras dos Vales, 4-A
Apartado 60037
P-2700 Amadora
Tel. (351) 214 95 87 87
Fax (351) 214 96 02 55
E-mail: dlb@ip.pt

Imprensa Nacional-Casa da Moeda, SA
Sector de Publicações Oficiais
Rua da Escola Politécnica, 135
P-1250-100 Lisboa Codex
Tel. (351) 213 94 57 00
Fax (351) 213 94 57 50
E-mail: spoce@incm.pt
URL: http://www.incm.pt

SUOMI/FINLAND

Akateeminen Kirjakauppa/
Akademiska Bokhandeln
Keskuskatu 1/Centralgatan 1
PL/PB 128
FIN-00101 Helsinki/Helsingfors
P./tfn (358-9) 121 44 18
F./fax (358-9) 121 44 35
Sähköposti: sps@akateeminen.com
URL: http://www.akateeminen.com

SVERIGE

BTJ AB
Traktorvägen 11-13
S-221 82 Lund
Tlf. (46-46) 18 00 00
Fax (46-46) 30 79 47
E-post: btjeu-pub@btj.se
URL: http://www.btj.se

UNITED KINGDOM

The Stationery Office Ltd
Customer Services
PO Box 29
Norwich NR3 1GN
Tel. (44) 870 60 05-522
Fax (44) 870 60 05-533
E-mail: book.orders@theso.co.uk
URL: http://www.itsofficial.net

ÍSLAND

Bokabud Larusar Blöndal
Skólavördustig, 2
IS-101 Reykjavik
Tel. (354) 552 55 40
Fax (354) 552 55 60
E-mail: bokabud@simnet.is

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz
c/o OSEC Business Network Switzerland
Stampfenbachstraße 85
PF 492
CH-8035 Zürich
Tel. (41-1) 365 53 15
Fax (41-1) 365 54 11
E-mail: eics@osec.ch
URL: http://www.osec.ch/eics

BĂLGARIJA

Europress Euromedia Ltd
59, blvd Vitosha
BG-1000 Sofia
Tel. (359-2) 980 37 66
Fax (359-2) 980 42 30
E-mail: Milena@mbox.cit.bg
URL: http://www.europress.bg

CYPRUS

Cyprus Chamber of Commerce and Industry
PO Box 21455
CY-1509 Nicosia
Tel. (357-2) 88 97 52
Fax (357-2) 66 10 44
E-mail: demetrap@ccci.org.cy

EESTI

Eesti Kaubandus-Tööstuskoda
(Estonian Chamber of Commerce and Industry)
Toom-Kooli 17
EE-10130 Tallinn
Tel. (372) 646 02 44
Fax (372) 646 02 45
E-mail: einfo@koda.ee
URL: http://www.koda.ee

HRVATSKA

Mediatrade Ltd
Pavla Hatza 1
HR-10000 Zagreb
Tel. (385-1) 481 94 11
Fax (385-1) 481 94 11

MAGYARORSZÁG

Euro Info Service
Szt. István krt.12
III emelet 1/A
PO Box 1039
H-1137 Budapest
Tel. (36-1) 329 21 70
Fax (36-1) 349 20 53
E-mail: euroinfo@euroinfo.hu
URL: http://www.euroinfo.hu

MALTA

Miller Distributors Ltd
Malta International Airport
PO Box 25
Luqa LQA 05
Tel. (356) 66 44 88
Fax (356) 67 67 99
E-mail: gwirth@usa.net

NORGE

Swets Blackwell AS
Hans Nielsen Hauges gt. 39
Boks 4901 Nydalen
N-0423 Oslo
Tel. (47) 23 40 00 00
Fax (47) 23 40 00 01
E-mail: info@no.swetsblackwell.com
URL: http://www.swetsblackwell.com.no

POLSKA

Ars Polona
Krakowskie Przedmiescie 7
Skr. pocztowa 1001
PL-00-950 Warszawa
Tel. (48-22) 826 12 01
Fax (48-22) 826 62 40
E-mail: books119@arspolona.com.pl

ROMÂNIA

Euromedia
Str.Dionisie Lupu nr. 65, sector 1
RO-70184 Bucuresti
Tel. (40-1) 315 44 03
Fax (40-1) 312 96 46
E-mail: euromedia@mailcity.com

SLOVAKIA

Centrum VTI SR
Nám. Slobody, 19
SK-81223 Bratislava
Tel. (421-7) 54 41 83 64
Fax (421-7) 54 41 83 64
E-mail: europ@tbb1.sltk.stuba.sk
URL: http://www.sltk.stuba.sk

SLOVENIJA

GV Zalozba
Dunajska cesta 5
SLO-1000 Ljubljana
Tel. (386) 613 09 1804
Fax (386) 613 09 1805
E-mail: europ@gvestnik.si
URL: http://www.gvzalozba.si

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS
100, Yil Mahallessi 34440
TR-80050 Bagcilar-Istanbul
Tel. (90-212) 629 46 89
Fax (90-212) 629 46 27
E-mail: aktuel.info@dunya.com

ARGENTINA

World Publications SA
Av. Cordoba 1877
C1120 AAA Buenos Aires
Tel. (54-11) 48 15 81 56
Fax (54-11) 48 15 81 56
E-mail: wpbooks@infovia.com.ar
URL: http://www.wpbooks.com.ar

AUSTRALIA

Hunter Publications
PO Box 404
Abbotsford, Victoria 3067
Tel. (61-3) 94 17 53 61
Fax (61-3) 94 19 71 54
E-mail: jpdavies@ozemail.com.au

BRESIL

Livraria Camões
Rua Bittencourt da Silva, 12 C
CEP
20043-900 Rio de Janeiro
Tel. (55-21) 262 47 76
Fax (55-21) 262 47 76
E-mail: livraria.camoes@incm.com.br
URL: http://www.incm.com.br

CANADA

Les éditions La Liberté Inc.
3020, chemin Sainte-Foy
Sainte-Foy, Québec G1X 3V6
Tel. (1-418) 658 37 63
Fax (1-800) 567 54 49
E-mail: liberte@mediom.qc.ca

Renouf Publishing Co. Ltd
5369 Chemin Canotek Road, Unit 1
Ottawa, Ontario K1J 9J3
Tel. (1-613) 745 26 65
Fax (1-613) 745 76 60
E-mail: order.dept@renoufbooks.com
URL: http://www.renoufbooks.com

EGYPT

The Middle East Observer
41 Sherif Street
Cairo
Tel. (20-2) 392 69 19
Fax (20-2) 393 97 32
E-mail: inquiry@meobserver.com
URL: http://www.meobserver.com.eg

MALAYSIA

EBIC Malaysia
Suite 45.02, Level 45
Plaza MBf (Letter Box 45)
8 Jalan Yap Kwan Seng
50450 Kuala Lumpur
Tel. (60-3) 21 62 92 98
Fax (60-3) 21 62 61 98
E-mail: ebic@tm.net.my

MÉXICO

Mundi Prensa México, SA de CV
Río Pánuco, 141
Colonia Cuauhtémoc
MX-06500 México, DF
Tel. (52-5) 533 56 58
Fax (52-5) 514 67 99
E-mail: 101545.2361@compuserve.com

SOUTH AFRICA

Eurochamber of Commerce in South Africa
PO Box 781738
2146 Sandton
Tel. (27-11) 884 39 52
Fax (27-11) 883 55 73
E-mail: info@eurochamber.co.za

SOUTH KOREA

The European Union Chamber of Commerce in Korea
5th Fl, The Shilla Hotel
202, Jangchung-dong 2 Ga, Chung-ku
Seoul 100-392
Tel. (82-2) 22 53-5631/4
Fax (82-2) 22 53-5635/6
E-mail: eucck@eucck.org
URL: http://www.eucck.org

SRI LANKA

EBIC Sri Lanka
Trans Asia Hotel
115 Sir Chittampalam
A. Gardiner Mawatha
Colombo 2
Tel. (94-1) 074 71 50 78
Fax (94-1) 44 87 79
E-mail: ebicsl@slnet.ik

T'AI-WAN

Tycoon Information Inc
PO Box 81-466
105 Taipei
Tel. (886-2) 87 12 88 86
Fax (886-2) 87 12 47 47
E-mail: euitupe@ms21.hinet.net

UNITED STATES OF AMERICA

Bernan Associates
4611-F Assembly Drive
Lanham MD 20706-4391
Tel. (1-800) 274 44 47 (toll free telephone)
Fax (1-800) 865 34 50 (toll free fax)
E-mail: query@bernan.com
URL: http://www.bernan.com

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

Bitte wenden Sie sich an ein Büro Ihrer Wahl/Please contact the sales office of your choice/Veuillez vous adresser au bureau de vente de votre choix
Office for Official Publications of the European Communities
2, rue Mercier
L-2985 Luxembourg
Tel. (352) 29 29-42455
Fax (352) 29 29-42758
E-mail: info-info-opoce@cec.eu.int
URL: publications.eu.int

2/2002

16 17 5 TD-AC-02-001-NO-C

Om EONN

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er et av 12 desentraliserte byråer som er opprettet av Den europeiske union for å utføre spesialisert teknisk eller vitenskapelig arbeid.

Senteret ble opprettet i 1993 og har vært i drift siden 1995 og har som hovedmål å levere 'objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon på europeisk nivå om narkotika og narkotikamisbruk og konsekvenser av dette'. Gjennom den statistiske, dokumentariske og tekniske informasjonen som EONN samler inn, analyserer og utbrer, gir senteret publikum – enten det nå er politikere, fagfolk i felten eller europeiske borgere – et samlet bilde av narkotikafenomenet i Europa.

Senterets viktigste oppgaver er å

- samle inn og analysere eksisterende data,
- forbedre metoder for sammenligning av data,
- utbre informasjon og
- samarbeide med europeiske og internasjonale organisasjoner og med land som ikke er medlemmer av EU.

EONN på internett

En interaktiv online-utgave av årsrapporten for 2001 er også lagt ut på 12 språk på http://annual report.emcdda.eu.int. Her finnes lenker til datakilder, rapporter og bakgrunnsmateriale som er brukt i sammenstillingen av denne rapporten.

På EONNs nettsted kan du også få detaljert informasjon om bruken av narkotika i Europa, publikasjoner som kan lastes ned på EUs 11 offisielle språk samt norsk, lenker til spesialiserte narkotikainformasjonssentre i Europa og andre steder og gratis tilgang til spesialiserte databaser.

KONTORET FOR DE EUROPEISKE FELLESSKAPS
OFFISIELLE PUBLIKASJONER

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-134-2

9 789291 681341