



emcdda.europa.eu

Cocaine and 'base/crack' cocaine

EMCDDA 2001 selected issue

In EMCDDA 2001 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union

Utvalgte aspekter

Dette kapittelet omhandler tre aspekter ved narkotikaproblemet i Europa, nemlig kokain og kokainbase/crack, smittsomme sykdommer og syntetiske stoffer.

Kokain og kokainbase/crack

Det er økende bekymring i EU om den tiltagende bruken av kokain, men trendene i bruken av kokain og konsekvenser av kokainmisbruk i EU er vanskelige å verifisere. For det første gjenspeiler f.eks. ikke nasjonale data fra undersøkelser eller behandlingssentre verken endringer i utbredelse, problemer som oppstår i geografisk avgrensede strøk i bestemte byer eller endringer konsentrert til et bestemt sosialt miljø. For det annet mangler nyere informasjon om kokain ofte klare, vitenskapelige definisjoner – for eksempel skiller informasjonssystemene sjelden 'kokainbase/crack' fra kokainhydroklorid eller mellom de ulike 'kokainbase/crack'-produktene. De ulike formene for kokain har forskjellige markeder og forskjellige bruksmønstre og fører til forskjellige problemer, som alle må bli forstått om man skal kunne utforme en effektiv politikk og iverksette effektive tiltak for å redusere etterspørselen.

Utbredelse, mønstre og problemer

Utbredelse

Verken generelle befolkningsundersøkelser eller skoleundersøkelser avdekker noen generell økning i bruken av kokain i EU. Bare i Storbritannia er økningen i utbredelsen av langtidserfaring av kokain blant unge voksne i alderen 16-29 år blitt bekreftet. Italias nasjonale knutepunkt rapporterer at en rekke kilder i Italia viser at bruken av kokain ligger på annenplass etter cannabis, foran amfetamin og 'ecstasy'.

En europeisk skoleundersøkelse fra 1999 viser at eksperimentell bruk av kokain (utbredelse av langtidserfaring) blant skoleungdom i alderen 15-16 år fremdeles er lav og mye lavere enn for cannabis. Alle medlemsstatene i undersøkelsen rapporterte at kokain var vanskeligere å få tak i enn 'ecstasy', selv om det var betydelige forskjeller mellom landene. Kokain rapporteres som lett tilgjengelig

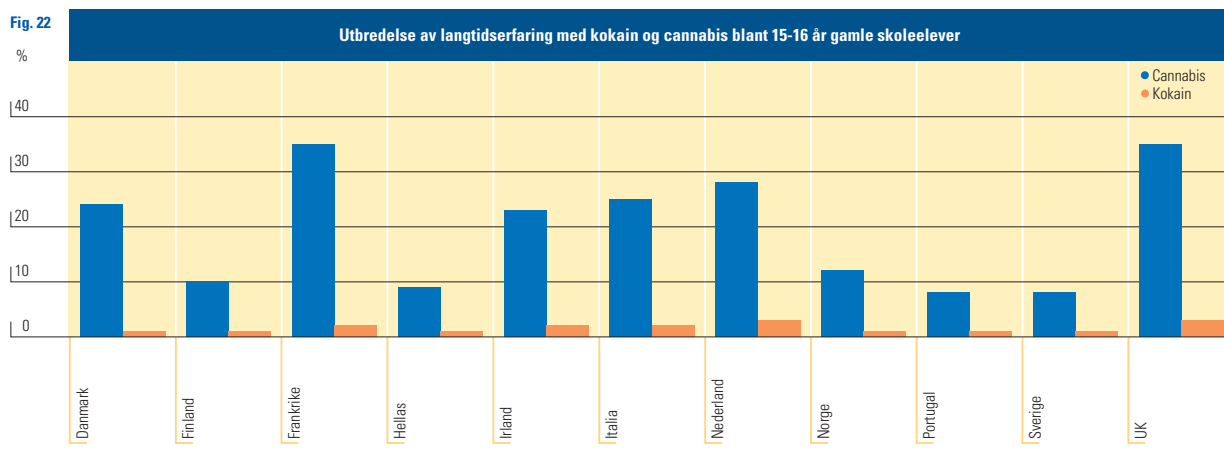
av flest 15-16-åringer i Irland og Storbritannia (henholdsvis 21 % og 20 %) og færrest i Finland (6 %). I alle EU-landene i undersøkelsen var imidlertid tilgjengeligheten av kokain betydelig lavere for denne aldersgruppen enn for samme aldersgruppe i USA (2). Motviljen mot kokainbruk er veldig høy og mer eller mindre like sterk i alle landene i undersøkelsen og omtrent like sterk som motviljen mot heroin.

Hva er kokain og crack?

Kokain er et sentralstimulerende stoff som utvinnes av bladene på busken *Erythroxylon coca*. Det ble utviklet for å behandle en lang rekke sykdommer på midten av 1800-tallet. Det kjemiske navnet på stoffet er kokainhydroklorid, og det selges vanligvis 'på gaten' i form av et krystallinsk pulver under gatenavn som f.eks. 'coke', 'snow' og 'Charlie'. Det tas vanligvis gjennom nesen, noe sjeldnere oppløst i vann og injisert.

'Base/crack' er gatebetegnelsen på kokain som er behandlet slik at det kan røykes eller dampene kan inhaleres, noe som gir en øyeblikkelig og intens virkning. Det finnes minst tre måter å framstille 'base/crack' på (1). Den ene metoden gir et rent produkt – man tilsetter varmt vann og ammoniakk eller natriumbikarbonat og fjerner det overskytende væskelaget som inneholder tilsetningsstoffene. En annen metode gir lavere kokainkonsentrasjon – kokapasta og natriumkarbonat varmes opp i mikrobølgeovn, og alle tilsetningsstoffene blir værende i sluttproduktet.

Man skiller vanligvis mellom kokain og 'base/crack' etter fysisk utseende og renhet, men bildet kompliseres av at enkelte produkter av 'kokainbase/crack' ser ut som kokainhydroklorid.



Kilde: Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), 1999.

Mønstre

Selv om ingenting dramatisk har skjedd i befolkningen generelt på nasjonalt plan, er utbredelsen av kokainbruk større i visse sosiale miljøer. Tidligere forskning på kokainbrukere har vist at det er skarpe skiller mellom rekreasjonsbrukere av kokainpulver (hydroklorid), misbrukere av 'base/crack' og brukere som injiserer kokain. Det er stor spredning i mønstrene for rekreasjonsbruk av kokainpulver mellom dem som går på nattklubb og er i 'dance'-miljøer, og dem som bruker kokainpulver av sosiale årsaker eller fordi de finner en viss nytte i det. Rekreasjonsbrukerne skiller seg fra de marginaliserte gruppene – hjemløse unge, sexarbeidere og misbrukere av heroin som røyker 'base/crack' eller injiserer kokain blandet med heroin, som holder seg i geografisk avgrensede strøk i bestemte byer. Imidlertid kan den nye trenden med kokainrøyking blant rekreasjonsbrukere og i

nattklubbmiljøer samt nyere endringer i markedet føre til at grensen mellom kokainpulver og 'base/crack' blir utvisket. For det første har fem medlemsstater – Nederland, Frankrike, Hellas, Storbritannia og Italia – rapportert om en ny trend som går ut på at brukerne blander 'kokainbase/crack' med tobakk i en 'joint' for å røyke den. For det annet har rettsmedisinske tjenester rapportert at enkelte former for 'kokainbase/crack' har et utseende som fysisk ligner på kokainpulver (hydroklorid), noe som gjør det vanskelig for politiet og uerfarne brukere å se forskjell (8). Og for det tredje er det i Storbritannia funnet indiksjoner på at 'base/crack' som brukes til røyking blir omdannet og solgt under nye navn som f.eks. 'rock' og 'stone' for å skille denne kokainen fra 'base/crack' og sikre den innpass i høyere kretser hvor man helst bruker kokain i pulverform (4).

Tabell 3

	Utbredelse av langtidserfaring (LTP) med kokain i målrettede brukerundersøkelser sammenlignet med befolkningsundersøkelser					
	LTP-clubbers			Jongvolwassenen in totale bevolking		
	% LTP	Utvalgsstørrelse	(År) og kilde	% LTP	Utvalgsstørrelse	År og aldersgruppe
Østerrike	42	50	(1999) Østerrikske 'ravere'	—	—	—
Belgia	45	154	(1998) Rockefestival, fransktalende del av Belgia	—	—	—
Danmark	—	—	—	3,1	14 228	2000 16-34 år
Finland	—	—	—	1,2	2 568	1998 15-34 år
Frankrike	56	896	(1999) 'Techno rave'-fester, 'Médecins Du Monde'	1,9	2 003	1999 15-34 år
Tyskland						
Tidligere vest	—	—	—	2,2	6 380	1997 18-39 år
Tidligere øst	—	—	—	0,4	1 620	1997 18-39 år
Nederland	48	456	(1998) Spørreskjema til klubbgjengere i Amsterdam (svarprosent 23%)	3,7	22 000	1997-1998 15-34 år
Spania				4,8	12 488	1999 15-34 år
Stor-britannia	62	517	(1997) Undersøkelse om 'dop og dance' (1)	6,4	10 293	1998 16-34 år
	18 'crack'	100	(1999) klubbgjengere i Liverpool (2)			
Nord-Irland	45	106	(2000) Ecstasybrukere i Nord-Irland			

(1) Release (1997), «Release Dance and Drugs Survey: an insight into the culture». London.

(2) Henderson, S (2000) Protecting and Promoting the Health of Club-goers in Liverpool: An information campaign evaluation and Market Research Project 1999-2000.

Kilder: Nasjonale knutepunkter og referanser som vist ovenfor.

Utvalgte aspekter

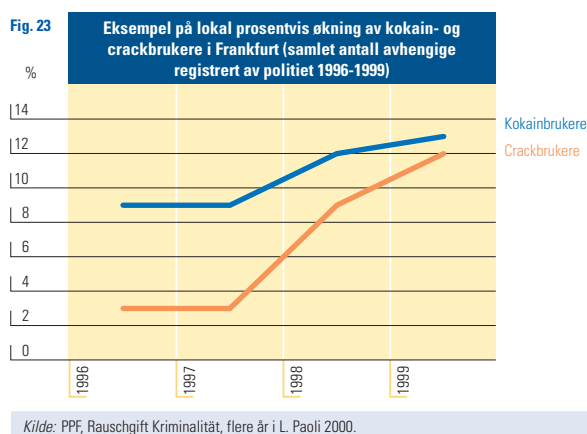
Kokainbruk er mye mer utbredt i undergrupper hvor bruk av andre narkotiske stoffer er vanlig, enn blant unge voksne i befolkningen generelt. Tabell 3 (*Utbredelse av langtidserfaring med kokain i målrettede brukermiljøer*) viser at det er en betydelig forskjell mellom unge som tilhører 'dance-/klubbmiljøer', hvor utbredelsen av langtidserfaring med kokain er relativt høy, og den generelle befolkningen av unge voksne, hvor utbredelsen er mye lavere. Den forholdsvis høye prisen på kokain sammen med den korte virkningen begrenser regelmessig rekreasjonsbruk, og høy disponibel inntekt kan være av vesentlig betydning for regelmessig bruk. I rekreasjons-sammenheng drikker enkelte personer betydelig mer alkohol når de bruker kokain, og kokain gjør folk mer selskapelige ved å moderere de uønskede virkningene av alkohol.

Problemer

Mellom 1994 og 1999 hadde Spania og Nederland en betydelig økning av antallet klienter som søkte behandling for problemer i forbindelse med kokain som hovedrusmiddel – sett i forhold til det totale antallet klienter som søkte behandling. Tyskland, Hellas og Italia hadde også en proporsjonal økning i behandling for kokain, og Irland hadde økning fram til 1998 (22). Storbritannia så vel som både den fransk- og den flamsktalende delen av Belgia rapporterte også en økning. Det finnes lite av sammenlignende forskning på kokainbrukere som søker behandling i EU, og den forholdsvis økningen av klienter som søker hjelp for kokainproblemer kan faktisk skyldes en reell forverring av kokainproblemet, men kan også skyldes at antallet klienter som søker hjelp for opiatproblemer har gått ned eller at tidligere opiatklienter har gått over fra et annet problematisk hovedrusmiddel til kokain. Utbyggingen av tilbud som er mer attraktive for kokainbrukere kan også påvirke behandlingstallene. Enkelte behandlingsinstitusjoner har rapportert at det for klienter som behandles for heroinavhengighet, har vært en økning i kokainbruk, særlig røykt som 'base/crack' eller tatt intravenøst sammen med heroin.

Figur 23 gir et eksempel på lokal økning i antallet brukere av 'base/crack' som ikke gjenfinnes på nasjonalt plan. Frankfurt hadde i perioden 1996-1999 en prosentvis fordobling av antallet 'crack'-brukere blant det totale antall avhengige som var registrert av politiet.

Det skjer sjelden at helsetjenester eller kokainbrukere rapporterer om dødsfall eller helseproblemer som direkte skyldes sniffing av kokainpulver, og ettersom rekreasjonsbrukere har en tendens til å bruke kokain sammen med store mengder alkohol, eventuelt andre narkotiske stoffer,



er det vanskelig å identifisere årsakene til negative erfaringer. Luxembourg, Nederland og Italia rapporterer imidlertid om en økning i antallet narkotikadødsfall, og Spania rapporterer en økning i antallet akuttinnleggelses der kokain er involvert i tillegg til andre narkotiske stoffer. Økt bevissthet blant medisinsk nødhjelpspersonell om kokainets potensielle rolle ved kardiovaskulære forstyrrelser kan føre til høyere rapporteringstall (4).

Det er påvist alvorlige helsemessige, sosiale og psykiske problemer i forbindelse med røyking av 'kokainbase/crack', særlig blant marginaliserte grupper som opiatmisbrukere, ungdommer som er hjemløse eller på annen måte er i en vanskelig situasjon, samt kvinnelige sexarbeidere. I den grad disse problemene direkte skyldes bruk av kokain i denne formen eller hyppighet og mengde eller allerede eksisterende sosiale/psykiske problemer og narkotikaproblemer, er ikke klart.

Marked

I 1999 økte antallet kokainbeslag betydelig i Luxembourg og Sverige mens det gikk ned i Østerrike, Belgia og Danmark. Detaljprisen for ett gram kokain lå på fra 24 euro i byer som Amsterdam og Frankfurt til 170 euro i medlemsstater som Sverige og Finland. I Storbritannia og Frankrike har detaljprisene gått ned, men renheten var fremdeles generelt høy – 55-70 % – fram til slutten av 1999, da Storbritannia hadde en klar nedgang i gjennomsnittlig renhet for crack (10). Geografiske forskjeller i prisen innenfor medlemsstatene er markert. Små kokainmengder, som f.eks. deler av et gram eller som 'balls' eller 'rocks' selges i enkelte byer for mindre enn 15 euro, særlig der hvor narkotika selges på gaten, og kokainkonsentrasjonene kan være betydelig lavere (f.eks. i Frankfurt, Milano, Paris, London, Manchester og Liverpool). Kokain distribueres hovedsakelig gjennom venners venner, men i enkelte byer skjer omsetningen åpent i partymiljøer og på

(22) Figur 15 OL (linjediagram): Kokain: utvikling av antallet nye klienter inntatt til behandling (nettutgaven).

gaten. Bruken av mobiltelefon har gjort det mye lettere å organisere salg og levering hjemmefra, samtidig som mobiltelefonen gir økt beskyttelse (anonymitet) (4,5,6,7).

Det er rapportert om økt tilgjengelighet av ferdigpreparert kokain ('base/crack') til røyking i flere europeiske byer (Amsterdam, Rotterdam, London, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milano og Paris), men metodene for tilberedning av stoffet (og påfølgende kokainkonsentrasjonsnivåer, som kan øke til 100 %) varierer og øker forvirringen i narkotikainformasjonsystemene, og mangelen på vitenskapelige definisjoner for gatebetegnelser som 'crack' og 'base' vanskeliggjør opplæring og forebygging. På gatenivå selges også kokain som allerede er blandet med heroin.

Spania, Belgia og Nederland rapporteres å være viktige transittpunkter for kokain fra Latin-Amerika (særlig Colombia, Brasil og Venezuela) til resten av EU. I 1999 ble seks kokainlaboratorier rapportert ødelagt i Spania, og de påfølgende økningene i engrosprisen på kokain i Spania tilskrives dette.

Intervensjonsprosjekter og nye tilnæringsmetoder

Som svar på den økte misbruken av kokain og 'crack' har EU fastsatt tre hovedtiltak for etterspørselsreduksjon. I løpet av 1990-tallet ble det i noen få byer etablert spesialtjenester som særlig skulle ta seg av primære kokainproblemer og spesielt utsatte grupper, som f.eks. 'Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.' i Frankfurt og 'Take Five' i Rotterdam. Enkelte medlemsstater rapporterer om forsøk på å tilpasse eksisterende strukturer til kokain- og crackmisbrukernes behov. For eksempel blir det i Frankrike og Storbritannia satset på tverrfaglige strategier mellom berørte fagmiljøer for å samle inn og utveksle informasjon om kokain- og crackmisbrukernes behov med sikte på å tilpasse opplæring, eksisterende modeller og behandlingstjenester mer effektivt til disse misbrukernes behov. For det tredje har enkelte medlemsstater sett nødvendigheten av å betrakte kriminalitet og helsekonsekvenser av blandingsbruk i et mer generelt perspektiv.

Det er vanskelig å få fram data om hvilke tiltak den private sektor har iverksatt i forhold til kokainproblemer, men denne sektoren vil nok uansett spille en vesentlig rolle i behandlingen av mer sosialt privilegerte misbrukere.

Eksempler på behandling av kokainproblemer

Få behandlingstiltak er beskrevet i rapportene fra medlemsstatene. Tyskland og Nederland har imidlertid beskrevet intervensjoner spesielt rettet mot kokainproblemer.

I Frankfurt tilbyr ungdomsorganisasjonen 'Jugendberatung und Jugendhilfe e.V.' et behandlingsopplegg mot kokain-

avhengighet som skreddersys til den enkelte klients behov. Den innledende avrusningsfasen varer i noen få dager og skjer enten poliklinisk med psykososial støtte eller som en avgiftningsprosess på sykehus. Neste fase omfatter seks ukers innleggelse, hvor klienten følger et daglig program med gruppemøter og individuell behandling. Restitusjonsfasen varer et par dager og skjer enten poliklinisk eller på sykehus og tar sikte på å gjenopprette eller styrke kontakten og forholdet til familie, slektninger eller partnere.

I Rotterdam har 'Take Five', et behandlingsprogram for tunge brukere av 'base/crack', vært i drift siden 1996. Programmet administreres av den kommunale helsetjenesten og drives som en lavterskeltjeneste. I første fase kontakter gatearbeidere 'base/crack'-brukerne på forskjellige steder, f.eks. der det omsettes stoff, i sprøyterom eller på krisesentre. I andre fase kommer pasienten til et av de døgnåpne sentrene som tilbyr støtte og tilgang til allmennpraktiker og psykiater etter behov. Målet med tredje fase er å stabilisere klientens helse og starte rehabiliteringen. Rotterdam-forsøket rapporterer at akupunktur er meget populært blant klientene for avslapning.

'Policy'-spørsmål

EU har et marked av rekreasjonsbrukere med god inntekt som enten vet at innholdet i 'ecstasy'-tabletter kan være usikkert og kjenner til farene for akutte og langsiktige helse- og risikofaktorer som er relatert til 'ecstasy', eller som er lei av tidligere erfaringer med MDMA og de ubehagelige ettervirkningene i de påfølgende dagene. Forskning viser at rekreasjonsbrukere av kokain betrakter kokain som et mer forutsigbart, allsidig og mindre iøynefallende stoff enn 'ecstasy', og ettervirkningene av kokain anses som mindre alvorlige og ubehagelige og varer en kortere tid enn ettervirkningene av 'ecstasy' og amfetamin (3).

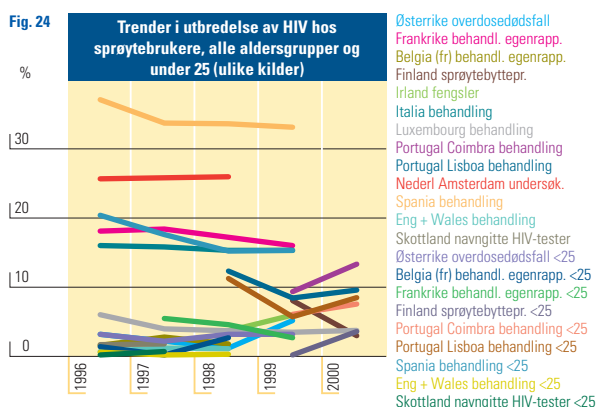
Forskning på kokainbrukere har identifisert klare sosiale skiller og klart atskilte subkulturer mellom de som bruker kokainpulver (hydroklorid) og de som røyker 'base/crack', men det er ikke sikkert at disse skillene vil overleve de pågående endringene i markedet og den nye trenden med å røyke 'kokainbase/crack' blandet med tobakk i 'joints' for rekreasjonsbruk og i partymiljøer. Resultatet av disse endringene kan svekke eksisterende tabuer mot å røyke 'base/crack', som har utgjort en uformell kontrollmekanisme som har forhindret at 'crack' har kommet inn i den generelle helgedopkulturen. Disse tegnene på at den uformelle kontrollmekanismen svekkes, gjør det desto viktigere å gripe tidlig inn.

Et positivt, nyttepreget og populært bilde av kokainpulver og kanskje også av 'kokainbase/crack' kan, sammen med tilstedeværelsen av velstående potensielle brukere, føre til en spredning av bruken av kokain, herunder 'base/crack', i EU. Denne potensielle spredningen bør behandles med varsomhet ettersom skjev nyhetsdekning om 'base/crack' kan føre til at det skapes myter rundt bruken av kokain, noe som kan avlede oppmerksomheten fra vedvarende strukturelle problemer som de indre byområdene står overfor.

Kilder

Rapporter for 2000 fra de nasjonale knutepunktene

- (1) The Forensic Science Service, *Drug abuse trends*, No 9, Metropolitan Forensic Science Laboratory, London 1999.
- (2) The 1999 ESPAD report, se side 10 for komplett referanse.
- (3) A. Boys o.a., *Cocaine Trends: A qualitative study of young people and cocaine use*, National Addiction Centre, London, 2001.
- (4) A. Ghuran og J. Nolan. 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, 2000, pp. 627-633.
- (5) K. Brain, H. Parker og T. Bottomley, *Evolving Crack Cocaine Careers: New users, quitters and long-term combination drug users in NW England*, University of Manchester, 1998
- (6) L. Paoli, Pilot project to describe and analyse local drug markets: First-year report to the EONN, Max Planck Institute, Freiburg, 2000.
- (7) P. Blanken, C. Barendregt, L. Zuidmulder, 'Retail level drug dealing in Rotterdam' in *Understanding and responding to drug use: the role of qualitative research*, EMCDDA Scientific Monograph Series No 4, 2000.
- (8) *Drug Abuse Trends*, Issue, No 10 New Series October/December 1999.
- (9) D. Hartman & A. Golub, 'The social construction of the crack epidemic in the print media' *Journal of Psychoactive Drugs*, Vol. 31 (4) 1999
- (10) Home Office *Statistical bulletin* 2000.



Kilde: Nasjonale knutepunkter.

For primære kilder, se supplerende statistiske tabeller på <http://www.emcdda.org>.

Smittsomme sykdommer

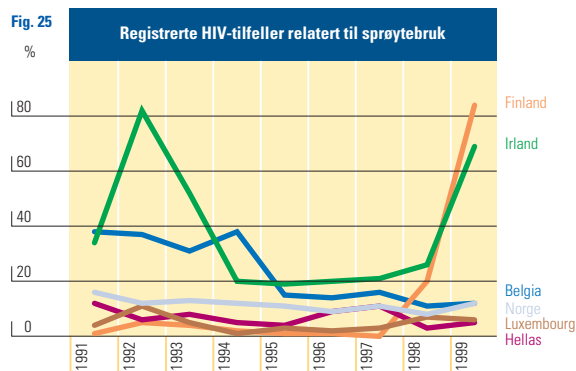
Utbredelse og trender

HIV

Utbredelsen av HIV varierer mye mellom landene, og innenfor hvert land mellom regioner og byer. Selv om ulike kilder og datainnsamlingsmetoder vanskeliggjør sammenligninger, viser tilgjengelige data at gjennomsnittlig smittenivå blant ulike undergrupper av sprøytebrukere varierer fra rundt 1 % i Storbritannia til 32 % i Spania (se figur 8, kapittel 1).

Utbredelsen av HIV synes å være stabilisert i de fleste landene siden midten av 1990-årene etter å ha gått kraftig ned etter den første store epidemien blant sprøytebrukere på 1980-tallet (se figur 24). I enkelte land (Østerrike, Luxembourg, Irland, Nederland, Portugal og Finland) er det mulighet for at smitten igjen øker blant undergrupper av sprøytebrukere. (Se boks på side 16 kapittel 1.)

Man får et klarere bilde av smitteoverføring i den senere tid ved å se på utbredelsen blant sprøytebrukere i alderen <25. HIV-smitte i denne gruppen må i snitt ha skjedd forholdsvis nylig, ettersom de fleste sprøytebrukere har satt sitt første 'skudd' i 16-20-årsalderen (1), (2). Trendene i denne aldersgruppen er, ut fra tilgjengelige data, mer utpreget enn den generelle utbredelsen og peker noen ganger til og med i motsatt retning. For eksempel hadde Finland et stort utbrudd i 1998/1999, som kan ses av antallet rapporterte HIV-tilfeller (figur 25). Etter 1999 gikk den generelle utbredelsen ned, noe som bekreftes av foreliggende data for sprøytebytte (figur 24). Men samtidig har utbredelsen blant unge sprøytebrukere økt fra 0 % i 1999 til rundt 4 % i 2000. Dette kan bety at så snart nye infeksjoner blant eldre sprøytebrukere begynte å gå ned som følge av metning (de fleste som er utsatt for risiko er smittet) og/eller endret atferd hos dem som var utsatt, oppsto nye infeksjoner, hovedsakelig blant yngre sprøytebrukere, som ofte har en mer utpreget risikoatferd.



Merknader: Data for Irland er positive HIV-tester blant sprøytebrukere.
Kilde: De nasjonale knutepunktene.