

2001

Årsberetning om
Narkotikasituationen i
Den Europæiske Union

E.M.C.D.D.A.

Det Europæiske
Overvågningscenter for
Narkotika og
Narkotikamisbrug

Juridisk meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) og er ophavsretligt beskyttet. EMCDDA påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. Publikationen, herunder eventuelle anbefalinger eller meningstilkendegivelser, er, medmindre andet er angivet, ikke udtryk for den politik, der føres af EMCDDA, dets partnere, nogen medlemsstat eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers agenturer eller institutioner.

Yderligere oplysninger om Den Europæiske Union fås på Internet via Europa-serveren: <http://europa.eu.int>

Denne beretning foreligger på dansk, engelsk, finsk, fransk, græsk, italiensk, nederlandsk, norsk, portugisisk, spansk, svensk og tysk. Alle oversættelser er foretaget af Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions organer

Bibliografiske data findes bagest i denne publikation

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, 2001

ISBN 92-9168-089-3

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2001
Gengivelse er tilladt med kildeangivelse

Printed in Belgium



E.M.C.D.D.A.

Det Europæiske
Overvågningscenter for
Narkotika og
Narkotikamisbrug

Rua da Cruz de Santa Apolónia 23-25

P-1149-045 Lisboa

Tlf. (351) 21 811 30 00

Fax (351) 21 813 17 11

E-post: info@emcdda.org

Internet: <http://www.emcdda.org>

Indholdsfortegnelse

Forord	5
Tak til samarbejdspartnere og bidragsydere	6
KAPITEL 1	7
Udbud af og efterspørgsel efter narkotika	7
Stofbrug	7
Stofbrug blandt befolkningen som helhed	7
Problematisk stofbrug	11
Sundhedsmæssige følger af stofbrug	14
Behandlingsefterspørgsel	14
Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme	16
Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere	16
Indikatorer for retshåndhævelsen	20
Anholdelser for narkotikakriminalitet	20
Stofbrugere i fængsel	20
Indikatorer for narkotikamarkeder: beslaglæggelser, pris, renhedsgrad	21
Heroin	21
Kokain	22
Syntetiske stoffer: amfetaminer, ecstasy og lsd	23
Cannabis	23
KAPITEL 2	25
Initiativer over for brugen af stoffer	25
Politiske og strategiske initiativer	25
På EU-plan	25
På nationalt plan — narkotikastrategier i EU's medlemsstater	25
Særlige initiativer	29
Efterspørgselsbegrænsning	29
Udbudsbegrænsning	34

KAPITEL 3	35
Udvalgte aspekter	35
Kokain og »base/crack«-kokain	35
Udbredelse, mønstre og problemer	35
Markedet	38
Interventionsprojekter og nye tilgange	38
Politiske spørgsmål	39
Smitsomme sygdomme	39
Forekomst og udviklingstendenser	39
Determinanter og konsekvenser	41
Skadereducerende tiltag	43
Syntetiske stoffer	44
Udbredelse af brug	45
Brugsadfærd og -mønstre	45
Stoffers tilgængelighed	46
Behandlingsdata	46
Sundhedsrisici	47
Dødsfald	47
Initiativer	47
Udbudsbegrænsning	48
Nye initiativer og politiske udfordringer	48
KAPITEL 4	51
Narkotikaproblemet i Central- og Østeuropa	51
Situation og tendenser	51
Stofbrugets udbredelse og mønster	51
Behandlingsefterspørgsel	52
Tilgængelighed	52
Politiske og institutionelle initiativer til tackling af narkotikafænomenet	53
Lovgivning	53
National koordinering	54
Nationale strategier og handlingsplaner	54
Hvidvaskning af penge	55
Reitox-knudepunkter	57

Forord

Det er mig en stor glæde at kunne præsentere Det Europæiske Overvågningscenter for Alkohol og Narkotikaovervågnings årsberetning, som er centrets sjette beretning om narkotikasituationen i Den Europæiske Union. Formålet med beretningen er først og fremmest at imødekomme informationsbehovene hos beslutningstagere på nationalt, regionalt og EU-plan.

Beretningen giver et aktuelt billede af narkotikasituationen i Den Europæiske Union og belyser nye tendenser og udviklinger. Udover at give et generelt overblik går beretningen i dybden med en række vigtige emner såsom kokain, smitsomme sygdomme og syntetiske stoffer. Den giver også et generelt overblik over situationen i de central- og østeuropæiske lande.

I år har der kunnet konstateres en markant forbedring i kvaliteten og sammenligneligheden af de oplysninger, der leveres af medlemsstaterne. Ikke desto mindre er det vigtigt, at medlemsstaterne fortsætter indsatsen ikke bare for at forbedre sammenligneligheden af oplysninger inden for alle områder på EU-plan, men også for at sikre en regelmæssig formidling heraf.

I denne sammenhæng er harmonisering af data af stor betydning. Dette må opnås så hurtigt som muligt for at sikre, at oplysningerne om narkotika på EU-plan bliver mere pålidelige og sammenlignelige end hidtil. For at fremme denne proces har EMCDDA udarbejdet en række retningslinjer for en standardiseret gennemførelse i EU af centrets fem epidemiologiske nøgleindikatorer. I det kommende år vil medlemsstaternes spille en vigtig rolle, når det gælder om at sikre den fuldstændige implementering af disse standardiserede indikatorer på nationalt plan.

Det er især værd at bemærke, at information og vurdering er prioriterede områder i EU's narkotikastrategi og handlingsplan (2000-2004). Indsamling og analyse af

oplysninger er netop altid afgørende for at kunne vurdere virkningerne af enhver aktion. EU's handlingsplan understreger endvidere betydningen af at trække på de informationskilder, der findes i Den Europæiske Union, særlig EMCDDA og Europol.

EMCDDA arbejder hårdt for at udfylde sin vigtige opgave som formidler af information. Centret har finjusteret sit arbejdsprogram for 2001-2003 i forhold til de seks målsætninger i EU's narkotikastrategi. Centret deltager endvidere i processen med evalueringen af virkningerne af EU's handlingsplan og har i samarbejde med de nationale knudepunkter, Europol og de nationale narkotikaenheder udviklet passende værktøjer i form af en række variabler, som skal anvendes til fremstilling af to øjeblikksbilleder, og som er tilpasset de seks målsætninger i EU's narkotikastrategi.

Det første øjeblikksbillede vil vise situationen og de tiltag, der er gennemført i 1999 inden vedtagelsen af EU's handlingsplan og vil danne grundlag for en sammenligning med de resultater, der er opnået ved handlingsplanens udløb i 2004. Det andet øjeblikksbillede vil på grundlag af oplysninger fra de samme variabler vise situationen og de tiltag, der vil være gennemført i 2004.

Alle disse tiltag vil tilsammen bidrage til at EMCDDA udfylder sin vigtigste opgave — nemlig at give politiske beslutningstagere et solidt vidensgrundlag for en velfunderet planlægning af narkotikapolitikken.

Georges Estievenart
Administrerende direktør

Tak til samarbejdspartnere og bidragsydere

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

- lederne af de nationale Reitox-knudepunkter og deres personale
- tjenestegrene i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EMCDDA
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — og især Den Horisontale Narkotikagrube — samt Europa-Kommissionen
- Europarådets Pompidou-Gruppe, De Forenede Nationers Program for International Narkotikakontrol, Verdenssundhedsorganisationen (WHO), Europol, Interpol, Verdenstoldorganisationen (WCO) og Centret for Epidemiologisk Overvågning af Aids
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
- Andrew Haig & Associates, grafisk design og layout.



En online, interaktiv version af årsberetningen 2001 er også tilgængelig på www.emcdda.org. Denne version indeholder link til datakilder, rapporter og baggrundsdokumenter, der er anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af denne årsberetning.

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

Dette kapitel giver en oversigt over narkotikaudbuds- og efterspørgselssituationen i EU og beskriver den seneste udvikling og de nyeste tendenser.

Forbedring af dataenes sammenlignelighed — EMCDDA's nøgleindikatorer

At forbedre dataenes sammenlignelighed på tværs af medlemsstaterne er en central opgave for EMCDDA. EMCDDA udvikler og anbefaler metoder og instrumenter med henblik på at indsamle og analysere harmoniserede data af god kvalitet på europæisk plan. EU's handlingsplan for bekæmpelse af narkotikamisbrug (2000-04) opfordrer medlemsstaterne til at levere pålidelig og sammenlignelig information om fem epidemiologiske nøgleindikatorer for stofmisbrug ifølge EMCDDA's anbefalede tekniske værktøjer og retningslinjer. Disse fem nøgleindikatorer er:

- prævalens og mønstre for brugen af stoffer i befolkningen som helhed (befolkningsundersøgelser)
- prævalens og mønstre for problematisk brug af stoffer (statistiske skøn over prævalens/forekomst suppleret med undersøgelser blandt stofbrugere)
- narkotikarelaterede smitsomme sygdomme (prævalens og forekomst af hiv, hepatitis B og C blandt stiknarkomaner)
- narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere (generelle dødsårsagsregistre og særlige registerstatistikker samt kohorteundersøgelser af dødeligheden og dødsårsagerne blandt stofbrugere)
- efterspørgsel efter behandlingstilbud (statistik fra narkotikabehandlingscentre over klienter, der påbegynder behandling)

Stofbrug

Stofbrug blandt befolkningen som helhed

Et skøn over, hvor stor en andel af befolkningen, der bruger stoffer, eller som har eksperimenteret med dem, er grundlæggende for at kunne vurdere narkotikasituationen, udvikle politikker og evaluere dem. Det er nødvendigt at få kendskab til, i hvilke grupper stofbruget er koncentreret, såvel som brugsmønstrene.

Forbrugsmønstre

Cannabis er det ulovlige stof, der anvendes oftest i EU, både hvad angår langtidserfaring (enhver brug i løbet af en persons liv) og nylig brug. Brugen af andre ulovlige stoffer er mindre udbredt.

Langtidserfaringen med cannabis blandt den voksne befolkning (med de 15-64-årige som EMCDDA's standard, dog med nogle nationale forskelle) varierer fra omkring 10 % i Finland til omkring 20-25 % i Danmark, Frankrig, Irland, Nederlandene, Spanien og Det Forenede Kongerige (1).

Andre stoffer er blevet prøvet af langt færre personer. Erfaring med amfetaminer rapporteres af 1-4 % af den voksne befolkning, men op mod 10 % i Det Forenede Kongerige oplyser, at de har prøvet amfetaminer. 0,5-4 % af Europas voksne har prøvet ecstasy og 0,5-3 % kokain. Erfaring med heroin rapporteres generelt af under 1 % af den voksne befolkning, hvilket står i stærk kontrast til stoffets fremtrædende plads blandt narkotikaproblemindikatorerne.

(1) Figur 1 OL: Langtidserfaring med cannabis, amfetaminer og kokain blandt voksne i en række lande målt ved nationale befolkningsundersøgelser (onlineversion).

Metodologi for skøn af stofbrug i befolkningen som helhed

For at få et skøn over brugen af stoffer anvendes generelle befolkningsundersøgelser. 12 medlemsstater har i de senere år gennemført nationale undersøgelser af brugen af stoffer blandt befolkningen som helhed (selv om stikprøven i Luxembourg var lille), og de resterende lande (Italien, Portugal og Østrig) er i færd med at tilrettelægge undersøgelser. Flere lande har allerede gennemført en række nationale undersøgelser, hvor de bruger den samme metodologi (f.eks. Tyskland, Spanien, Sverige og Det Forenede Kongerige), og der er blevet indledt undersøgelsesrækker i Grækenland, Frankrig og Nederlandene. Nogle lande har foretaget flere på hinanden følgende ad hoc-undersøgelser, som i en vis udstrækning er sammenlignelige (f.eks. Danmark, Finland og Frankrig).

De forskellige lande bruger forskellige metoder til dataindsamling og forskellige stikprøvestørrelser og -rammer, der vil kunne øve indflydelse på skønnes præcision og gyldighed. Direkte sammenligninger mellem niveauerne for brug i medlemsstaterne bør foretages med stor forsigtighed, indtil disse spørgsmål er blevet løst, navnlig i de tilfælde, hvor forskellene er små.

EMCDDA har udviklet retningslinjer til forbedring af kvaliteten og sammenligneligheden af befolkningsundersøgelser i EU. Disse retningslinjer omfatter et sæt af fælles kernepunkter, der kan bruges til at indberette data fra eksisterende undersøgelser, eller som kan indføjes i bredere spørgeskemaer og grundlæggende metodiske retningslinjer, og de er gradvis ved at blive implementeret i medlemsstaterne.

Ulovlig stofbrug er koncentreret i nogle grupper af befolkningen — navnlig unge voksne, mænd og byboere. For unge voksne (med de 15-34-årige som EMCDDA-standard med nogle nationale variationer) er tallene for de fleste stoffer indtil det dobbelte eller mere end tallene for hele den voksne befolkning (2) (3).

For eksempel har omkring 15 % af de unge voksne i Finland og Sverige og omkring 28-40 % af de unge voksne i Danmark, Frankrig, Irland, Nederlandene, Spanien og Det Forenede Kongerige prøvet cannabis, mens omkring 1-6 % af de unge voksne har prøvet amfetaminer, ecstasy og kokain (selv om tallene for amfetamin og ecstasy er henholdsvis ca. 16 og 8 % i Det Forenede Kongerige). Tallene for stofbrug er højere blandt mænd, selv om dette varierer fra land til land, og forskellene synes at blive mindre over tid (4).

Befolkningen i byområder rapporterer om større stofbrug end befolkningen i landdistrikter, og forskelle i overordnede nationale tal kan i vidt omfang være betinget af bybefolkningens andel (5).

Oplysninger om langtidserfaring med stofbrug anvendes i stor udstrækning, men er utilstrækkelige til at foretage et skøn over nylig stofbrug, eftersom kategorien omfatter alle dem, der nogensinde har prøvet stoffer, uanset om der kun er tale om en enkelt gang, eller om det var for flere år siden. Nylig brug anses normalt som enhver brug inden for det seneste år (brug inden for de sidste 12 måneder).

1-9 % af voksne europæere rapporterer om nylig brug (udtrykt som brug inden for de sidste 12 måneder). Nylig brug af andre ulovlige stoffer overskrider sjældent 1 % blandt voksne. Unge voksne beretter om højere prævalens, næsten dobbelt så store som hos de voksne. I Irland, Spanien (for kokain) og Det Forenede Kongerige har tallene en tendens til at være noget højere end i andre lande (6).

Udviklingstendenser

Oplysninger om udviklingstendenser for stofbrug kan give nyttige oplysninger om et »øjebliksbillede«. Men indtil nu har kun Tyskland, Spanien, Sverige og Det Forenede

(2) Figur 2 OL: De sidste 12 måneders prævalens af ecstasy og kokain efter aldersgruppe i England og Wales, 1998 (onlineversion).

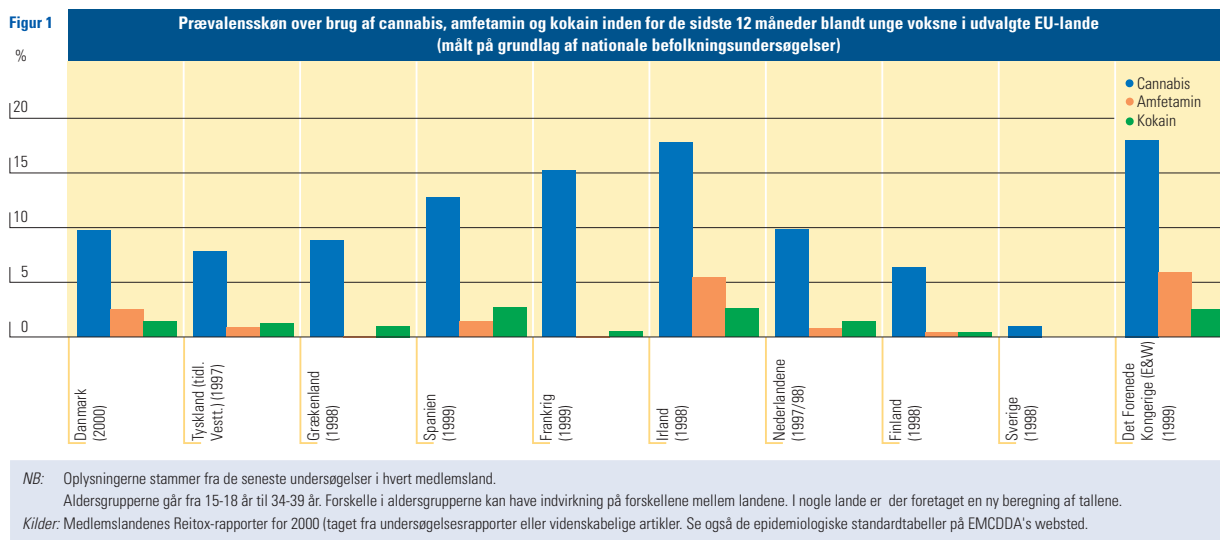
(3) Figur 3 OL: Langtidserfaring med cannabis blandt alle voksne og blandt unge voksne i en række EU-lande målt ved nationale befolkningsundersøgelser (onlineversion).

(4) Figur 4 OL: Langtidserfaring med cannabis blandt voksne (mænd og kvinder) i en række EU-lande målt ved nationale befolkningsundersøgelser (onlineversion).

(5) Figur 5 OL: Langtidserfaring med cannabis blandt voksne i Finland efter urbaniseringsgrad, 1998 (onlineversion).

(6) Figur 6 OL: Langtidserfaring og sidste 12 måneders prævalens for cannabis blandt voksne i en række EU-lande målt ved nationale befolkningsundersøgelser (onlineversion).

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

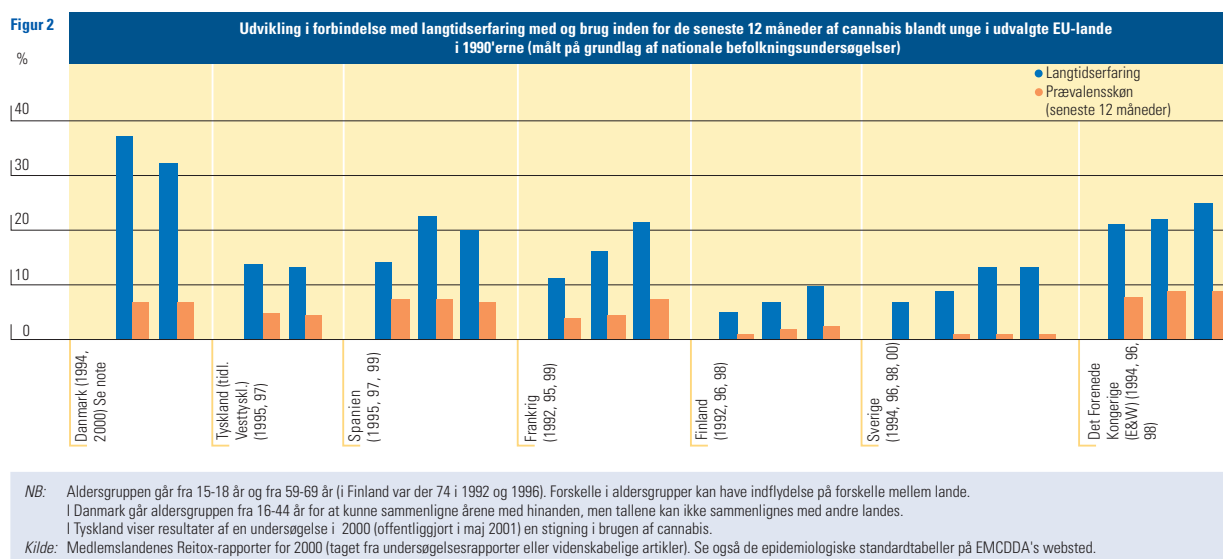


Kongerige gennemført en række sammenlignelige nationale undersøgelser. Andre lande har gennemført flere forskellige undersøgelser, og udviklingstendenserne bør analyseres med forsigtighed.

Langtidserfaringen med cannabis steg i løbet af 90'erne i de fleste lande, hvor der findes oplysninger herom. I nyere undersøgelser beretter mange lande om en relativt ens udbredelse — ca. 20-25 %. I de lande, hvor udbredelsen var lille i begyndelsen af 90'erne (f.eks. Grækenland, Finland og Sverige), synes stigningen at have været forholdsvis større end i de lande, hvor udbredelse fra starten var større (f.eks. Danmark, Tyskland og Det Forenede Kongerige).

En øget langtidserfaring med cannabis indebærer ikke nødvendigvis en lignende stigning i tallene for nylig brug. Brug inden for de sidste 12 måneder er generelt steget meget mindre end langtidserfaring.

Det er vanskeligere at spore tendenserne for brug af andre stoffer. Disse udviklinger har tendens til kun at omfatte relativt begrænsede grupper af befolkningen, men de kan ikke desto mindre have væsentlige indvirkninger på folkesundheds- og narkotikapolitikken. For eksempel er der for de fleste landes vedkommende stadig ikke foretaget en nærmere analyse af den meget omdiskuterede forventede stigning i kokainbrugen. Heller ikke den nylige stigning i brugen af ecstasy — der er veldokumenteret



Stofbrug blandt skoleelever

For unge under 18 år trækker EMCDDA på information fra en sammenlignelig skoleundersøgelse, der omfatter data fra 30 deltagende lande i Europa samt data fra USA. 11 EU-medlemsstater deltog i det seneste skoleundersøgelsesprojekt i 1999 (ESPAD) ⁽¹⁾, der beskriver brugen af tobak, alkohol og andre rusmidler blandt 15-16-årige skoleelever. Belgien, Luxembourg og Spanien gennemførte også skoleundersøgelser i 1998 eller 1999 uafhængigt af ESPAD-undersøgelsen, og resultaterne fra disse er i overensstemmelse med resultaterne fra ESPAD-projektet.

Situation og mønstre

Disse undersøgelser viser, at cannabis fortsat er det hyppigst anvendte ulovlige stof blandt skoleelever. Langtidserfaringen blandt de 15-16-årige skoleelever varierer fra 8 % i Sverige og Portugal til 35 % i Frankrig og Det Forenede Kongerige. I to medlemsstater (Grækenland og Sverige) er langtidserfaringen med inhalationsmidler (flygtige stoffer) større end eller lig med langtidserfaringen med cannabis.

Skoleundersøgelser beretter om en langtidserfaring med amfetamin hos 1-8 % af de 15-16-årige skoleelever, ecstasybrug hos 1-5 %, mens tallene for langtidserfaring med kokain ligger på mellem 1 og 4 %, med Spanien og Nederlandene i den øvre ende, når det gælder brug af kokain.

Et andet mønster viser sig, når der er tale om ulovlig langtidserfaring med beroligende midler (uden recept), hvor Det Forenede Kongerige og Norge med 4 % befinder sig i den nedre ende og Frankrig har den største udbredelse (12 %). Ulovlig langtidserfaring med beroligende midler er højere blandt piger end drenge i Frankrig, Portugal, Italien, Finland og Sverige. Derimod er langtidserfaringen med brug af ulovlige stoffer højere blandt drenge end piger i alle medlemsstater.

Det er værd at bemærke, at sammenlignelige data fra USA viser, at tal for langtidserfaring med en række ulovlige stoffer er højere end i nogen af EU-medlemsstaterne: cannabis (41 %), amfetamin (16 %), ecstasy (6 %) og kokain (8 %).

Der er et negativt forhold mellem udbredelsen af ulovligt stofbrug i et land og den opfattede risiko med hensyn til dette stof, og piger er som oftest mere tilbøjelige end drenge til at betragte ulovlige stoffer som en risiko. Modviljen mod ulovlig stofbrug er gennemgående høj

blandt drenge og piger i alle EU-medlemsstater og ligger på omkring 80 % i gennemsnit, med undtagelse af modviljen mod cannabis, som er lavere og ligger på 70 % i gennemsnit.

Udviklingstendenser

I alle undtagen to af medlemsstaterne (Det Forenede Kongerige og Irland), der deltog i både de tidlige og senere ESPAD-undersøgelser, steg langtidserfaringen med al ulovlig stofbrug mellem 1995 og 1999.

Langtidserfaringen med cannabis

Tallene for 15-16-årige skoleelevers ulovlige stofbrug generelt er i det store og hele bestemt af tallene for cannabis. I de fleste lande er udbredelsen af langtidsbrug af cannabis steget.

I Finland og Norge fordobledes tallene for langtidserfaring med cannabis mellem 1995 og 1999. Der forekom også stigninger i Sverige, Portugal, Danmark og Italien. Der kunne imidlertid konstateres et fald i de to medlemsstater, der havde den største udbredelse af langtidsbrug af cannabis i 1995. I Det Forenede Kongerige faldt tallene mellem 1995 og 1999 fra 41 til 35 % og i Irland fra 37 til 32 %.

Den tilsyneladende mængde af tilgængelig cannabis steg betydeligt i Danmark, Finland, Italien og Norge mellem 1995 og 1999. I Irland og Det Forenede Kongerige forekom der fald i den tilsyneladende mængde af tilgængelig cannabis, men faldet er mindre end faldet i langtidsforekomsten af stofbrug.

Langtidsforekomsten af brug af »andre ulovlige stoffer« (amfetamin, lsd/hallucinogener, crack, kokain, ecstasy og heroin)

ESPAD-undersøgelsen viser også en stigning i langtidsforekomsten af brug af de mindre udbredte kategorier af »andre ulovlige stoffer« i flertallet af medlemsstater, men et stort fald i Det Forenede Kongerige og Irland, hvor den faldt henholdsvis fra 22 til 12 % og fra 16 til 9 %. Stigninger i flertallet af medlemsstater og fald i Det

(1) ESPAD-rapport fra 1999: Alcohol and other drug use among students in 30 European countries, B. Hibell, B. Andersson, S. Ahlström, O. Balakireva, T. Bjarnason, A. Kokkevi, M. Morgan, det svenske råd for information om alkohol og andre rusmidler (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe, december 2000.

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

Forenede Kongerige og Irland bekræfter tendensen til konvergens i mønstrene for stofbrug i medlemsstaterne. Det betydelige fald i Irland og Det Forenede Kongerige tyder på, at dér, hvor stofudbredelsen er størst, er vi ved at opleve en mætning af andelen af 15-16-årige, der er villige til at eksperimentere med ulovlige stoffer.

Langtidsforekomsten af brug af beroligende midler uden recept

Traditionelt har brugen af beroligende midler uden recept været betydeligt større blandt piger end drenge. Mellem

1995 og 1999 viste tallene for piger i Danmark, Italien, Irland og Det Forenede Kongerige betydelige fald på omkring 50 %. Samtidig steg tallene for piger i Finland og Portugal (med henholdsvis 3 % og 2 %), mens tallene faldt for drengene i de to lande.

Langtidsforekomsten af brug af inhalationsmidler

Der var kun små forandringer i langtidsforekomsten af brug af inhalationsmidler undtagen i Sverige og Det Forenede Kongerige, hvor der forekom et fald mellem 1995 og 1999.

blandt grupper af unge — er helt entydig i befolkningsundersøgelser, der omfatter hele befolkningen. Stikprøverne skal være tilstrækkeligt omfattende og analysen rettet mod passende aldersgrupper. En for høj andel af unge bør også tages i betragtning.

Problematiske stofbrug

Generelt synes udbredelsen af problematiske stofbrugere at være størst i Italien, Luxembourg, Portugal og Det

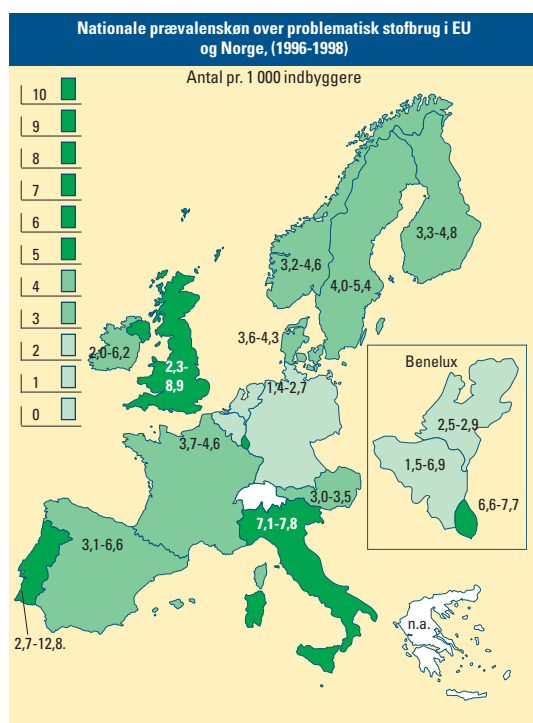
Forenede Kongerige med mellem fem og otte problematiske stofbrugere pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år (her tages gennemsnittet for gruppen inden for et land). Udbredelsen synes at være mindst i Belgien (men disse data refererer kun til stiknarkomaner og er derfor for lave), Tyskland og Nederlandene med to til tre problematiske stofbrugere pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år. Gennemsnitsudbredelsen varierer fra tre og fem problematiske stofbrugere pr. 1 000 indbyggere i aldersgruppen fra 15-64 år i Østrig, Danmark, Finland, Frankrig, Irland, Spanien og Norge. Nogle lande rapporterer om mindre afvigelser i forhold til tallene i 2000 som følge af forbedrede data og skøn. Danmark og navnlig Finland har imidlertid langt højere tal, fordi de har opgivet mindre pålidelige (og i begge tilfælde lavere) skøn.

Prævalensskøn og oplysninger om stofbrugsmønstre er vigtige. Der er dog kun få data om mønstret for stofbrug blandt problematiske stofbrugere, som ikke er under behandling, selv om dette er vigtig information til brug for planlægning af behovet for fremtidig behandling. I de nordlige lande, og navnlig Finland og Sverige, udgør primære amfetaminbrugere flertallet af de problematiske stofbrugere (skønnet til 70-80 % i Finland i 1997). Dette er det modsatte af, hvad der er tilfældet i andre lande, hvor de problematiske stofbrugere for det meste er primære brugere af opiater (men ofte brugere af flere stoffer).

Udviklingstendenser

Selv om det er vigtigt for evalueringen af politikker, er det stadig ikke muligt at beregne prævalens-tendenserne for problematisk stofbrug med de nuværende metoder og den nuværende datakvalitet og -tilgængelighed. Udbredelsen af problematisk stofbrug kan være en yderligere og vigtig måde at måle tendenser på. Udbredelsen er antallet af nye tilfælde på et år, hvor prævalensen er det samlede antal eksisterende tilfælde, nye som gamle.

Figur 3



NB: n.a. = oplysninger mangler. Da der er tale om forskellige metoder og målgrupper, bør forskelle mellem landene tolkes med forsigtighed. For yderligere oplysninger se onlinetabel på www.emcdda.org Oplysningerne for Østrig og Belgien er fra 1995, fra 1999 for Italien og for Portugal fra 1999-2000. Det oprindelige svenske skøn er blevet sat ned med 8 %, således at cannabismisbrugere ikke regnes med, i overensstemmelse med EMCDDA's definition på problematisk stofbrug. Farven på landene angiver middelværdien for skønnene, undtagen for Belgien (middelværdi — 3,0 — og 95 % konfidensinterval). Det belgiske skøn vedrører stiknarkomaner og undervurderer derfor problematisk stofbrug.

Kilde: Reitox-knudepunkterne, 2000.

Sverige: B. Olsson, C.A. Wahren, S. Byqvist: *Det tunga narkotikamissbrukets omfattning i Sverige 1998*, CAN, Stockholm 2001.

Definition og metoder, der anvendes til skøn over problematisk stofbrug

»Problematiske stofbrug« defineres her som injektionsmisbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opiater, kokain og/eller amfetaminer. Denne definition omfatter ikke ecstasy- og cannabisbrugere og dem, som aldrig har brugt — eller kun uregelmæssigt bruger — opiater, kokain eller amfetaminer. Opiater omfatter lægeordnede opiater såsom metadon. De nationale skøn over problematisk stofbrug, der er angivet her for EU og Norge (som også deltog i EMCDDA-projektet om prævalensskøn), vedrører perioden 1996-1998. Østrig (1995) og Belgien (1995) kunne ikke levere skøn for denne periode på grund af mangel på nyere data, som man kunne basere beregningerne på (se figur 3), mens Luxembourg, Portugal og Italien leverede nyere data (1999-2000).

Skønnene er hovedsageligt baseret på statistiske modeller, hvori indgår narkotikarelaterede indikatorer, og som omfatter:

- en multivariat indikator-metode
- capture-recapture
- tre multiplikatorer på grundlag af politidata, behandlingsdata og dødelighed
- en multiplikator-metode på grundlag af en tilbageregning af antallet af intravenøse stofbrugere med hiv/aids

sammen med forekomsten af hiv/aids blandt stiknarkomaner.

De variationer, der fremgår af figur 3, skyldes ofte, at der er anvendt flere metoder. Dermed kan de laveste og højeste tal være opnået ved brug af forskellige metoder både inden for og mellem landene. Metoderne refererer heller ikke altid til den samme målgruppe — f.eks. er stiknarkomaner målgruppe for multiplikator-metoder på grundlag af en tilbageregning af hiv/aids og dødelighed ved overdosis, mens multiplikator-metoder på grundlag af behandlingsdata kun kan bruges på en bredere gruppe af problematiske brugere af opiater.

Fleere lande anvendte flere beregningsmetoder — to (Spanien, Luxembourg og Nederlandene), tre (Tyskland, Frankrig, Irland, Finland og Det Forenede Kongerige) eller endda fire (Italien og Portugal). Andre lande (Belgien, Danmark, Østrig, Sverige og Norge) kunne kun bruge en enkelt metode, mens Grækenland stadig var ude af stand til at levere skøn. Ved anvendelse af flere uafhængige metoder er det muligt at foretage en krydsvalidering af de enkelte skøn, og der er således mulighed for, at de samlede skøn bliver mere pålidelige. Derfor bør der ideelt set anvendes en multimetodisk tilgang, om muligt med årlige beregninger.

Derfor er tendenserne for udbredelsen langt mere følsomme over for epidemiologiske forandringer og tiltag, der kan forhindre nye tilfælde i at dukke op.

Et EMCDDA-projekt har fremlagt nye skøn over udbredelsen af heroinbrug i Belgien, Lissabon, Budapest, London og Amsterdam og antyder, at heroinepidemien har nået disse områder på forskellige tidspunkter (se figur 4; London og Amsterdam mangler).

Figur 5 viser, hvordan heroinepidemier kan forekomme inden for et land, i dette tilfælde Italien, i forskellige regioner på forskellige tidspunkter. Resultaterne tyder også på, at der kan være en indledende (epidemisk) periode med hurtig spredning efterfulgt af en mætningsperiode (dvs. at de mest udsatte personer er blevet heroinbrugere) og en mindre, men konstant yderligere spredning (endemisk situation) — en mekanisme, som er lig den, man kender fra spredningen af smitsomme sygdomme. Dette kan være af afgørende betydning for beslutningstagere, når det gælder om at finde den optimale balance mellem politiske foranstaltninger

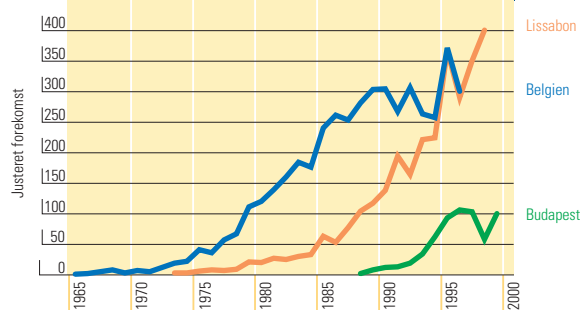
såsom primær forebyggelse, som der bør sættes ind med i tide for at forebygge mod en høj prævalens, og sekundær forebyggelse (behandling af stofbrug og foranstaltninger til begrænsning af narkotikarelaterede skader), som bliver vigtig, når man først har registreret en høj prævalens.

I figur 5 er det bemærkelsesværdigt, at heroinepidemien i Puglia synes at være startet meget tidligere end på Sicilien og i Campania. Puglia, Italiens »hæl«, ligger på en vigtig heroinhandelsvej fra Balkanregionen til Europa, hvilket kan have ført til en tidligere udbredelse af brugen af heroin. Dette bekræfter tidligere resultater baseret på en geografisk analyse af behandlingsdata (EMCDDA's årsberetning for 2000).

Forskellene i prævalensen af stofbrug skyldes mange forskellige faktorer i hvert enkelt land. Eftersom lande med en mere liberal narkotikapolitik (som Nederlandene) og lande med en mere restriktiv tilgang (som Sverige) har ikke meget forskellige prævalensstal, forbliver indvirkningen af nationale narkotikapolitikker (mere liberale over

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

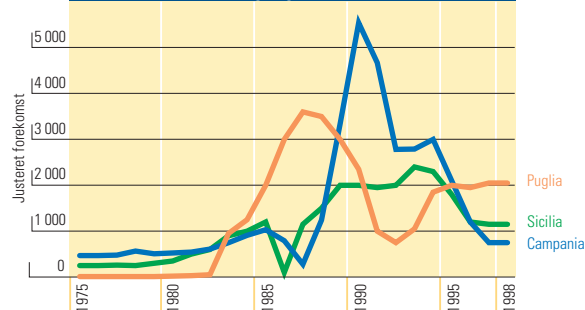
Figur 4 Relativ udbredelse (antal nye tilfælde pr. år) af problematiske brugere af opiat, som meldte sig til behandling eller til socialvæsenet i Belgien, Lissabon og Budapest — skøn på basis af Brookmeyer og Liao-metoden



NB: Med relativ udbredelse menes forekomsten (antallet af nye brugere pr. år) af problematiske opiatbrugere, som melder sig til behandling. Lissabon: Særlig belastet område i Lissabon — brugere, der henvendte sig til socialvæsenet. Belgien: Udsnit af brugere, der søger behandling i den fransktalende del.

Kilde: EMCDDA project, CT99.EP.06: *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. Lisbon 2001. (Coordinated by the University of Rome »Tor Vergata«).

Figur 5 Relativ udbredelse (antal nye tilfælde pr. år) af brugere af opiat, der meldte sig til behandling i de største sydlige regioner i Italien — skøn på basis af Back-beregningemetoden



NB: Med relativ udbredelse menes forekomsten (antallet af nye brugere pr. år) af opiatbrugere, der med tiden melder sig til behandling.

Kilde: EMCDDA project, CT99.EP.06: *Study on incidence of problem drug use and latency time to treatment in the European Union*. Lisbon 2001. (Coordinated by the University of Rome »Tor Vergata«).

for mere restriktive tilgange) på prævalensen af stofbrug og navnlig problematisk stofbrug uklar. Omfattende nationale narkotikapolitikker er imidlertid af stor betydning, når det gælder om at nedbringe de negative konsekvenser af problematisk stofbrug såsom hiv-smitte, hepatitis B og C og dødsfald ved overdosis. Andre faktorer, der kan have indvirkning på prævalensen af problematisk stofbrug, er stoffernes tilgængelighed og pris, arbejdsløshed og fattigdom eller andre samfundsproblemer (krig), et lands aldersstruktur og andelen af by- og landområder. Desuden synes stofbrug at opføre sig epidemisk (se f.eks. figur 4 og 5). Det kan således følge langsigtede epidemiiske cyklusser, der i det store og hele afhænger af den demografiske udvikling, herunder fremkomsten af nye generationer af »udsatte« unge, som aldrig har oplevet de problemer, der er forbundet med alvorligere brugsmønstre. Det er derfor for nærværende ikke muligt at give en forklaring på, at udbredelsen varierer i så høj grad fra en EU-medlemsstat til en anden.

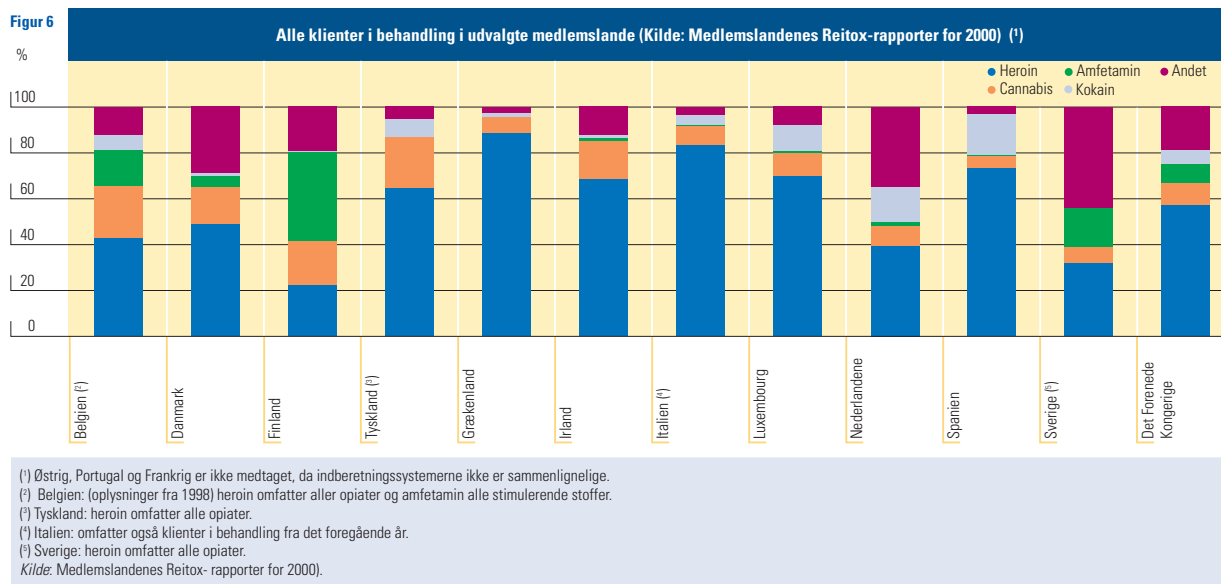
Der findes yderligere kvalitative eller lokale oplysninger om udviklingstendenser i den problematiske stofbrug for enkelte lande eller byer.

I Østrig synes prævalensen af problematisk stofbrug for nærværende stabil i de fleste regioner, selv om gadeplansarbejdere i Wien har registreret et fald i antallet af unge nyankomne på gadeplan. I Frankrig er heroinforbruget generelt faldet, selv om det ikke er klart, hvad dette betyder i forhold til antallet af heroinbrugere, og der er nogle tegn på nye lokale stigninger. I Finland tyder prævalensskønnene for Helsingfors-området for 1995-1997 på, at bruget af hårde stoffer er steget i dette område med

mindst 40 % over to år. Denne stigning var mest udtalt blandt mænd, personer over 26 år og amfetaminbrugere.

I Tyskland finder man primært heroinbrug i storbyområder, og prævalens og antallet af beslaglæggelser i landdistrikter er meget lavere. I de nye delstater er heroinbrug stadig sjældent. Undersøgelser angiver, at heroinbruget kun stiger let eller har stagneret siden 1992, men kokainbruget viser en stabil og ensartet vækst. I Grækenland viser data fra indirekte indikatorer (behandling, dødsfald, lavtærskeltilbud), at den problematiske stofbrug stiger. I Irland er stofbrugerne unge, hvilket afspejler den generelle demografiske situation. Indtil omkring 1996 gik tendensen for heroinbrug mod øget rygning, men på det seneste er den intravenøse brug ved at stige igen. I Italien synes stofbruget at være højere i de nordlige regioner, men det problematiske stofbrug er formentlig mere ligeligt fordelt mellem de nordlige, centrale og sydlige regioner, selv om »risikopopulationen« varierer mellem de geografiske områder. (Den samlede population af 15-54 årige ligger på omkring 32 millioner — 44 % bor i de nordlige regioner, 19 % i de centrale regioner og 37 % i de sydlige regioner) Desuden er der tegn på, at »fritidsbetonet« stofbrug er mere udbredt i de nordlige regioner.

I Luxembourg viste det nationale registreringssystem en markant forøgelse på 42 % nye registreringer mellem 1998 og 1999, men det skyldes primært narkotikalovovertrædere og kan afspejle øget politiaktivitet. Der er en stor andel af ikke-indfødte fra Luxembourg (48 %) blandt de problematiske stofbrugere. Prævalensskønnet viser en opadgående tendens, mens injektionsmisbruget er faldet fra over 90 % til omkring 66 %. I Amsterdam,



Nederlandene, er antallet af heroinbrugere faldet moderat i årenes løb, samtidig med at andelen af stiknar-komaner blandt disse er faldet stærkt. I Portugal er stofbrugsproblemerne størst i og omkring visse områder af Lissabon, Porto, Setubal og Faro. I Spanien er heroinbrug, og navnlig intravenøs heroinbrug, på retur, og samtidig er kokain ved at blive et stort problem. I Sverige er der sket en forøgelse i antallet af svære stofbrugere igennem 90'erne, og heroinbrug bliver stadig mere almindeligt blandt yngre grupper af problematiske brugere. En engelsk rapport fra 1998 viser en stigning i ny heroinbrug blandt unge i de fleste regioner i England siden 1996, mens en undersøgelse i London viser en fordobling af udbredelsen af ikke-injiceret heroinbrug mellem 1991 og 1997.

Sundhedsmæssige følger af stofbrug

Behandlingsefterspørgsel

Karakteristika ved klienter, der søger behandling (såsom sociale karakteristika) og forbrugsadfærd (såsom andelen af stiknarkomaner eller brugere af opiatere) er potentielle indikatorer for de bredere tendenser i den problematiske stofbrug. Der kan imidlertid opstå skævheder som følge af de forskellige metoder, der anvendes i forbindelse med indsamling af information, og forskelle i behandlingstilbuddene landene imellem.

Stoffer

Til trods for forskelle i behandlingspolitikker og registreringspraksis er det muligt at identificere både fælles og landsspecifikke tendenser på tværs af Europa.

I de fleste lande er opiatere hovedstoffet blandt nye klienter, der søger behandling (navnlig heroin). Variationen mellem landene er ret stor — fra 22,4 % i Finland til 84,2 % i Grækenland, men for de fleste lande ligger tallene for mændene mellem 50 og 70 %. Bortset fra heroin er de andre hovedstoffer, der søges behandling for, cannabis (over 15 % i Belgien, Danmark, Finland og Irland) og kokain (navnlig Nederlandene med 15,4 % og Spanien med 17 %). Ecstasy er kun hovedstoffet i relativt få tilfælde, med den højeste procentandel på 8,9 % i Irland. Der findes store forskelle med hensyn til amfetaminer, hvor de højeste tal indberettes af Finland (39 %), Sverige (17 %) og Belgien (15 %).

Udviklingstendenser

Der er identificeret en række fælles tendenser for antallet af nye klienter, der søger behandling — der er et fald i antallet af nye klienter, der søger behandling for heroinbrug, men der er en stigning i antallet, der søger behandling for cannabis- og navnlig kokainbrug. Den største stigning i cannabis-klienter ses i Tyskland (fra 16,7 % i 1996 til 40 % i 1999, selv om det er vigtigt at notere sig, at disse data kun omfatter ambulante enheder) og Irland (fra 20,7 % i 1996 til 29,4 % i 1999) og Danmark (fra 25 % i 1996 til 31 % i 1999), mens den største stigning i kokainbrugere er indberettet af Spanien (fra 21,6 % i 1998 til 30,9 % i 1999) og Nederlandene (fra 14,7 % i 1994 til 23,2 % i 1999).

Disse tendenser bekræftes af data om alle klienter, der har søgt behandling i tidens løb, hvor stigningen i antallet af kokainbrugere er klar, såvel som i sammenligningen af nye og samtlige klienter, der søger behandling i en række medlemsstater. Der ses endvidere en stigning i kokainbru-

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

gen som sekundært stof blandt klienter, der bruger opiater som hovedstof (7) (8). Generelt bruger de klienter, der søger behandling, mere end et stof, og der er identificeret forskelle i enkelte brugergrupper.

Mange lande rapporterer om en stigning i efterspørgslen efter erstatningsbehandling, navnlig blandt gravide kvinder. Det skyldes formentlig, at sådanne behandlingstilbud er blevet mere udbredte.

Injektionsmisbrug og andre former for stofindtagelse

Andelen af stiknarkomaner blandt de klienter, der er under behandling for heroinbrug, varierer markant fra 12,5 % stiknarkomaner i Nederlandene til 72,7 % i Grækenland. I de fleste lande er der konstateret et generelt fald i den intravenøse brug af heroin, selv om det varierer (Irland beretter om det modsatte, nemlig en stigende tendens for intravenøs brug). En sammenligning mellem det samlede antal og antallet af nye klienter, der søger behandling for heroinbrug, synes at bekræfte faldet i den intravenøse brug af heroin (med et gennemsnitligt fald på ca. 10 %) (9).

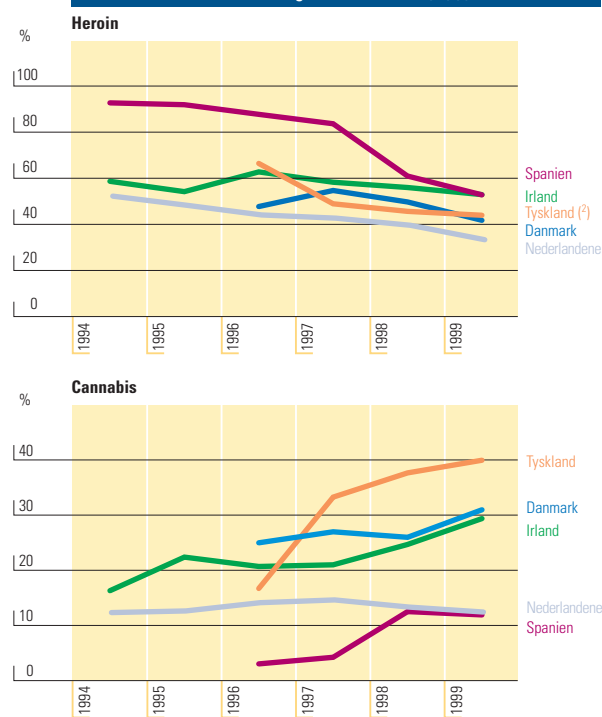
Der er mange faktorer, der kan have betydning for, hvordan stoffet indtages, og de er endnu ikke helt klare eller videnskabeligt bevist, men kan omfatte markedsfaktorer, kulturelle traditioner og forskellige interventioner.

På markedsplan er der tre hovedfaktorer, der kan have indvirkning på den måde, stoffet indtages på: relativ tilgængelighed af rygebar heroin (grundform) eller injicerbar heroin (klorhydrat), heroinprisen (en højere pris fører til øget injektionsmisbrug), heroinens renhedsgrad (en lavere renhedsgrad er forbundet med øget intravenøs brug).

Fra et kulturelt synspunkt er der nogle traditioner, der navnlig er forbundet med etniske mindretal. Blandt undergruppen af surinamere synes det at være modviljen mod at injicere, der gør, at heroinbrugere sniffer eller ryger. Den samme påvirkning har man ikke fundet hos andre undergrupper såsom nordafrikanske brugere i Frankrig eller brugere fra Antillerne, som traditionelt ryger eller sniffer heroin.

Forskellige evalueringsundersøgelser peger også på forholdet mellem forebyggende aktiviteter (tilbud og information om risici ved injektionsmisbrug) og ændrede holdninger fra intravenøs brug til snifning eller rygning som en vigtig faktor.

Figur 7 Udvikling i antallet af nye klienter i behandling for brug af heroin og cannabis i udvalgte medlemslande (%) (1)



(1) Enkelte lande er ikke medtaget, da oplysningerne for de udvalgte år ikke er sammenlignelige.
(?) Oplysninger vedrørende opiater.
Kilde: Medlemslandenes Reitox-rapporter for 2000.

Sociale karakteristika

Klienter, der søger behandling, er ofte mænd i 20'erne og 30'erne. Gennemsnitsalderen er 29 for samtlige klienter og 27 for nye klienter. Kvinderne er sædvanligvis yngre end mændene, og de søger behandling ca. et år før mændene. De ældste klienter finder man i Sverige og Nederlandene, mens de yngste forekommer i Irland og Finland, selv om dette i Irlands tilfælde også afspejler den demografiske situation i landet.

Kønsfordelingen varierer, men der er visse lighedstræk mellem de sydlige lande, hvor mændene er i stort flertal (86/14 i Italien, 85/15 i Spanien, 84/16 i Portugal, 84/16 i Grækenland) og de nordlige lande, hvor der er flere kvinder i behandling (70/30 i Irland, 72/28 i Sverige).

De sociale forhold for de klienter, der søger behandling, synes at blive værre, hvad uddannelse og beskæftigelse angår. Flertallet af klienter er koncentreret om byområder, men dette kan også skyldes, at behandlingstilbuddene er dårligere i landdistrikterne.

(7) Figur 7 OL: Udvikling af alle klienter indlagt til behandling for heroin-, cannabis- og kokainbrug (onlineversion).

(8) Figur 8 OL: Samtlige og nye klienter indlagt til behandling for cannabis- og kokainbrug (onlineversion).

(9) Figur 9 OL LM: Andelen af stiknarkomaner blandt klienter indlagt til behandling for heroinbrug i en række EU-lande, 1999-data (onlineversion).

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Der gives en mere detaljeret beskrivelse af dette spørgsmål i kapitel 3: Udvalgte problematikker: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme.

Prævalens og udviklingstendenser

Da de tilgængelige data hidrører fra forskellige kilder (undertiden lokale), kan der kun gives et generelt indtryk af udbredelsen af hiv blandt stiknarkomaner. Der er imidlertid klare forskelle mellem såvel som inden for lande. De tilgængelige data angiver niveauet for intravenøs brug blandt forskellige undergrupper af stiknarkomaner, der i grove træk varierer mellem omkring 1 % i Det Forenede Kongerige og 32 % i Spanien. Dette generelle billede har ikke ændret sig i de seneste år. Men der er ting, der peger på en ny stigning i hiv-smitte blandt (undergrupper af) stiknarkomaner i nogle lande (se boks på næste side).

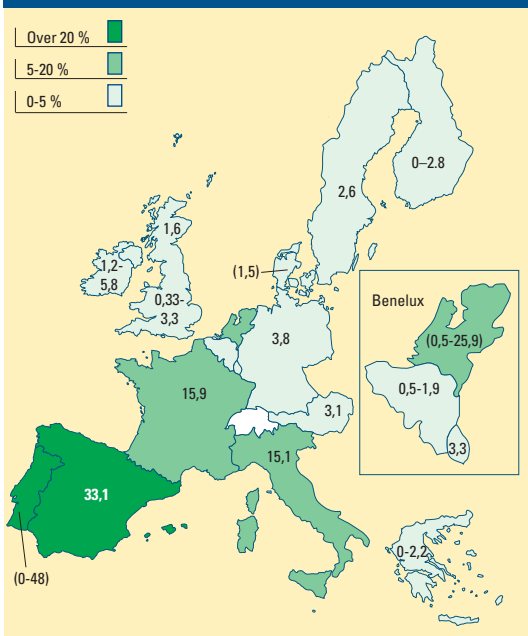
Der er kun få tilgængelige data om udbredelsen af hepatitis C-virus (HCV) blandt stiknarkomaner, og når de er tilgængelige, er de genstand for de samme begrænsninger

som hiv-data. Men det generelle billede er klart — udbredelsen af HCV er meget høj i dataene fra alle EU-landene med smitterater på mellem 40 og 90 % for de forskellige undergrupper af stiknarkomaner (figur 9). Ud fra de foreliggende data ligger tallene for udbredelsen af HCV-smitte blandt stiknarkomaner under 25 år på mellem 20 % (Belgien, behandling, 1998) og over 74 % (Portugal, Coimbra, behandling, 2000) (se figur 7 i kapitel 3: Udvalgte problematikker: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme). Dette lader forstå, at HCV-smitten fortsat ligger på et højt niveau i flere lande, selv om nogle undersøgelser angiver, at indførelsen af forebyggende foranstaltninger kan have reduceret smitteoverførslen (UK).

Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere

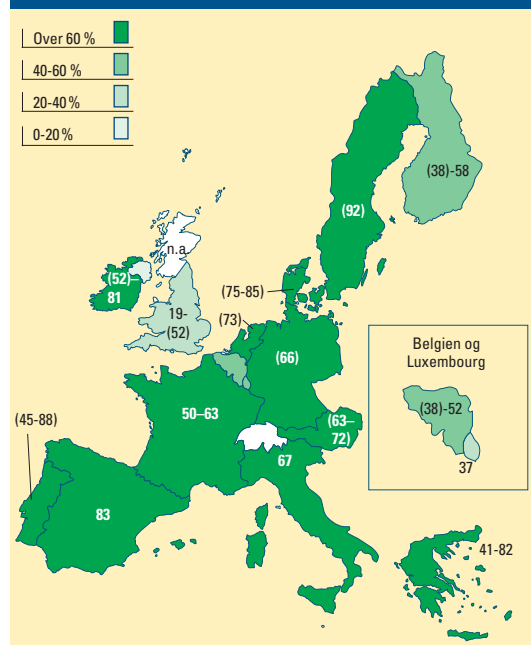
Antallet af akutte narkotikarelaterede dødsfald (overdoser) anvendes undertiden som en forenklet måde til at vurdere et lands narkotikasituation på og til at foretage sammenligninger. Narkotikadødsfald er et socialt og politisk problem, navnlig akutte dødsfald blandt unge.

Figur 8 Udbredelse af hiv-smitte blandt stiknarkomaner i EU-medlemsstaterne, (1996-2000)



NB: Oplysningerne i parentes er lokale. Da der er tale om forskellige kilder og i nogle tilfælde om lokale oplysninger, bør forskelle mellem lande tolkes med forsigtighed. Farven på landene angiver middelværdien for skønnene. Oplysningerne for Spanien, Italien, Frankrig og Tyskland omfatter kun udbredelse af hiv-smitte blandt stiknarkomaner i behandling og er derfor muligvis ikke repræsentative for udbredelse af hiv blandt stiknarkomaner, der ikke er i behandling. For yderligere oplysninger se de statistiske tabeller på www.emcdda.org

Figur 9 Udbredelse af antistoffer mod hepatitis C-smitte blandt stiknarkomaner i EU-medlemsstater, 1996-2000



NB: n.a. = oplysninger mangler. Tallene i parentes er lokale. Da der er tale om forskellige kilder og i nogle tilfælde om lokale oplysninger, bør forskelle mellem lande tolkes med forsigtighed. Oplysningerne for Spanien, Italien, Frankrig og Tyskland omfatter kun udbredelse af HCV-smitte blandt stiknarkomaner i behandling og er derfor muligvis ikke repræsentative for udbredelse af HCV-smitte blandt stiknarkomaner, der ikke er i behandling. Oplysningerne for Luxembourg omfatter kun indsatte stiknarkomaner. Oplysningerne for Det Forenede Kongerige og de høje tal for Irland og Finland er baseret på spyttprøver. Oplysningerne for Frankrig og det høje tal for Belgien er baseret på personligt rapporterede testresultater, som kan være upålidelige. Oplysningerne for Tyskland er fra 1995, og oplysningerne for Sverige fra 1994. For yderligere oplysninger se de statistiske tabeller på www.emcdda.org.

Mulige stigninger i hiv-smitten blandt stiknarkomaner i en række EU-lande

Foreløbige data tyder på stigninger i hiv-smitten blandt undergrupper af stiknarkomaner i nogle EU-lande. Der bør tages højde for de begrænsninger, der ligger i at bruge rutinemæssige data, når ændringer i smitten skal påvises (se kapitel 3, side 39). Stigningen i Irland kan for eksempel til dels skyldes øget testning af injektionsmisbrugere. Det er imidlertid vigtigt nøje at overvåge disse eventuelle stigninger og træffe passende foranstaltninger, hvis dette skulle vise sig nødvendigt. Der kan have været stigninger i hiv-smitten i Østrig, Luxembourg, Irland, Nederlandene, Portugal og Finland.

Østrig er udbredelsen af hiv blandt opiatverdoser steget fra 1 til 5 % i 1999 (fra 3 % i 1996, 2 % i 1997 og 1 % i 1998).

Luxembourg steg antallet af meldte hiv-smittede stiknarkomaner fra 2-3 pr. år i 1995-1997 til 6-7 pr. år i 1998 og 1999.

I Irland tredobledes antallet af positive hiv-tests blandt stiknarkomaner til 69 i 1999 (fra 20-26 pr. år i perioden 1994-1998).

I Portugal hidrører dataene fra lokale kilder. I Coimbra steg udbredelsen blandt stiknarkomaner under behand-

ling fra 9 til 13 % mellem 1999 og 2000, hovedsageligt blandt kvinder, og fra 9,5-18 % blandt de 25-34-årige. Ved en gadeplansundersøgelse blandt 250 hjemløse heroinbrugere i et meget problemfyldt område i Lissabon fandt man en udbredelse på 48 % i 1998/1999.

Finland forekom der en stor stigning i de anmeldte hiv-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere fra 0-5 årlige tilfælde i perioden 1990-1997 til 20 tilfælde i 1998 og 84 tilfælde i 1999. Forekomsten blandt deltagere i sprøjtebytteordninger, der bad om en hiv-test, steg også fra 0 % i 1997 til 3 % i 1998, 8 % i 1999 og faldt atter til 3 % i 2000.

Nederlandene steg hiv-smitten fra 11-22 % mellem 1994 og 1998/1999 blandt stiknarkomaner i byen Heerlan i den sydlige del af Nederlandene.

NB: Stikprøvestørrelser: Østrig 1996-184, 1997-131, 1998-108, 1999-126; Nederlandene Heerlen 1994-161, 1998/1999-116; Portugal Coimbra 1999-227, 2000-106, Lissabon 1998/1999-252; Finland 1997-131, 1998-135, 1999-63, 2000-356.

Kilder: De nationale knudepunkter. Oplysningerne for Lissabon: Valle, H., Rodrigues, L., Coutinho, R., et al., *HIV, HCV and HBV infection in a group of drug addicts from Lisbon*, 7. europæiske konference om de kliniske aspekter af hiv-smitte, 23.-27. oktober 1999, Lissabon, Portugal (sammendrag 866).

Karakteristika ved akutte narkotikarelaterede dødsfald

Baseret på tilgængelig information har det samlede antal af tilfælde indberettet i EU-landene i de sidste fem år (perioden 1994-1999) svinget mellem 7 000 og 8 000. I EU gør opiater sig fortsat gældende i de fleste tilfælde af akutte narkotikarelaterede dødsfald — »overdoser« eller »forgiftninger«⁽¹⁰⁾.

Tilstedeværelsen af andre stoffer såsom alkohol, benzodiazepin eller kokain er almindelig. Tilstedeværelsen af beroligende midler såsom alkohol eller benzodiazepin betragtes som en risikofaktor for opiatoverdosis. Akutte dødsfald med tilstedeværelse af kokain, amfetamin eller ecstasy uden opiater synes ikke at være hyppige i Europa.

Mange opiatdødsfald sker op til tre timer efter brug og muliggør lægelige indgreb. Desuden er andre brugere vidner til mange dødelige og ikke-dødelige overdoser, hvor det burde være muligt at gribe ind — i sådanne

tilfælde er det vigtigt, at brugere ved, hvordan de kan søge effektiv hjælp.

De fleste opiatdødsfald forekommer blandt stiknarkomaner, der er i slutningen af 20'erne eller 30'erne, og sædvanligvis efter flere års brug. Langt størsteparten af dødsfaldene forekom blandt mænd. Som med de klienter, der søger behandling, kan der observeres en aldrende tendens blandt ofrene i mange EU-lande⁽¹¹⁾.

En del kokainrelaterede dødsfald risikerer at gå ubemærkede hen på grund af ofrenes sociale baggrund eller på grund af andre kliniske fund (såsom iskæmiske hjertelidelser eller hjerteflimren). Redningstjenestepersonel bør være klar over dette. Akutte dødsfald, som kun er relateret til brug af ecstasy, synes af være sjældne til trods for den offentlige bekymring, disse forårsagede i midten af 90'erne i en række europæiske lande.

⁽¹⁰⁾ Figur 10 OL: Andel af misbrug af opiater og ikke-opiatholdige stoffer blandt narkotikarelaterede dødsfald, gyldige procentandele baseret på tilfælde med kendt toksikologi (onlineversion).

⁽¹¹⁾ Figur 11 OL: Andel af personer over 30 år blandt narkotikarelaterede dødsfald i en række EU-lande, 1986 og 1999 (onlineversion).

Metode og definitioner for narkotikarelaterede dødsfald

I denne beretning er der sat fokus på akutte narkotikarelaterede dødsfald (overdoser), medmindre andet er angivet.

Direkte sammenligninger mellem lande kan være vildledende, idet antallet af narkotikarelaterede dødsfald ikke blot afhænger af udbredelsen af problematisk stofbrug og risikomønstre (såsom injektionsmisbrug), men også af nationale definitioner og registreringsmetoder. For eksempel anvender Portugal en bred definition, hvorimod Sverige for nylig er gået fra en bred til en mere snæver definition. ⁽¹⁾

Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere er en af EMCDDA's epidemiologiske nøgleindikatorer. Der er blevet udviklet en europæisk standardprotokol til registrering af tilfælde fra generelle dødelighedsregistre og særlige registre — det være sig retsmedicinske registre eller politiregistre. Denne standardprotokol er blevet afprøvet i alle medlemsstater, og et aktivt samarbejde opretholdes med Eurostat og Verdenssundhedsorganisationen. ⁽²⁾

I de tilfælde, hvor definitioner, metoder og registreringskvalitet er konsekvente i et land, kan statistiske oplysninger angive tendenser over tid, og hvis de analyseres korrekt og integreres med andre indikatorer, kan de være værdifulde i forbindelse med overvågningen af mere ekstreme mønstre for stofbrug.

Der bør tages højde for dødsfald, der er indirekte forbundet med stofbrug — dødsfald forbundet med aids, trafikulykker, vold eller selvmord — ved vurderinger af den samlede indvirkning af stofmisbrug, men de kræver andre informationskilder og mere forskningsorienterede metoder.

⁽¹⁾ Boks 1 OL: Definitioner af »akutte narkotikarelaterede dødsfald« i EU-medlemsstaterne som anvendt i EMCDDA's årsberetning og rapporteret i de nationale rapporter (onlineversion).

⁽²⁾ Boks 2 OL: Foreslået EMCDDA-standard til beregning af akutte narkotikarelaterede dødsfald — DRD-standardversion 1 (onlineversion).

Metadon er blevet identificeret i forbindelse med en række narkotikadødsfald, og dets rolle er blevet drøftet i flere europæiske lande. Siden erstatningsbehandling med metadon er blevet ret udbredt i de senere år, sker det hyppigere, at man ved tilfældige toksikologiske undersøgelser finder metadon blandt stofbrugere, der dør som følge af ulykker, aids mv. Af nogle få lokale undersøgelser fremgår det, at enkelte akutte dødsfald kan være forårsaget af metadon, der er kommet ind på det illegale marked, måske fordi ordningerne for udskrivning af recepter er for dårlige. En forbedring af organiseringen af programmerne for erstatningsbehandling med metadon er blevet anbefalet i nogle lande. Til trods for disse problemer viser forskningen, at erstatningsbehandling reducerer risiciene for narkotikarelaterede dødsfald blandt deltagerne i sådanne programmer.

Udviklingstendenser, hvad angår akutte narkotikarelaterede dødsfald

Mange EU-lande oplevede en markant stigning i antallet af akutte narkotikarelaterede dødsfald i anden halvdel af 1980'erne og i begyndelsen af 1990'erne. Men i de senere år har antallet af akutte dødsfald stabiliseret sig på EU-plan som helhed på mellem 7 000 og 8 000 pr. år, og i nogle lande er det endog faldet.

Mange faktorer bidrager formentlig til den seneste stabilisering i antallet af narkotikarelaterede dødsfald. Antallet

af problematiske stofbrugere har stabiliseret sig, og behandlingsdataene angiver, at den mere risikable praksis, f.eks. injektionsmisbrug, også er faldet i nogle lande. Desuden er behandlingstilbudene — herunder substitutionsbehandlingsordningerne — blevet udvidet i mange lande, og lægebehandling i forbindelse med overdoser kan være blevet forbedret.

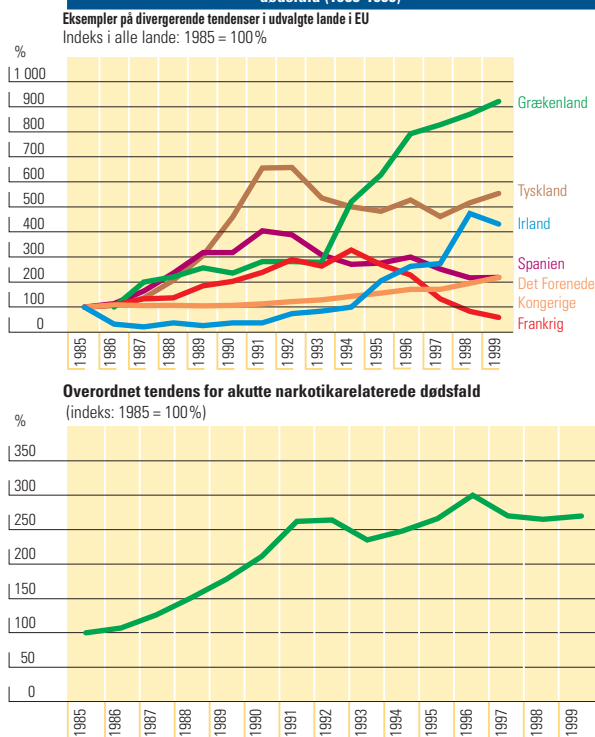
Stabiliseringen stemmer overens med faldet i den samlede dødelighed (i nogle tilfælde også i antallet af dødsfald ved overdosis) blandt grupper af problematiske stofbrugere, som beskrevet nedenfor (afsnittet om dødelighed blandt stofbrugere).

Inden for den overordnede udviklingstendens på EU-plan kan der iagttages forskellige nationale udviklingstendenser:

- Flere lande udviser en generel nedadgående tendens, selv om der er visse svingninger fra år til år, f.eks. Østrig, Frankrig, Tyskland, Luxembourg, Italien og Spanien. Østrig (1999), Tyskland (1999-2000) og Luxembourg (1997-1998) rapporterede om nye stigninger for nylig, men de er ikke så store som tidligere. Denne udvikling må overvåges nøje.
- Nogle lande har rapporteret om en betydelig opadgående tendens indtil for nylig — f.eks.

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

Figur 10 Udviklingstendenser for akutte narkotikarelaterede dødsfald (1985-1999)



NB: Der vises her proportionelle variationer i tallene for 1985. For Grækenlands vedkommende begynder tallene i 1986 for at undgå en fordrøgende virkning.

I nogle lande med en opadgående tendens kan forbedret rapportering være en forklaring på en del af stigningen.

Bemærkninger: Ikke alle lande har kunnet fremlægge oplysninger for alle årene, men det er der taget højde for i analysen.

Kilde: Medlemslandenes Reitox-rapporter for 1999 (taget fra oplysninger fra medlemslandenes dødsårsagsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre). Medlemslandenes Reitox-rapporter for 2000 (taget fra oplysninger fra dødsårsagsregistre i medlemslandene eller særlige registre. Se også de epidemiologiske standardtabeller på EMCDDA's websted.

Grækenland, Irland (der blev iagttaget et fald i 1999) og Portugal. Disse stigninger er formentlig forbundet med en senere vækst i heroinbrugen i 90'erne i disse lande, hvilket kan skyldes den sociale udvikling i landene. Registreringspraksisen kan også være blevet forbedret. Den brede definition af tilfælde, der anvendes, kan delvis have øvet indflydelse på den markante stigning, der er iagttaget for nylig i Portugal.

- Det Forenede Kongerige udviser en moderat, men fortsat stigende tendens. Andre lande har en stabil tendens, eller tendenserne er vanskelige at vurdere på grund af de seneste ændringer i den internationale sygdomsklassifikation (9. til 10. udgave) eller i nationale definitioner.

Der bør foretages sammenligninger af skøn over narkotikarelaterede dødsfald for EU og USA, og de bør fortolkes med yderste forsigtighed. De aktuelle europæiske definitioner af narkotikarelaterede dødsfald er meget forskellige, og den amerikanske definition er meget bredere og omfatter psykoaktive lægemidler. Men

det er alligevel værd at bemærke, at antallet af sager registreret i EU-landene (med 376 millioner indbyggere) når op på omkring halvdelen af, hvad der registreres i USA (med 270 millioner indbyggere). I de senere år har antallet af tilfælde i EU svinget mellem 7 000 og 8 000, mens USA synes at udvise en opadgående tendens fra omkring 13 000 til næsten 16 000 over samme periode (ONDCP, Den nationale narkotikabekæmpelsesstrategi, årsberetning for 2001).

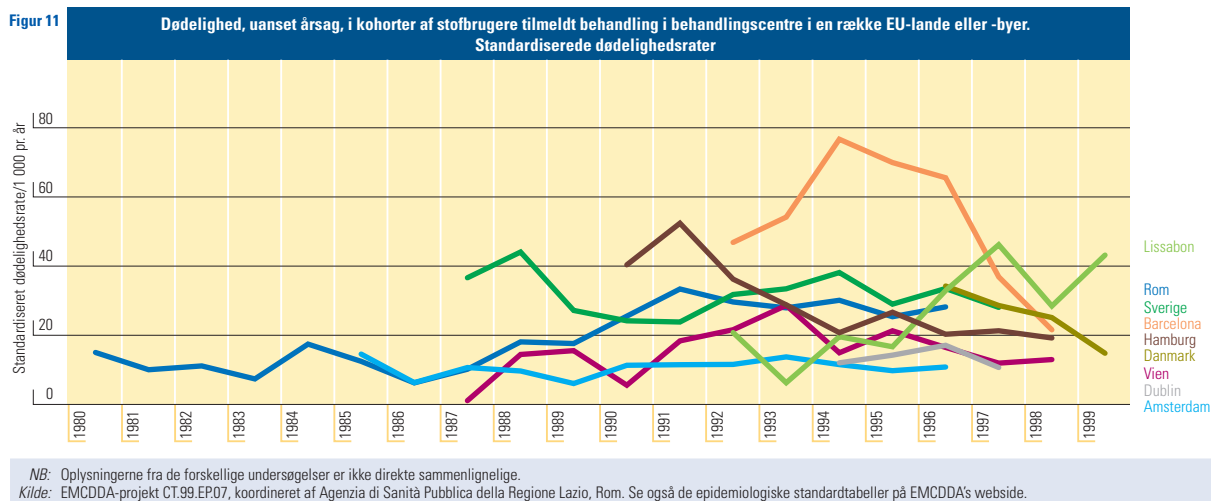
Dødelighed blandt stofbrugere

Problematiske stofbrugere udgør en meget lille andel af befolkningen, men de udgør en uforholdsmæssig stor del af sundhedsproblemerne og har navnlig en meget høj dødelighed.

Opfølgingsundersøgelser, der består i at spore grupper af problematiske brugere (navnlig brugere rekrutteret fra behandlingscentre), foretaget over adskillige år har konsekvent vist, at opiatbrugere har en samlet dødelighedsrate (for alle årsager), som er op mod 20 gange højere end dødelighedsraten for den almindelige befolkning i samme aldersgruppe. Dette kan tilskrives ikke blot overdoser, men også ulykker, selvmord, aids og andre smitsomme sygdomme. Der er også blevet identificeret andre risikofaktorer: Dødeligheden blandt stiknarkomaner er to til fire gange højere end blandt ikke-stiknarkomaner, mens dødeligheden blandt brugere smittet med hiv er to til seks gange højere end blandt ikke-smittede brugere. Blandingsbrug af opiat og andre beroligende midler såsom alkohol eller benzodiazepin kan øge risikoen for overdoser.

Dødeligheden blandt problematiske stofbrugere, som ikke bruger opiat eller ikke injicerer deres stoffer, er synligt lavere, selv om deres sundhedsrisici er vanskeligere at vurdere med præcision. Generelt registrerer traditionelle narkotikabehandlingscentre relativt få og udvalgte tilfælde af tunge kokain- og amfetaminbrugere, og en væsentlig andel af dem synes at være tidligere eller samtidige opiatbrugere, tidligere stiknarkomaner eller socialt udstødte. For disse stofbrugere kan det være nødvendigt at bruge andre metoder og/eller kilder end dem, der anvendes for de traditionelle opiatbrugere.

En undersøgelse, der blev gennemført flere steder og koordineret af EMCDDA, har etableret kohorter ni steder i Europa (byer eller lande), hvor man så vidt muligt har fulgt en fælles protokol udviklet som del af nøgleindikatoren »narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere«. Undersøgelsen viser betydelige forskelle med hensyn til dødelighed og dødsårsager mellem de kellige steder.



Udviklingstendenser i dødeligheden blandt stofbrugere

Ovennævnte EMCDDA-undersøgelse afslører, at dødelighedsraterne flere steder nåede deres højdepunkt i begyndelsen eller midten af 90'erne, og at de er faldet i de senere år (Barcelona, Hamburg, Wien og måske Danmark — som der kun foreligger information for de sidste par år). I Barcelona har dette fænomen været særligt tydeligt. Dødeligheden nåede op på over 50 pr. 1 000 brugere pr. år fra 1992 til 1996, inden den faldt markant, hvilket primært afspejler et fald i aids-dødsfaldene og i mindre grad i dødsfald som følge af overdosis

Indikatorer for retshåndhævelsen

Hvad der defineres som en overtrædelse af den nationale narkotikaloggivning (såsom brug, besiddelse og handel) afspejler forskellene i lovgivning og i politiets ressourcer og prioriteter. Sammenligninger påvirkes af variationer i registreringsprocedurer og definitioner. Men hvor det er muligt, sammenligner man tendenser.

Anholdelser ⁽¹²⁾ for narkotikakriminalitet

Cannabis var stadig i 1999 det mest almindelige stof i forbindelse med anholdelser for narkotikakriminalitet, idet det tegnede sig for fra 45 % af alle narkotikarelaterede anholdelser i Italien til 85 % i Frankrig. I Sverige er amfetaminer en lidt hyppigere årsag til anholdelser end cannabis. I Portugal og Luxembourg er heroin det dominerende stof, mens de fleste narkotikalovovertrædel-

ser i Nederlandene sker i forbindelse med »hårde stoffer« (andre stoffer end cannabis og deraf afledte stoffer).

Flertallet af de indberettede narkotikalovovertrædelser er relateret til stofbrug eller besiddelse af stoffer til eget forbrug, undtagen i Italien, Nederlandene og Spanien, hvor kun ulovlig handel og narkotikasmugling betragtes som overtrædelse af narkotikaloggivningen. Som for de foregående år omfattede de fleste anholdelser i Luxembourg i 1999 både stofbrug og ulovlig handel med stoffer.

Udviklingstendenser

Antallet af »anholdelser« for narkotikalovovertrædelser er steget støt siden 1985 i EU som helhed. Antallet er over syvdoblet i Finland, Grækenland og Portugal, men stigningerne i Danmark, Italien, Nederlandene og Sverige var meget lavere (en fordobling eller mindre).

I de sidste tre år er antallet af narkotikarelaterede »anholdelser« steget i de fleste EU-lande. De højeste stigninger blev indberettet af Grækenland, Irland, Portugal og Spanien. I 1999 var Belgien og Det Forenede Kongerige de eneste lande, der kunne indberette et fald i antallet af narkotikarelaterede »anholdelser« ⁽¹³⁾.

Stofbrugere i fængsel

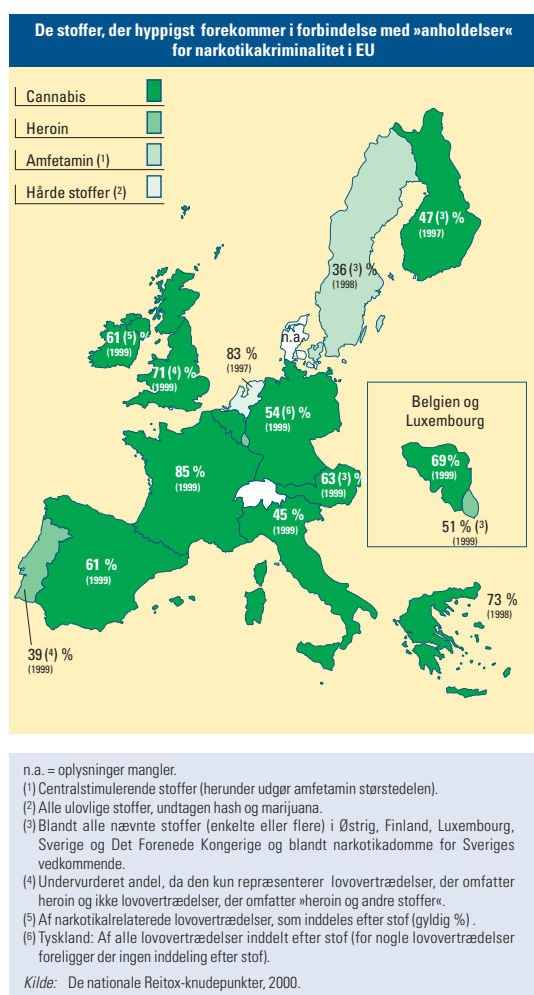
Udbredelsen af stofbrugere blandt indsatte i fængsler anslås hovedsageligt gennem en række ad hoc-undersøgelser udført på lokalt plan. Op mod 90 % af de indsatte beretter om langtidsbrug af et ulovligt stof. Der er

⁽¹²⁾ »Anholdelser« for narkotikakriminalitet defineres forskelligt af medlemsstaterne. Termen kan f.eks. referere til mistænkte lovovertrædere eller til anklager om overtrædelser af narkotikaloggivningen. Nøjagtige definitioner findes i Statistical Bulletin på www.emcdda.org

⁽¹³⁾ Tabel 3 OL: Anholdelser for overtrædelse af narkotikaloggivningen (onlineversion).

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

Figur 12



færre problematiske stofbrugere og/eller stiknarkomaner, men de udgør op mod 50 % af fængselspopulationen i nogle områder (14).

Stofbrug i fængsler indberettes i flere lande. Der er mindre sandsynlighed for, at stiknarkomaner injicerer stoffer i fængslet end ude i samfundet, samtidig med at der er langt større sandsynlighed for, at de deler injektionsudstyr i fængslet.

Indikatorer for narkotikamarkeder — beslaglæggelser, pris, renhedsgrad

De data om narkotikabeslaglæggelser, pris og renhedsgrad, der analyseres nedenfor, er leveret af Reitox-knude-

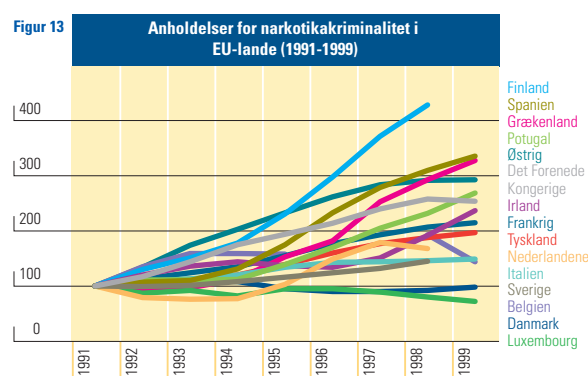
punkterne. Forskellene i forhold til de data, der offentliggøres af Europol, skyldes forskelle i indberetningsprocedurer (15).

Narkotikabeslaglæggelser anses sædvanligvis som indirekte indikatorer for udbud og adgang til narkotika, selv om de også afspejler politiets ressourcer, prioriteter og strategier samt sandsynligheden for, at forskellige stoffer beslaglægges. Tendenser for, hvor store mængder der beslaglægges, kan give et skævt billede, eftersom de kan svinge fra det ene år til det andet som følge af et lille antal af store beslaglæggelser. Antallet af beslaglæggelser er sædvanligvis en mere nyttig indikator for tendenser på gadeplan. Dette skyldes, at de i alle lande omfatter en væsentlig andel af de små beslaglæggelser på markedets detailplan. Når dette er kendt, kan beslaglagt narkotikas oprindelse og destination give et fingerpeg om handelsruter og produktionsområder. Stoffernes pris og renhedsgrad på detailplan indrapporteres af de fleste af medlemsstaterne, men der er ikke mange data herom, og de muliggør ikke nøjagtige sammenligninger. De kan imidlertid give et omtrentligt billede af forskellige stoffers tilgængelighed samt information om adgangen til stoffer på gadeplan.

Heroin

I 1999 blev der beslaglagt over syv tons heroin i EU, heraf en tredjedel i Det Forenede Kongerige. Den heroin, der beslaglægges i EU, kommer hovedsageligt fra Den Gyldne Halvmåne (Sydvestasien: Afghanistan, Pakistan) fulgt af Den Gyldne Trekant (Sydøstasien: Myanmar, Laos,

Figur 13



NB: For definitioner på »anholdelser« henvises til tabellerne på www.emcdda.org. Der er blevet anvendt faktiske værdier for alle lande i 1999 og for Belgien, Finland, Nederlandene og Sverige i 1998, da de tilgængelige oplysninger ikke giver mulighed for at beregne glidende gennemsnit i disse tilfælde. Tallene for 1998 for Grækenland vedrører antal sigtelse.
 Kilder: Reitox-knudepunkterne.

(14) Tabel 4 OL: Fængselsdata (onlineversion).

(15) Tabel 5 OL: Narkotikabeslaglæggelser i EU-landene i 1999 (onlineversion).

15-16-årige skoleelevers adgang til stoffer

Det fremgår af ESPAD-skoleundersøgelserne, at de 15-16-åriges adgang til stoffer er steget mellem 1995 og 1999 i alle deltagende EU-lande ⁽¹⁾ undtagen Irland og Det Forenede Kongerige, hvor den er faldet. I 1999 blev cannabis fundet at være »meget nemt« eller »ret nemt« at få fat i af 20 til 60 % af eleverne, heroin og kokain af 5 til 20 % og amfetaminer og ecstasy af 6 til 38 %. Ulovlige stoffer opfattes typisk som lidt tilgængelige i Finland og ret tilgængelige i Irland, Danmark og Det Forenede Kongerige.

(1) Deltagende EU-lande: Danmark, Finland, Frankrig, Grækenland, Irland, Italien, Portugal, Sverige, Det Forenede Kongerige.

Kilde: ESPAD's rapport fra 1999. Se side 10 for fuldstændige referencer.

Thailand) via Tyrkiet, Balkan og Nederlandene. Men der er indberettet om handel via nordøsteuropæiske lande og navnlig via Rusland.

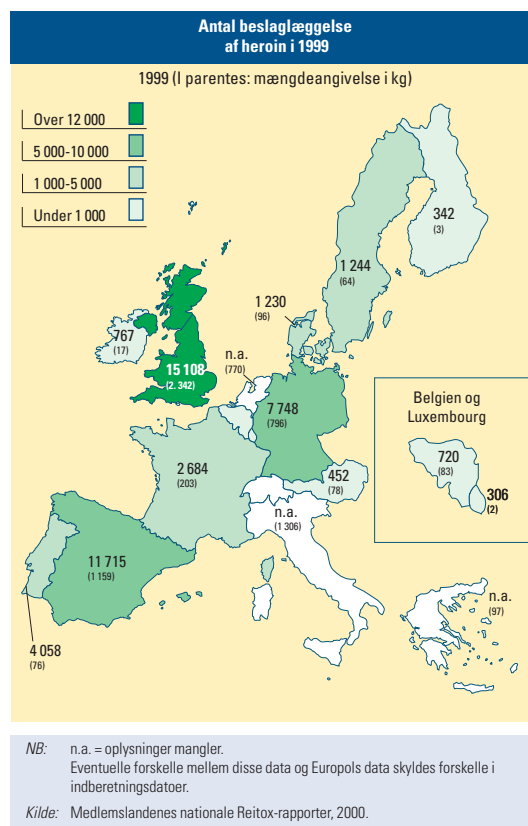
På gadeplan lå heroinpriserne på mellem 30 og 340 EUR pr. gram i 1999 over hele EU. De højeste priser er indberettet af Finland og Sverige. Heroins renhedsgrad varierer typisk fra under 20 til 35 %, men en højere gennemsnitlig renhedsgrad er indberettet af Danmark, Finland og Det Forenede Kongerige.

Udviklingstendenser

For EU som helhed steg antallet af heroinbeslaglæggelser indtil 1991-92 og stabiliseredes derefter. Antallet af heroinbeslaglæggelser er vokset støt i Luxembourg, Portugal og Sverige siden 1985, mens der blev indberettet markante fald siden 1996-97 i Østrig, Belgien, Danmark, Frankrig, Tyskland og Spanien. I de enkelte medlemsstater varierede de beslaglagte mængder i perioden. I 1999 blev der indberettet betydelige fald i mængderne af beslaglagt heroin i Østrig, Frankrig, Grækenland, Irland og Nederlandene, mens der i Italien og Spanien var store stigninger i den beslaglagte mængde heroin.

Prisen for heroin på gadeplan er generelt stabil, selv om Luxembourg, Portugal, Sverige og Det Forenede Kongerige rapporterede om et nyligt prisfald. Heroins renhedsgrad rapporteres at være stabil eller faldende i alle lande undta-

Figur 14



gen Tyskland og Det Forenede Kongerige, hvor den på det seneste har været stigende.

Kokain ⁽¹⁶⁾

Spanien er stadig det land i EU, hvor der foretages flest kokainbeslaglæggelser. Den kokain, der bruges i Europa, kommer fra Latinamerika (og navnlig fra Colombia, Brasilien og Venezuela) via Centralamerika, Spanien og Nederlandene.

Detailprisen for kokain lå på mellem 35 og 170 EUR pr. gram i 1999. De laveste priser fandt man i Belgien og Spanien og de højeste i Finland. Kokainens renhedsgrad er generelt høj, på mellem 55 og 70 % i de fleste af landene, undtagen i Irland, som rapporterede om en gennemsnitlig renhedsgrad på 41 % i 1999.

Udviklingstendenser

Det samlede antal kokainbeslaglæggelser steg fra midten af 80'erne og syntes at stabilisere sig i 1999. Kokainbeslaglæggelserne steg markant i 1999 i Luxembourg og Sverige, mens de faldt i Østrig, Belgien og Danmark.

(16) Figur 12 OL Map: Antal beslaglæggelser af kokain i 1999 (onlineversion).

Udbud af og efterspørgsel efter narkotika

Efter stigninger indtil 1990 stabiliseredes mængderne af beslaglagt kokain, og fra og med 1994 svingede de i opadgående retning. I de senere år er de steget i Frankrig og Sverige og faldet i Grækenland, Irland og Luxembourg.

Kokainpriserne er stabile i de fleste lande, men faldende i Luxembourg, Portugal og UK. Renhedsgraden er generelt stabil, men var dog stigende i Det Forenede Kongerige i 1999.

Syntetiske stoffer: amfetaminer, ecstasy og lsd ⁽¹⁷⁾

I Finland og Sverige er amfetaminer det næstmindeligste beslaglagte stof. Det Forenede Kongerige står for størsteparten af de mængder af amfetaminer, ecstasy og lsd, der beslaglægges i EU.

Der er en omfattende lokal produktion af syntetiske stoffer i Nederlandene, men der berettes også om produktion i andre medlemsstater — Belgien og Det Forenede Kongerige — og i de østeuropæiske lande (Tjekkiet, Estland, Polen).

Ifølge indberetningerne sælges amfetamin til en pris på mellem 5 og 60 EUR pr. gram, mens prisen for ecstasytabletter varierer fra 5 til 25 EUR pr. stk. Syntetiske stoffer er billigere i Belgien og Det Forenede Kongerige. Amfetamins renhedsgrad er meget varierende, fra 3 % i Irland til 55 % i Finland, men den varierer typisk mellem 10 og 20 % i EU. Tabletter, der sælges som ecstasy, indeholder — i 15 til 90 % af tilfældene — ecstasy eller ecstasylignende stoffer (MDMA, MDEA, MDA). Amfetaminer (eller metamfetaminer) findes i 6 til 22 % af tabletterne, men der kan også findes forskellige andre psykoaktive stoffer.

Udviklingstendenser

Beslaglæggelserne af amfetamin har — både i antal og mængder — været stigende siden 1985. I 1999 steg antallet af amfetaminbeslaglæggelser fortsat i Finland og Sverige, mens det i andre lande var stabilt eller faldende. Mængderne af beslaglagt amfetamin nåede deres højdepunkt i 1997-1998 i de fleste af medlemsstaterne.

Antallet af ecstasybeslaglæggelser steg indtil 1996, hvorefter det stabiliserede sig, og det steg atter i 1999 i alle lande undtagen Belgien og Luxembourg. Mængderne af ecstasy, der blev beslaglagt, fulgte samme opadgående

tendens fra 1985 og stabiliserede sig fra 1993 for at nå deres højeste punkt i 1996 og derefter faldt i 1997. De er atter steget siden da i alle medlemsstater undtagen Østrig og Irland. De højeste stigninger blev registreret i Finland, Tyskland, Grækenland, Portugal, Sverige og Det Forenede Kongerige.

Lsd-beslaglæggelser er mindre almindelige. Både antal og mængder steg indtil 1993 og er derefter faldet. I 1999 faldt mængderne fortsat i alle lande undtagen Østrig, Grækenland, Portugal og Det Forenede Kongerige.

Efter betydelige fald i 1990'erne har priserne på amfetamin og ecstasy stabiliseret sig i EU. Der blev imidlertid i 1999 registreret fald i priserne for ecstasy i Portugal og for amfetaminer i Sverige, mens prisen for ecstasytabletter fordobledes i Grækenland. I de senere år er andelen af tabletter, der indeholder ecstasy eller ecstasylignende stoffer, steget i mange lande, mens den er faldet for tabletter, der indeholder amfetaminer (og metamfetaminer).

Cannabis

Cannabis er det mest beslaglagte stof i alle medlemsstater undtagen Portugal, hvor der er flest heroinbeslaglæggelser. Siden 1996 har Spanien beslaglagt de største mængder cannabis. Det Forenede Kongerige beretter om et højere antal cannabisbeslaglæggelser, men de omfatter gennemsnitligt mindre mængder ⁽¹⁸⁾.

Cannabisharpiksen kommer hovedsageligt fra Marokko via Spanien og Nederlandene. Cannabisplanten har sin oprindelse i Afghanistan, Pakistan og Libanon samt i de tidligere kolonier. De fleste medlemsstater beretter om lokal produktion, her kan navnlig peges på produktionen af »nederwiet« ⁽¹⁹⁾ i Nederlandene.

I 1999 varierede detailprisen for cannabis ifølge indberetningerne mellem 3 og 18 EUR pr. gram cannabisharpiks og mellem 3 og 12 EUR pr. gram cannabisblade.

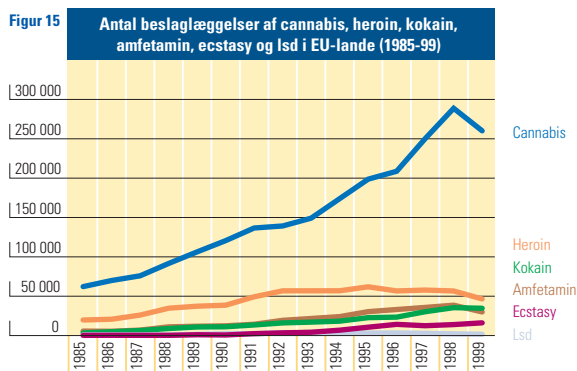
Procentdelen af det psykoaktive stof — delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) — i cannabisharpiksen varierer fra mellem 3 og 15 % i gennemsnit, selv om der er blevet berettet om prøver, der havde et indhold på mellem 0 og 70 % THC i EU. THC-indholdet i cannabisblade er generelt lavere, omkring 2-7 %, med undtagelse af »nederwiet«-cannabis, hvor det er højere (8,6 % i gennemsnit).

⁽¹⁷⁾ Figur 13 OL Map: Antal beslaglæggelser af amfetamin i 1999 (onlineversion).

⁽¹⁸⁾ Figur 14 OL Map: Antal beslaglæggelser af cannabis i 1999 (onlineversion).

⁽¹⁹⁾ »Nederwiet«: Nederlandske cannabisplanter, der dyrkes lokalt i Nederlandene.

2001 Årsberetning om Narkotikasituationen i Den Europæiske Union



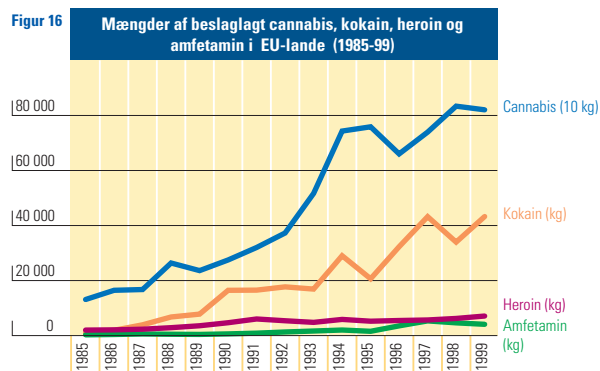
NB: Der foreligger ingen oplysninger for Grækenland; for andre lande (Danmark, Portugal) foreligger der kun oplysninger fra 1988, for Finland fra 1993-1996 og for Nederlandene fra 1997. Antallet af beslaglæggelser i 1999 er sat lavt, da der ingen oplysninger foreligger for Italien og Nederlandene.

Amfetamin: Der foreligger ingen oplysninger fra 1998 for Østrig og Nederlandene og fra 1999 for Italien. Oplysningerne for Belgien fra 1998 og 1999 omfatter også beslaglæggelser af ecstasy.

Ecstasy: De fleste af tallene starter i begyndelsen af 90'erne (undtagen for Frankrig, Italien, Spanien og Det Forenede Kongerige). Der foreligger ingen oplysninger fra 1999 for Nederlandene og Italien. Oplysningerne fra 1998 og 1999 for Belgien omfatter også beslaglæggelser af amfetamin. Oplysningerne for Spanien mellem 1985 og 1994 omfatter også beslaglæggelser af lsd.

Lsd: Der foreligger ingen oplysninger fra 1999 for Finland og Nederlandene.

Kilde: Reitox-knudepunkterne.



NB: Nogle af de beslaglagte mængder er sat lavt, da der ingen oplysninger foreligger. *Amfetamin:* Der foreligger ingen oplysninger for Østrig fra 1998. Fra 1996 omfatter oplysningerne for Belgien både beslaglæggelser af amfetamin og ecstasy i pulverform (amfetamin og ecstasy i pilleform er ikke medtaget her).

Kilde: Reitox-knudepunkterne.

Belgien, Danmark og Det Forenede Kongerige, hvor det faldt. Også mængderne steg, men de stabiliserede sig mellem 1995 og 1997. Siden da rapporterer de fleste lande om en opadgående tendens, selv om der har kunnet konstateres betydelige fald i Østrig, Belgien, Grækenland og Det Forenede Kongerige i 1999.

Udviklingstendenser

Antallet af cannabisbeslaglæggelser er steget støt i EU siden 1985. I 1999 steg det fortsat i alle lande undtagen

Prisen på cannabis er generelt stabil i EU; den er dog faldet i Portugal siden 1997.

Initiativer over for brugen af stoffer

Dette kapitel indeholder en oversigt over udviklingen inden for narkotikapolitikkerne og -strategierne på nationalt plan og EU-plan. Endvidere behandles de initiativer til bekæmpelse af narkotikaproblemet, der er iværksat inden for uddannelses-, sundheds-, social- og strafferetsområdet.

Politiske og strategiske initiativer

På EU-plan

Den Europæiske Unions narkotikahandlingsplan (2000-04)

I juni 2000 godkendte Det Europæiske Råd i Santa Maria da Feira EU's narkotikahandlingsplan som en konkret opfølgning af Den Europæiske Unions narkotikastrategi (2000-04). Strategien fastsætter elleve overordnede mål og seks hovedmål for EU, og handlingsplanen omsætter narkotikastrategiens mål til ca. 100 konkrete aktiviteter, der skal gennemføres af EU inden udgangen af 2004.

De seks hovedmål er:

- i løbet af fem år at opnå en betydelig begrænsning af udbredelsen af narkotikamisbrug og af tilgangen af nye stofmisbrugere, navnlig blandt unge under 18 år
- i løbet af fem år at opnå en betydelig begrænsning af de narkotikarelaterede sundhedsskader (hiv, hepatitis, tuberkulose mv.) og antallet af narkotikarelaterede dødsfald
- i væsentlig grad at øge antallet af vellykkede behandlinger af narkotikamisbrugere
- i løbet af fem år at opnå en betydelig begrænsning af den mængde ulovlig narkotika, der er til rådighed
- i løbet af fem år at opnå en betydelig begrænsning af antallet af narkotikarelaterede forbrydelser

- i løbet af fem år at opnå en betydelig begrænsning af omfanget af hvidvaskning af penge og ulovlig handel med prækursorer.

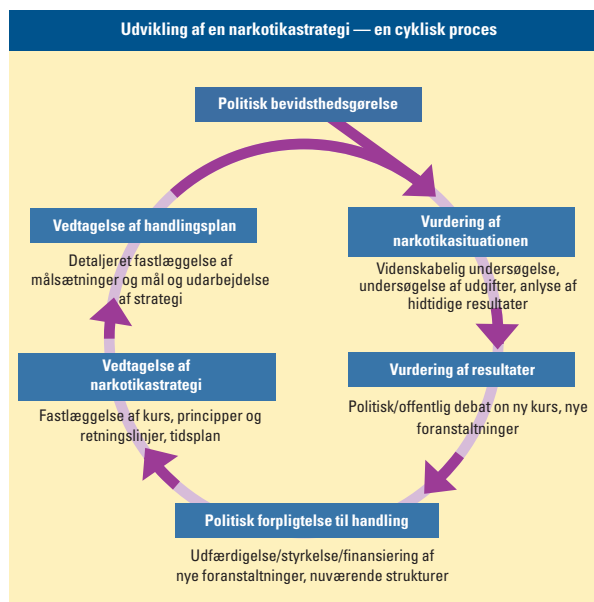
Selv om handlingsplanen ikke er et retligt bindende dokument, er den et skridt i den rigtige retning i kampen mod narkotika i EU, idet den forpligter medlemsstaterne til at gennemføre de mål, der blev sat i strategien i 1999. Handlingsplanen indeholder retningslinjer og rammer for aktioner og understreger betydningen af en regelmæssig evaluering, dvs. at handlingsplanen skal evalueres i 2002 og i forbindelse med dens udløb ved udgangen af 2004.

Handlingsplanen lægger særlig vægt på koordinering og information og fremhæver behovet for en afbalanceret tilgang, hvor en reduktion af narkotikaefterspørgslen og en reduktion af udbudet vil være gensidigt forstærkende. Den understreger ligeledes betydningen af at integrere ansøgerlandene og er udtryk for EU's vilje til at bistå disse lande med at tackle narkotikaproblemet så effektivt som muligt.

På nationalt plan — narkotikastrategier i EU's medlemsstater

Der rapporteres om en øget indsats i medlemsstaterne for at gennemgå og revidere narkotikapolitikken. Status, omfang og indhold for disse initiativer varierer, men der er en klar tendens til en styrkelse og forbedring af narkotikapolitikken. Dette synes at være baseret på den gensidige anerkendelse af, at ingen initiativer, der står alene, er effektive, når det gælder om at tackle det mangesidige narkotikaproblem — og at mangesidige initiativer er værdifulde, når de udgør en del af en koordineret langsigtet strategi.

Figur 17



Videnskabelige vurderinger og regelmæssige evalueringer er anerkendt som væsentlige elementer i en gennemgang og revision af enhver narkotikastrategi. En tilgang, som er anvendt i flere medlemsstater, er illustreret i figur 17, som viser, hvordan en ny politisk bevidsthed om narkotikaproblemet giver næring til en cyklisk proces bestående af videnskabelige undersøgelser, evaluering, politisk debat og formulering, vedtagelse og handling.

Koordinering på narkotikaområdet

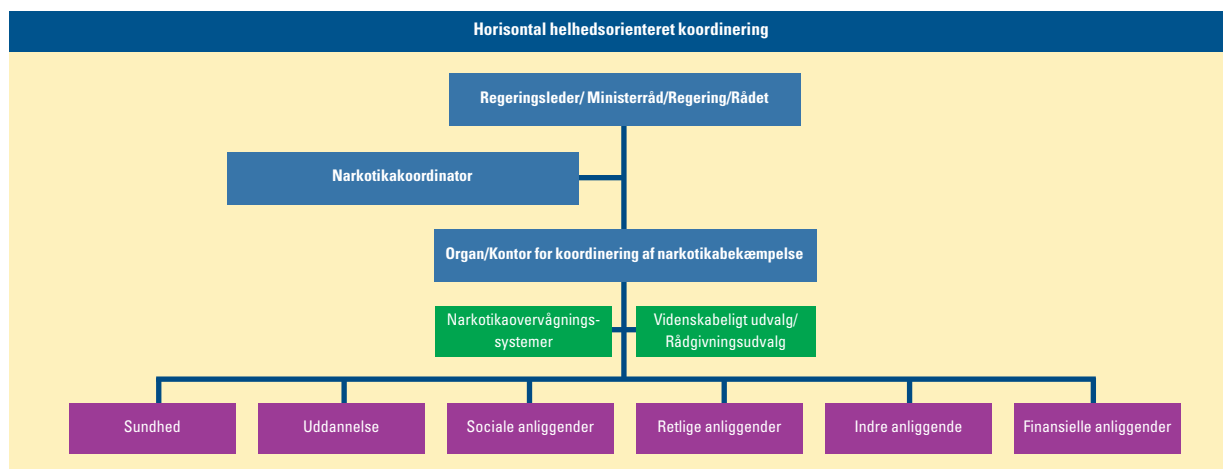
Den Europæiske Unions narkotikahandlingsprogram (2000-04) tilskynder medlemsstaterne til at etablere og styrke nationale koordineringsmekanismer og/eller udpege en national narkotikakoordinator med det formål

Figur 18

Oversigt over udviklingen af narkotikastrategier i den senere tid	
Vedttaget	1998–1999
Østrig:	Wiener Drogenkonzept, 1999; Salzburger Drogenkonzept (handlingsplan)
Frankrig:	Fransk narkotikastrategi, 1999-2001
Nordirland:	Narkotikastrategi: Drug misuse in Northern Ireland: a policy statement, 1999
Norge:	Handlingsplan for nedsættelse af brugen af stoffer, 1998-2000
Portugal:	Portugisisk narkotikastrategi, 2000
Skotland:	Narkotikastrategi: Tackling drugs in Scotland: action in partnership, 1999
Spanien:	Spansk narkotikastrategi, 2000-2008
Det Forenede Kongerige:	Stratégie en matière de drogue: «Tackling drugs to build a better Britain» (Traiter le problème de la drogue pour parvenir à une Grande-Bretagne meilleure), 1998-2008
Vedttaget	2000–2001
Østrig:	Handlingsplaner: Styria, Niederösterreich
Belgien:	Politisk notat, 2001
Irland:	Building on experience, Ireland's National Drug Strategy, 2001-2008
Luxembourg:	Handlingsplan, 2000-2004
Portugal:	Handlingsplan, 2000-2004
Skotland:	Skotsk handlingsplan: Protecting our future, 2001
Wales:	Tackling substance misuse in Wales: a partnership approach, 2001
Det Forenede Kongerige:	National plan 2000/2001
Under forberedelse	2000–2001
Finland:	Revision af principbeslutningen for 2001-2003
Grækenland:	Parlamentarisk undersøgelse (alle partier) af tiltag til bekæmpelse af narkotika, 2000
Sverige:	En handlingsplan for narkotika kommer i 2001.

at tackle narkotikaproblemet ved hjælp af en global, tværfaglig, integreret og afbalanceret strategi. Det opfordrer ligeledes Rådet til at give de narkotikaansvarlige på nationalt plan mulighed for at mødes jævnligt og udveksle information om national udvikling og styrke samarbejdet⁽²⁰⁾.

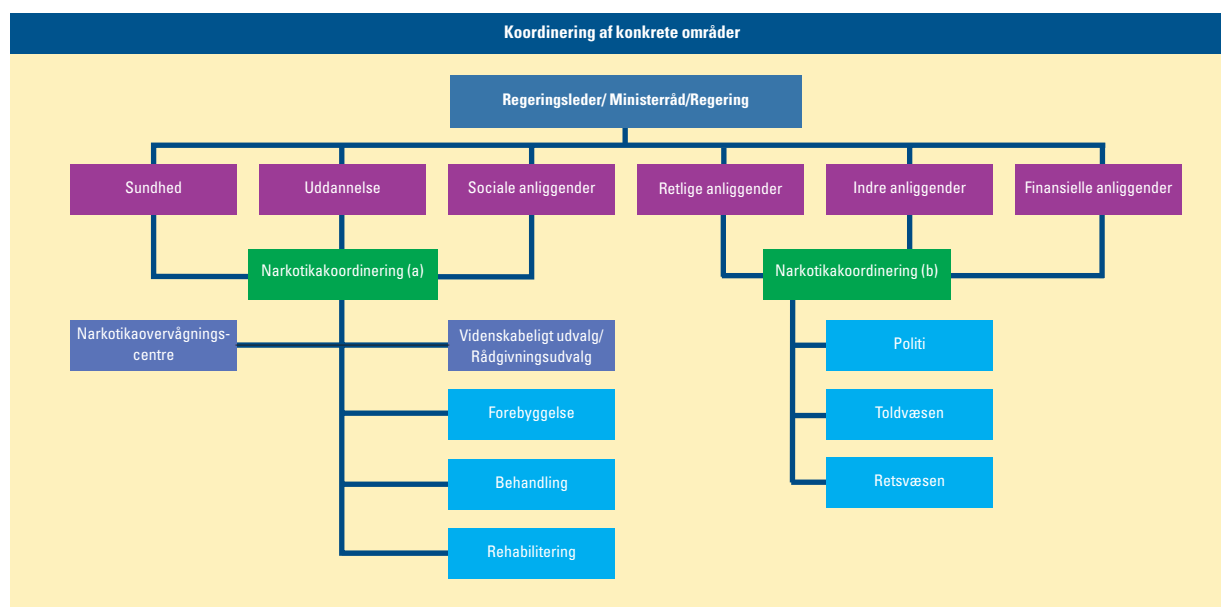
Figur 19



⁽²⁰⁾ Artikel 1.1.3 i EU's narkotikahandlingsplan 2000-2004, Cordrogue 32 9283/00.

Initiativer over for brugen af stoffer

Figur 20



Der findes narkotikakoordineringsorganer eller -funktioner i alle medlemsstater, selv om der er store forskelle i deres struktur og organisation. For at kunne give et klart billede af narkotikakoordineringssystemet i Europa gennemførte EMCDDA en foreløbig gennemgang i 2000, som vil blive afsluttet i 2002. Resultaterne af denne gennemgang (der kan læses på webadressen: <http://www.emcdda.org>) viser, at nogle lande er på vej til at etablere og styrke koordineringsorganer på centralt plan. Nogle medlemsstater (såsom Frankrig, Portugal og Spanien) forbinder alle aspekter, der har noget at gøre med narkotika og narkotikaafhængighed, i et organ med en meget hierarkisk beslutningsmyndighed, direkte under regeringslederen (figur 19).

I andre EU-lande (såsom Tyskland, Finland, Grækenland, Italien og det Forenede Kongerige) finder koordineringen sted på et interministerielt plan — uden noget centralt koordineringsorgan — gennem regelmæssige kontakter og møder mellem de forvaltninger, der er involveret i de forskellige facetter af narkotikaproblemet. I forbindelse med denne anden model ligger ansvaret for narkotikakoordineringen normalt hos social- eller sundhedsministeriet. Der kan også være en narkotikakoordinator, der er ansvarlig for spørgsmål vedrørende sundheds- og sociale aspekter og for forbindelserne til det ministerium, der arbejder inden for andre narkotikarelaterede områder (figur 20).

Lovgivning og retsforfølgning

EMCDDA er forpligtet til at overvåge hovedtendenser og ændringer i narkotikalovgivningen. I dette øjemed er en narkotikalovgivningsdatabase med EU-narkotikalove, retlige profiler og komparative undersøgelser tilgængelig online på adressen: <http://eldd.emcdda.org>

Af væsentlige udviklinger, der er registreret for nylig, kan nævnes, at der i Portugal ikke længere vil være nogen straf for privat forbrug af ulovlige stoffer efter 1. juli 2001 (lov nr. 30/2000 vedtaget i november 2000). Lovovertræderen vil i stedet blive henvist til behandling eller rådgivning i særlige udvalg. Siden maj 2001 bliver cannabisbrug og -besiddelse kun straffet med bøde i Luxembourg (i henhold til lov af 27. april 2001). Regeringen i Belgien har til hensigt at udstede et dekret med det mål for øje at afkriminalisere »ikke-problematisk« brug af cannabis.

Flere beretninger angiver, at individuel stofbrug eller besiddelse af ulovlig narkotika til personligt forbrug ikke er blandt de europæiske retshåndhævende myndigheders topprioriteter. I kampen mod narkotikarelaterede lovovertrædelser koncentrerer retspraksisen sig om alvorlige forbrydelser og narkotikasmugling. De nye tiltag i retning af en afkriminalisering eller ikke-retsforfølgning af narkotikarelaterede lovovertrædelser, der gennemføres i nogle medlemsstater, synes at bekræfte denne tendens. En nyere undersøgelse om retsforfølgning af narkotikarelaterede lovovertrædelser, der blev bestilt af EMCDDA i 2000,

viste også, at sager, der vedrører privat besiddelse/brug af små mængder narkotika, sædvanligvis droppes, inden de når til domstolen. Offentlig besiddelse/brug, stofbrugerens salg og berigelseskriminalitet i forbindelse med narkotikamisbrug resulterer imidlertid ofte i strengere tiltag fra anklagemyndighed og domstole.

Et narkotikaretsprogram indledtes i Dublin i januar 2001 med det formål at rehabiliterer narkotikalovovertrædere og tackle den narkotikarelaterede kriminalitet. Denne ret — der er lig de narkotikaretsmodeller, man har i Canada, Australien og USA — ledes af en dommer, der er specialiseret i narkotikasørgsmål, og som udelukkende beskæftiger sig med narkomaner, ikke-voldelige lovovertrædere og tilbyder behandling og rehabilitering under opsyn i stedet for fængselsstraf. De skotske myndigheder har ligeledes valgt at indføre en narkotikaret inden udgangen af 2001, og man kører forsøg med en række lignende initiativer i England.

En revision af den føderale lovgivning i Østrig trådte i kraft den 8. april 2001. Den nedsætter grænsen for, hvad der anses for at være en stor »mængde«, fra 5 til 3 gram. Dette vil få indvirkning på den skelnen, der foretages mellem mindre alvorlige overtrædelser (erhvervelse og besiddelse af små mængder) og grove overtrædelser (fremstilling og besiddelse af større mængder). Der har også fundet drøftelser sted om den retlige status for cannabis brugt i medicinsk øjemed.

I Tyskland fastsatte en ændring til den tyske forbundslov om narkotika et retsgrundlag, hvorefter den enkelte delstat kan fastsætte de minimumsstandarder, der skal til for at etablere væresteder for brugere (dvs. steder, hvor intravenøse stofbrugere kan tage stoffer under hygiejniske forhold). Delstaten kan på denne måde bestemme, om

den vil tillade etableringen af sådanne væresteder. Loven fastsætter også, at der skal oprettes et centralt register for erstatningsbehandling og kræver uddannelse af læger, der tilbyder en sådan behandling. I Portugal er der efter en offentlig debat planer om udstedelse af et dekret om oprettelse af væresteder. For Luxembourgs vedkommende udgør lov af 27. april 2001 retsgrundlaget for oprettelse af væresteder.

Hvad angår konfiskering af aktiver, der er erhvervet gennem narkokriminalitet, er der fremsat et lovforslag i Det Forenede Kongerige med henblik på at etablere et organ til konfiskering af aktiver erhvervet ved kriminalitet og indføre en civil konfiskeringsordning, der skal fratage kriminelle ulovligt erhvervede aktiver. På samme måde har den finske regering fremsat et forslag for parlamentet om at konfiskere udbyttet fra narkotikarelateret kriminalitet i tilfælde, hvor der er mistanke om, at de stammer fra ulovlig virksomhed, den såkaldte omvendte bevisbyrde. I Irland har det siden 1996, hvor man oprettede kontoret for aktiver erhvervet ved kriminalitet (Criminal Assets Bureau (CAB)) ved lov ⁽²¹⁾, påhvilet den kriminelle at bevise, at aktiverne er erhvervet på lovlig vis. I Spanien har den nationale narkotikaklan i fem år administreret konfiskerede ulovlige fortjenester. I 2000 alene blev mere end 4,5 mio. EUR, der stammede fra ulovlige beslaglagte aktiver (både, biler, penge), »konfiskeret« og brugt til narkotikabekæmpelse: 1 543 137 EUR til bekæmpelse af narkotikahandel og 2 978 014 EUR til narkotikaforebyggelses- og rehabiliteringsprogrammer.

Narkotikaudgifter

I forbindelse med overvågningen af medlemsstaternes tiltag inden for narkotikaområdet blev der i 2000 udført omfattende forskning med henblik på at indsamle viden om, analysere og anslå størrelsen af de offentlige udgifter,

Figur 21

Tvang	Klassificering af begreber i forbindelse med efterspørgselsbegrænsning		
	Omgivelser		
	Forebyggelse	Behandling	Skademinimering
Tvang (»Du er nødt til at blive hos os«)		Behandling i fængsler ⁽¹⁾ Alternativer til fængsler Tvangsbehandling	Skademinimering i fængsler ⁽¹⁾
Faste miljøer (»Du er her hos os«)	Skoler ⁽¹⁾	Stationær behandling	
Faste mødesteder (»Kom til os«)	Ungdomscentre	Ambulant behandling Behandling af praktiserende læge	Lavtærskeltilbud ⁽¹⁾
Mobilt opsøgende arbejde (»Vi kommer til dig«)	Opsøgende arbejde og socialt arbejde ⁽¹⁾		Opsøgende arbejde ⁽¹⁾
Medier (»Du forbliver anonym«)	Internet, massemedier ⁽¹⁾ Tidlige sundhedsinitiativer ⁽¹⁾		Telefonhjælpelinjer Skademinimering ⁽¹⁾

(1) Angiver, at begrebet findes i beretningen.

(21) Lov om oprettelse af Criminal Assets Bureau, 1996; lov om indtægter erhvervet ved kriminalitet, 1999.

Initiativer over for brugen af stoffer

der bliver anvendt inden for området. Den enkelte stats udgifter både inden for sundheds- og retshåndhævelsesområdet blev beregnet ved at måle direkte omkostninger (udgifter, der blev angivet som direkte narkotikarelaterede) og indirekte omkostninger (udgifter, som skyldes narkotikaproblemet, og som påløber fælles forvaltninger såsom fængsler).

Til trods for en række forskelle kan man se en homogen ressourcetildelingspolitik på narkotikaområdet i alle EU-medlemsstaterne. Samlet bliver der brugt mellem 70 og 75 % af budgettet til retshåndhævelse, og resten bliver brugt på sundhedspleje.

Særlige initiativer

Efterspørgselsbegrænsning

I dette afsnit behandles en række tiltag med forskellige formål til forskellige sammenhænge. I figur 21 gives en oversigt over de forskellige sammenhænge og tilgange inden for efterspørgselsbegrænsning.

Forebyggende foranstaltninger

Forebyggelse i skoler

Narkotikaforebyggende foranstaltninger i skoler er stadig en prioritet i alle medlemsstater. Der findes mange undervisningsvejledninger om forebyggelse, og det kan være nødvendigt at gennemføre en markedsundersøgelse for at udvælge det mest passende materiale (som man har gjort i Tyskland). Narkotikaforebyggelse er nævnt i de fleste læseplaner under generel sundhedsfremme. En metode, hvor eleverne underviser hinanden anses for at være fordelagtig, selv om den er vanskelig at få på plads og gennemføre. Det anses endvidere for at være meget vigtigt at inddrage forældrene.

Politiet deltager i stigende omfang i den primære narkotikaforebyggelse i skoler (i Belgien, Frankrig, Nederlandene, Østrig og Sverige), selv om der har været en del debat om, hvorvidt de er i besiddelse af de nødvendige pædagogiske evner til at påtage sig denne type arbejde.

Det er en kendsgerning, at eleverne tager stoffer (se kapitel 1 »stofbrug blandt skoleelever«) og befinder sig i farezonen. Dette var noget, man tidligere i høj grad benægtede, fordi skolerne var bange for at skade deres omdømme. I Spanien, Frankrig, Luxembourg, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige fastlægges der i stadig højere grad strategier til udvikling af skolepolitikker til forebyggelse af risikoadfærd, tidlige interventioner og lettere henvisning til behandling mod stofafhængighed. Unge, som forlader skolen eller bliver

Mobilisering af elever i forebyggende aktiviteter

På foranledning af undervisningsministeriet i Frankrig er der blevet foretaget en evaluering af de skoler, der deltog i et pilotprogram med titlen »Les élèves acteurs de prévention«. Eleverne modtog vejledning i, hvordan de skulle organisere kampagner og formidle viden om emnet til deres medstuderende. Elevernes involvering i styringen af programmet gav dem anerkendelse hos deres jævnaldrende. Eksperimentet var en succes for halvdelen af de deltagende skoler, men selv i de tilfælde, hvor det ikke var en succes, tiltrak det en stor del af elevernes opmærksomhed på alle skoler. Programmets indvirkning på atmosfæren og livskvaliteten på skolerne var meget positiv både i relation til elevernes opfattelse og skolernes omdømme udadtil.

udvist, er særligt udsatte. Spanien beretter om standardiserede tiltag med henblik på denne gruppe, og i Det Forenede Kongerige har 95 % af skolerne på sekundærtrinnet politikker, der omfatter narkotikarelaterede hændelser.

Forebyggelse i lokale sammenhænge og lokalsamfund

De forebyggende aktiviteter i lokalsamfund er blevet udvidet i de senere år og er meget forskelligartede. Alle medlemsstater beretter om forskellige typer af forældreuddannelse i lokalsamfundet. I Spanien deltog for eksempel 25 000 familier i »escuelas de padres« i 1999, og i Frankrig er der 75 særlige rådgivningscentre for unge med følelsesmæssige, familiære- eller sociale problemer. I de nordiske lande patruljerer grupper af forældre gaderne i deres lokalsamfund om natten i weekenderne. I Danmark deltager 1 300 forældre i denne aktivitet.

Sports- og idrætsforeninger spiller i mange lande en mere fremtrædende rolle inden for narkotikaforebyggelsen end tidligere. Dette gælder blandt andet Belgien, Tyskland, Grækenland, Spanien, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige. I Tyskland har der eksisteret et samarbejde mellem sportsklubber og narkotikaforebyggelsestjenesten siden 1994, og i 2000 blev der uddannet endnu 2.500 ungdomsklubledere. I Potsdam i Tyskland blev der i marts 2001 afholdt en konference om forebyggelse af narkotikaafhængighed i sportsklubber med fokus på kvaliteten af narkotikaforebyggelsen i sportsklubber og stofbrug og sportsklubbers ritualer og kultur.

Det er meget vigtigt med koordinering mellem aktører, for at arbejdet skal lykkes. I Danmark, Grækenland, Finland,

Evaluering af behandlingstyper

I Norge gennemføres for tiden et projekt, som går ud på at evaluere forskellige behandlingstyper for stofbrugere for at finde ud af, om nogle behandlinger opnår bedre resultater end andre, og se, hvilke klienter der nyder gavn af hvilke typer behandling. Eftersom stofbrugere ofte gennemgår flere forskellige behandlinger, er udgangspunktet, at hver behandling skal bygge på resultaterne af eventuelle tidligere behandlinger — ud fra hypotesen om, at de investerede ressourcer ikke skal gå tabt.

Frankrig, Irland, Italien, Portugal, Sverige og Det Forenede Kongerige har man allerede fået aftaler i stand eller er i færd med at få aftaler i stand med lokale eller regionale myndigheder om narkotikaforebyggelsesstrategier.

Behandling

Stoffri behandling

For nærværende har man kun begrænset viden om, hvor udbredt stoffri behandling er i EU. Imidlertid synes stoffri behandling at dominere behandlingstilbuddet i Finland, Grækenland, Norge og Sverige. Tendensen i disse lande er at have kortere behandlingsperioder på tre til seks måneder i stedet for et til to år, selv om den gennemsnitlige behandlingstid i Grækenland dog er på 12 måneder.

En nylig meta-analyse, som blev udført i Tyskland, og som omfattede flere europæiske lande, konkluderer, at der er et positivt forhold mellem behandlingens varighed og dens resultat. Men evalueringen af de forskellige behandlingsmuligheder er fortsat ikke god nok.

»Case management« (lavtærskeltilbud, intensiv, personlig assistance) tages i stigende grad i brug for at vejlede stofbrugeren gennem behandlingsapparatet, som f.eks. i Belgien, Tyskland og Nederlandene. Resultaterne af fem nederlandske undersøgelser om dobbeltdiagnose (sammenfald mellem narkotikaproblemer og psykiatriske problemer) viser, at case management har en vis positiv virkning, når det gælder patienters tilfredshed, stofbrug, psykiatriske symptomer, sociale færdigheder og brug af sundheds- og socialvæsenet.

Nederlandene giver et noget negativt billede af en vanskelig målgruppe, hvis stofbrugsadfærd det ikke lykkes at ændre selv efter flere behandlingsforsøg. Formålet med de ambulante motivationscentre er at tilbyde stofbrugere en mulighed for at komme sig, hjælpe dem med at udvikle deres sociale færdigheder og strukturere deres dagligdag for at øge deres motivation til at komme i regelmæssig behandling. Men frafaldsprocenten ved disse centre er 60 %, og det konkluderes, at stofbrugere, som ikke er motiverede, ikke kan hjælpes.

Tabel 1

	Prævalensskøn over stofbrugere ⁽¹⁾	Klienter i erstatningsbehandling	Dækningsgrad for substitutionsbehandling ⁽²⁾ (%)
Belgien	20 200	7 000 (1996)	35 ⁽³⁾
Danmark	12 752–15 248	4 398 (4 298 metadon + 100 buprenorfin) (1. januar 1999) ⁽⁴⁾	27–34
Tyskland	80 000–152 000	50 000 (2001) ⁽⁴⁾	33–63
Grækenland	n.a.	966 (1. januar 2000) ⁽⁴⁾	
Spanien	83 972–177 756	72 236 som får metadon (1999)	41–86
Frankrig	142 000–176 000	71 260 (62 900 som får buprenorfin og 8 360 som får metadon) (december 1999) ⁽⁴⁾	40–50
Irland	4 694–14 804	5 032 (31. december 2000) ⁽⁴⁾	34–100 ⁽⁵⁾
Italien	277 000–303 000	80 459 (1999) (4)	27–29
Luxembourg	1 900–2 220	864 (164 i det officielle program og +/- 700 med lægeordineret mephenon (metadon i pilleform) (2000)) ⁽⁴⁾	38–45
Nederlandene	25 000–29 000	11 676 (1997)	40–47
Norge	9 000–13 000	1 100 (2001)	8–12
Østrig	15 984–18 731	4 232 (1. januar 2000) ⁽⁴⁾	23–26
Portugal	18 450–86 800	6 040 (1. januar 2000)	7–33
Finland	1 800–2 700 ⁽⁶⁾	240 (170 buprenorfin og 70 metadon)	9–13
Sverige	1 700–3 350 ⁽⁶⁾	621 (31. maj 2000) ⁽⁴⁾	19–37
Det Forenede Kongerige	88 900–341 423	19 630	6–22

n.a. = oplysninger mangler.

⁽¹⁾ For yderligere oplysninger om national prævalens og problematisk stofbrug se kapitel 1 og onlinetabel 1 (OL) på www.emcdda.org

⁽²⁾ Skøn over antallet af problematiske stofbrugere i substitutionsbehandling.

⁽³⁾ Prævalensstallene vedrører kun stiknarkomaner, hvilket kan resultere i et overvurderet substitutinstal.

⁽⁴⁾ Oplysninger indhentet direkte fra de nationale knudepunkter.

⁽⁵⁾ En dækningsgrad på 100 % for substitutionsbehandling forekommer usandsynlig, hvilket tyder på, at tallet 4 694 (1 195) er for lavt i forhold til den aktuelle udbredelse.

⁽⁶⁾ Opiatbrugere.

Opsøgende arbejde for hjemløse kvinder

I Sverige startede de sociale myndigheder i Stockholm et opsøgende projekt i 2000 rettet mod hjemløse kvinder i erkendelse af, at mange kun havde lidt eller slet ingen kontakt med de sociale myndigheder. Et af formålene er at motivere kvinderne til at udvide deres kontaktflade ved indledningsvis at tilbyde dem simpel lægehjælp. Projektet er eksemplarisk ved, at det er et »joint venture« mellem de sociale myndigheder, frivillige organisationer og sundhedssektoren.

Erstatningsbehandling

Erstatningsbehandling er blevet brugt i moderat stigende grad i EU i de seneste år. I Grækenland, Finland, Norge og Sverige er det i den senere tid blevet lettere at komme ind på erstatningsbehandling, navnlig metadon. Buprenorfin, som er det mest brugte erstatningsstof i Frankrig, er nu også blevet taget i anvendelse i Belgien, Danmark, Finland (til afgiftning), Tyskland, Italien, Luxembourg, Norge, Portugal, Østrig og Det Forenede Kongerige, mens Danmark, Spanien og Portugal anvender LAAM. Der er undersøgelser i gang i Nederlandene om hurtig afgiftning med naltrexon som lægebehandling, og dette kan betragtes som et alternativ til andre behandlingsformer. Naltrexon er blevet brugt i Portugal i de sidste 10 år.

Der lægeordineres fortsat heroin på selektiv basis i Det Forenede Kongerige. I Nederlandene ordineres heroin til behandling af behandlingsresistente, kroniske stofbrugere i forbindelse med et videnskabeligt eksperiment, og der vil blive indledt et tilsvarende forsøgsprojekt i Tyskland i 2001. Luxembourg overvejer også et heroinforsøg i 2002. Eksperter er enige i, at lægeorderet heroin kun bør gives, når alle andre behandlingsveje er afprøvet. Lægeordinering af heroin lægger en tung byrde på klienterne, og nødvendigheden af at møde op på behandlingscentret to eller tre gange om dagen er nedbrydende for dem. Med hensyn til begrænsning af kriminaliteten, forbedring af sundhedstilstanden og social integration er det imidlertid bevist, at denne behandlingsform er effektiv for meget dårligt stillede stofbrugere.

Foranstaltninger til begrænsning af de skadelige virkninger

Opsøgende arbejde

Det er ikke nogen nem opgave at kortlægge det opsøgende arbejde (dvs. at kontakte stofbrugere i deres egne omgivelser) i EU, eftersom der gennemføres mange aktiviteter på lokalt plan af ikke-statslige organisationer og strukturer, som er ganske komplekse.

Det opsøgende arbejde har sine rødder i det traditionelle ungdomsarbejde (med det formål at få stofbrugere ind i en behandling) og i hensynet til folkesundheden (navnlig forebyggelse af smitsomme sygdomme). Det opsøgende arbejde kan omfatte socialt arbejde blandt narkomaner, sprøjtebytteordninger, lavtærskelstilbud og/eller særlige tilbud for etniske mindretal, prostituerede og andre grupper, der ellers er vanskelige at nå, og er tilgængeligt i alle medlemsstater for problematiske stofbrugere, som ikke er i regelmæssig behandling. I Danmark, Frankrig, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige er der oprettet støttegrupper blandt stofbrugere for at imødekomme stofbrugernes behov.

Det opsøgende arbejde bliver mere og mere udbredt i de fleste medlemsstater. I Sverige var opsøgende arbejde imidlertid mere almindeligt for omkring 10-15 år siden, og en ny undersøgelse beretter, at mange stofbrugere som følge af en nedskæring af ressourcerne ikke får disse tilbud. Nye udviklinger omfatter opsøgende arbejde for nordafrikanske stofbrugere i Nederlandene og indførelse af særlige tilbud for kvindelige stofbrugere i Danmark, Norge, Østrig og Sverige.

En særligt opsøgende aktivitet, der er blevet indført i Frankrig, Nederlandene, Østrig og Spanien, er afprøvning af piller ved »dance«-arrangementer. Pilleafprøvningen tiltrækker de unge, for de er meget interesserede i at vide, hvad pillerne indeholder. De fleste projekter tilbyder også vejledende samtaler, budskaber om skademinimering og

Uddannelse af natklubpersonale

I Irland gives der uddannelse og støtte til natklubpersonale for at sætte dem i stand til at reagere mere effektivt i narkotikarelaterede situationer, som opstår i natklubber. De to første faser af projektet omfatter tilrettelæggelse af uddannelsesprogrammer for klubejere/managere og dørmænd. De fokuserer på at øge deres viden om stoffer, undersøge deres holdning til stoffer og se på de retlige, sundheds- og sikkerhedsmæssige spørgsmål. Den tredje fase går ud på at udbrede pålidelig information om stoffer til unge natklubgæster ved at give dem en brochure på størrelse med et kreditkort, den såkaldte »Vital Information Pack (VIP)«. Dette uddeles på en række steder, herunder videregående uddannelsesinstitutioner og klubber. I fase fire vil der blive afholdt en endagskonference for at få støtte fra musik/danseindustrien til udvikling af en acceptabel politik ved »dance«-arrangementer. Den sidste fase omfatter en standardiseret, modulopbygget uddannelse til dørmænd.

Foranstaltninger til narkotikabehandling og -test i Det Forenede Kongerige

Det Forenede Kongeriges regering har indført ordningen Drug Treatment and Testing Order (DTTO), som giver domstolene mulighed for at give lovovertrædere valget mellem behandling eller afsoning eller slet og ret at dømmes vedkommende til behandling. Indførelsen af DTTO anslås at ville resultere i ca. 3 425 retskendelser inden 2001. Til sammenligning blev ca. 120 000 personer dømt for narkotikarelaterede lovovertrædelser i 1999. Narkotikaforebyggende rådgivningstjenester vil i samarbejde med kriminalforsorgen levere praktisk støtte i marken, når DTTO skal gennemføres i resten af landet og udbrede information om retsafgørelser, som er afsagt i pilotfasen af programmet samt bistå lokale Drug Action Teams med at udvikle relevante indkøringsordninger.

kriseberedskab. Af en nylig undersøgelse udført af EMCDDA (An inventory of on-site pill testing interventions in the EU, EMCDDA 2001) fremgår det, at pilleafprøvning kan være en effektiv advarsel mod uventede og farlige virkninger af såkaldte »dance-dope«.

Lavtærskelstilbud

Der kommer stadig flere og flere lavtærskelstilbud til i de fleste medlemsstater. Væresteder, dvs. steder, hvor intravenøse stofbrugere kan tage stoffer under hygiejniske og

sikre forhold, blev gjort lovlige i Tyskland i februar 2000, og et værested blev indført som et pilotprojekt i Madrid, Spanien i 2000. I Nederlandene har de eksisteret i flere år, hvor også heroinrygere og kokain- og crackbrugere bruger dem. Lignende initiativer drøftes i Østrig, Luxembourg og Portugal. Efter en debat i Danmark om indførelse af injektionssteder i forbindelse med eksisterende lavtærskelstilbud har det danske sundhedsministerium valgt at lægge dette initiativ på hylden som følge af internationale aftaler på området.

Tidlige sundhedsinitiativer over for nye syntetiske stoffer

Disse foranstaltninger sigter på at forebygge potentielle sundhedsproblemer i forbindelse med brug af stoffer, der ikke kan identificeres af brugere, som ikke selv søger kontakt med behandlings- og rådgivningstjenester, dvs. ukendte stoffer brugt af ukendte brugere. Disse initiativer gennemføres enten som strukturelle foranstaltninger såsom afholdelse af sikre »rave«-fester (uddannelse af personale, tilbud om vand og »chill-out«-faciliteter) eller som informationsforanstaltninger om »party-dope« gennem mediekampagner, interaktive websteder og cd-rommer eller ved konkret at give information om resultaterne af pilleafprøvning, enten på stedet eller andetsteds via Internettet eller særlige tidsskrifter. Disse tiltag er således undertiden forbundet med opsøgende foranstaltninger såsom pilleafprøvning på stedet.

I Danmark, Spanien, Irland, Italien og Nederlandene opsøger de lokale myndigheder de steder, hvor de unge

Tabel 2

	Bistand til narkotikabrugere i fængsel i EU		
	Stoffri behandling i fængsler	Substitutionsbehandling i fængsler	Skademinimerende foranstaltninger i fængsler
Belgien	Ja, i forsøgsfasen	Gradvis afgiftning med metadon	Visse lokale hiv-forebyggende foranstaltninger
Danmark	Samarbejde med private behandlingsinstitutioner	Ja, hvis metadonbehandlingen er indledt før fængslingen	Udlevering af desinfektionsvæske, hepatitis B-vaccination
Tyskland	Ja	Ja	Sprøjtebytning i enkelte fængsler
Grækenland	Selvhjælpegrupper	Nej	Information i enkelte fængsler
Spanien	Ja	Ja	Ja
Finland	Kurser om stofmisbrug, stoffri afdelinger	Ja, hvis buprenofalin/metadon-behandlingen er indledt inden afsoningen	Tilbud om desinfektionsvæske, hepatitis B-vaccination
Frankrig	Nej	Ja (metadon eller buprenofalin)	Information til indsatte, udlevering af klorin
Irland	Limité	Afgiftning med metadon, vedligeholdelsesbehandling for hiv-positive indsatte	Nej
Italien	Ja	Ja	Nej
Luxembourg	Ja	Ja, hvis metadonbehandlingen er indledt inden fængslingen, og behandlingen indledes inden løsladelsen	Nej
Nederlandene	Ja, tvungen behandling for tunge stofbrugere	I begrænsede tilfælde, reduktionsprogrammer for langtidssindsatte	Ja
Østrig	Ja	Ja	Ja
Portugal	Ja	Ja	Information, uddannelse af vagter, kondomer og uddeling af blegemidler, hepatitisvaccination
Sverige	Ja	Nej	Nej
Det Forenede Kongerige	Ja	Afgiftning med metadon. Sofaxidin, dihydrocodein og naltrexon findes også.	Desinficerende piller i nogle fængsler, rådgivning og information

»Tilbage til fremtiden« i Finland

I Finland har programmet »Tilbage til fremtiden« (der finansieres af EU's Integra-program) været involveret i projekter med unge narkomaner. Projektets resultater styrker tanken om, at folk, der står over for arbejdsløshed og indkomstproblemer, når de kommer sig fra misbrugsproblemer, befinder sig i en ekstremt vanskelig situation. Disse problemer omfatter utilstrækkelige boligforhold, nedsat arbejdsevne, manglende erhvervsuddannelse og problemer med at arbejde og med at opretholde en narkotikafri livsstil. Projektdeltagerne fik tilbud om uddannelser, men de fandt det vanskeligt at nærme sig uddannelsessystemet og arbejdsmarkedet, og det var ikke nemt for dem at finde arbejdsgivere, der var villige til at indgå lærlingeaftaler med dem. Selv om staten automatisk garanterer for studielånet, nægtede bankerne at give personlige lån, for næsten 90 % af klienterne var ikke kreditværdige. Projektet nåede frem til det resultat, at de foranstaltninger, social- og sundhedsmyndighederne havde til rådighed, var utilstrækkelige til at løse mangede problemer. Der er brug for aktive foranstaltninger fra rehabiliteringssystemets side, som omfatter en individuel og skræddersyet tilgang, der overskrider administrative grænser, samt tilstrækkelig finansiering.

mødes i fritiden (klubber, barer og diskoteker) for at uddanne personalet og give dem støtte, der sætter dem i stand til at reagere mere effektivt i narkotikarelaterede situationer.

Luxembourg har indført begrebet »tidstro« overvågning af ungdomsmødesteder. Efter en indledende evalueringsfase har man anvendt et spil »Ecstasy« i forskellige ungdomsmiljøer og integreret det i undervisningen. Spillet fremmer diskussion, erfaringsudveksling og alternativer til stofbrug, navnlig når det gælder syntetiske stoffer. Den gruppedynamik, der stimuleres af spillet, gør det muligt at tage spørgsmål op, som unge bør gøre opmærksomme på. Ifølge evalueringen bør spillets kreative og handlingsorienterede elementer styrkes.

Internettet indeholder en enorm mængde forskellig information om narkotika, der afspejler alle holdninger til narkotikapolitik, men det er ikke muligt at gennemføre en kvalitetskontrol af alle disse oplysninger. De fleste nationale narkotikaforebyggende organisationer såvel som ngo'er har eller planlægger at få deres egne hjemmesider, hovedsageligt med information, men også med interaktive elementer, f.eks. den italienske *lo non calo la mia vita* (<http://www.iononcalo.it>), den svenske Drugsmart (<http://www.drugsmart.com>) og den engelske DrugScope

(<http://www.drugscope.org>), som har en søgefacilitet for narkotika. Der berettes om et nyskabende initiativ fra Finland, hvor en anonym rådgivnings- og selvevaluerings-test er lagt ud på Internettet (<http://www.aklinikka.fi/plimenu1.htm>). EMCDDA-databasen EDDRA (<http://www.emcdda.org>) giver referencer til over 250 evaluerede projekter inden for efterspørgselsbegrænsning, og den vokser stadig.

Begrænsning af narkotikarelateret kriminalitet

Forebyggelse af narkotikarelateret kriminalitet

Alle medlemsstater har programmer med behandlingstilbud til lovovertrædere, som bruger narkotika. Disse programmer anvendes på bestemte vilkår, f.eks. afhængig af lovovertrædelsens karakter eller lovovertrædernes alder. Dette tiltag anses for at mindske gentagelsesfaren, men der findes kun få oplysninger om evaluering.

Stofbrugere udgør fortsat et stort problem for strafferetssystemet, eftersom op mod 50 % af de indsatte har narkotikarelaterede problemer. Som følge af den store udskiftningshastighed i fængslerne skønnes det, at 180 000 til 600 000 stofbrugere passerer gennem systemet hvert år i EU. Udbredelsen af stofbrug varierer afhængigt af fængselstypen. Udbredelsen er større i store fængsler og i fængsler med mange korttidsindsatte, og er større i kvinde- end i mandefængsler.

Tabel 2 giver en løselig oversigt over den bistand, der ydes stofbrugere i fængsler i EU — nærmere oplysninger findes i EMCDDA-rapporten »Assistance to drug users in prisons« om bistand til stofbrugere i fængsler.

Social rehabilitering og resocialisering

Almen uddannelse, erhvervsuddannelse, boliganvisning og beskæftigelse er nøgleområder i rehabiliteringen af stofbrugere efter behandling, efter fængselsstraf eller i længerevarende substitutionsprogrammer. Men det ser ud til, at der stadig skal gøres en indsats på dette område, selv om fagfolk ofte understreger, at efterbehandling og resocialisering er et meget vigtigt aspekt i behandlingen, og at der er behov for forbedringer inden for dette område.

Evaluering

Evaluering er nøglen til at sikre kvaliteten af de narkotikarelaterede initiativer, og det samme er hensigtsmæssig planlægning, infrastruktur, professionalisme, tilsyn, uddannelse, forskning og netværkssamarbejde. Kvalitetssikringsprocedurer indføres i stadig højere grad inden for efterspørgselsbegrænsningsområdet i EU. Der rapporteres om kvalitetssikringsinitiativer vedrørende forebyggelse fra Tyskland, Grækenland, Finland, Frankrig,

Kvalitetssikring inden for efterspørgselsbegrænsning

I Østrig bliver kvalitetssikringsprocedurer stadig vigtigere inden for efterspørgselsbegrænsningsområdet. Der er blevet udarbejdet retningslinjer for kvalitetsarbejde og minimumsstandarder for alle aktivitetsområder såvel som for case management for substitutionsklienter. Der er blevet fastsat minimumsstandarder, såsom kvalitetskrav for narkotika- og alkoholrådgivning, og de vil blive gennemført i en trin for trin-plan. I Wien er der blevet oprettet særlige kompetencecentre, som er ansvarlige for netværkssamarbejde og for at sikre overførsel af information til aktivitetsområder, der ikke eksplicit beskæftiger sig med narkotikasørgsmål (såsom ungdomsarbejde og sundhedspleje).

Italien, Nederlandene og Østrig og kvalitetssikring af plejeforanstaltninger fra Tyskland, Grækenland, Luxembourg, Nederlandene, Norge, Østrig, Portugal og Det Forenede Kongerige.

Der er organiseret uddannelse for læger og andre fagfolk inden for sundhedsområdet i Belgien, Tyskland, Finland, Irland, Italien, Østrig og Det Forenede Kongerige, hvori- mod andre lande — Grækenland, Frankrig, Italien, Luxembourg, Nederlandene og Sverige — meddeler, at der, selv om der måtte findes uddannelsestilbud for fagfolk inden for forebyggelse, sundhed og kriminalfor- sorg, stadig er behov for kurser af høj kvalitet.

Udbudsbegrænsning

Følgende information er hentet fra Europol-rapporter.

Med nye teknikker for hurtig indgriben på forskellige niveauer i efterforskningen af straffesager undgår man lange, omstændelige og ressourcekrævende undersøgelser. Medlemsstaterne bør udnytte nye EU-strafferetlige og juridiske samarbejdsstrukturer fuldt ud, således at man kan øge informationsdelingen både inden for den enkelte medlemsstat og på internationalt plan.

Omfanget af organiseret kriminalitet i EU bliver stadig større. Fremstilling af og handel med stoffer synes at

forblive hovedaktiviteten for forbrydernetværkene. Den fortsatte diversificering og udviklingen af narkotikaruterne er en udfordring for politiet. De kriminelle evaluerer både de vellykkede og mislykkede operationer og ændrer deres fremgangsmåde tilsvarende, enten ved at finde nye ruter, udtænke nye metoder til at skjule de ulovlige varer eller ved at rekruttere nye kurerer.

Ifølge Europol (EU's statusrapport om narkotikafremstilling og narkotikahandel 1999/2000) gav »Operation Purple« opmuntrende resultater, når det gælder om bekæmpelse af ulovlig handel med kemiske prækursorer til narkotika. Projektet tog sigte på at forebygge anvendelsen af kaliumpermanganat — et kemikalie, der bruges til fremstilling af kokain — og omfattede 23 lande, herunder 7 medlemsstater, som fremstiller, importerer, eksporterer eller er transitlande for kemikaliet, samt Det Internationale Narkotikakontrolråd, ICPO/Interpol og Verdenstoldorganisationen. Projektet tager sigte på at forhindre anvendelsen af kemiske produkter ud fra erkendelsen af, at prækursorerens tilgængelighed spiller en væsentlig rolle ved fremstillingen af stoffer. Siden operationen blev indledt, er der blevet sporet 248 forsendelser af dette kemikalie — tilsammen 7 778 tons. Som et direkte resultat er 32 forsendelser af kaliumpermanganat blevet standset eller beslaglagt, og det er en samlet mængde på omkring 2 226 tons. Dette skulle udgøre 29 % af alle overvågede forsendelser. Der vil blive udført en lignende operation for eddikesyre, et kemikalie, som anvendes i fremstillingen af heroin.

Som følge af de politiske udviklinger, der tager sigte på at øge det strafferetlige og juridiske samarbejde, vil Europol's kompetence blive udvidet til at omfatte hvidvaskning af penge generelt, uanset hvilken type lovovertrædelse de hvidvaskede penge stammer fra.

For nærværende er Europol og eksperter fra medlemsstaterne og EMCDDA i færd med at udvikle en harmoniseret database vedrørende narkotikabeslaglæggelser med fælles definitioner og parametre, der skal indføres i alle medlemsstater. Dette vil kunne føre til en standardiseret indsamling af data over hele EU, som vil muliggøre bedre sammenligninger og analyse af narkotikasituationen i de forskellige medlemsstater.

Udvalgte aspekter

Dette kapitel kommer ind på tre aspekter af narkotikaproblemet i Europa:
kokain og »base/crack«-kokain, smitsomme sygdomme
og syntetiske stoffer.

Kokain og »base/crack«-kokain

Der er voksende bekymring i EU over den tiltagende brug af kokain, men de egentlige tendenser i kokainbrugen og deres konsekvenser over hele EU er vanskelige at verificere. For det første afspejler nationale data, f.eks. fra undersøgelser og behandlingscentre, ikke ændringer i udbredelsen og problemer, der opstår i geografiske områder i bestemte byer eller ændringer, som er koncentreret i særlige sociale miljøer. For det andet mangler den aktuelle information om kokain ofte klare videnskabelige definitioner — f.eks. skelner informationssystemerne sjældent mellem »base/crack«-kokain og kokainklorid eller mellem de forskellige »base/crack«-præparater. Disse forskellige former for kokain har på forskellige markeder forskellige brugsmønstre og fører til forskellige problemer, som alle må forstås, hvis der skal udformes en effektiv politik og iværksættes effektive tiltag for at reducere efterspørgslen.

Udbredelse, mønstre og problemer

Udbredelse

Hverken generelle befolkningsundersøgelser eller skoleundersøgelser viser en generel stigning i kokainbrugen i EU. Kun i Det Forenede Kongerige har en stigning i langtidsforekomsten af brug af kokain blandt unge voksne mellem 16 og 29 år kunne bekræftes. Italiens nationale knudepunkt beretter, at en række kilder i Italien har vist, at kokainbrugen kommer ind på andenpladsen efter cannabis og før brug af amfetamin og ecstasy.

En europæisk skoleundersøgelse fra 1999 viser, at eksperimentel brug af kokain (langtidserfaring) blandt skoleelever i alderen 15-16 år er lav og meget lavere end for cannabis. Alle medlemsstaterne i undersøgelsen beret-

tede, at kokain var mindre tilgængeligt end ecstasy, selv om der var betydelige variationer landene imellem. Kokain berettes at være let tilgængeligt af flest 15-16-årige i Irland og Det Forenede Kongerige (henholdsvis 21 % og 20 %) og færrest i Finland (6 %). Men i alle de

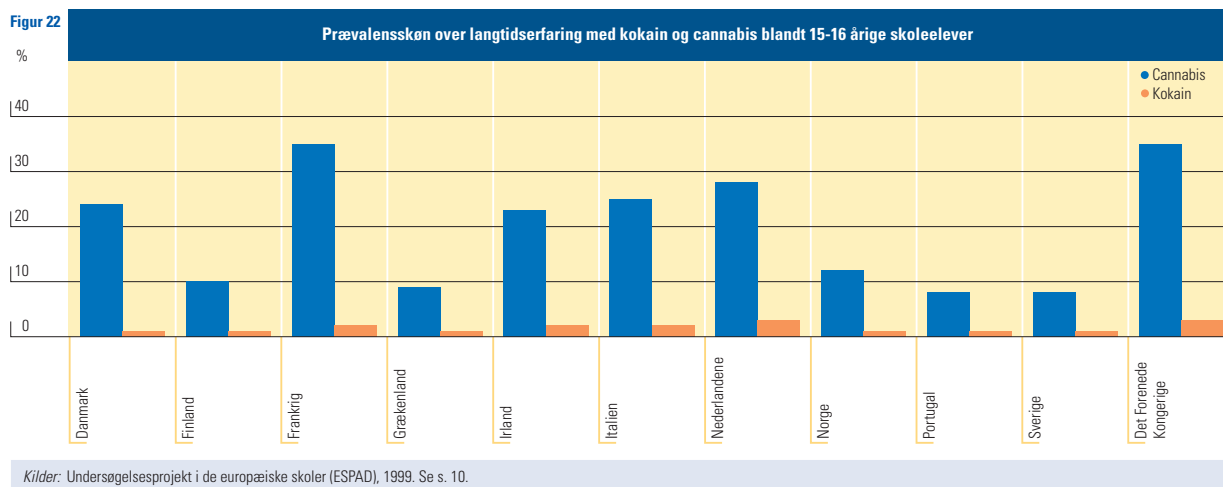
Hvad er kokain og crack?

Kokain er et centralstimulerende middel, der udtrækkes af bladene af *Erythroxylon*-kokabusken: Det blev udviklet til behandling af en lang række sygdomme i midten af det 19. århundrede. Den kemiske betegnelse for det forarbejdede stof er kokainklorid, og det sælges normalt »på gadeplan« som et krystallinsk pulver kendt under en lang række navne såsom »coke« »sne« og »Charlie«. Det indtages normalt gennem næsen, og mere sjældent opløses det i vand og injiceres.

»Base/crack«-kokain er en gadebetegnelse for kokain, der er blevet behandlet til brug ved rygning eller inhalering af dampe med henblik på at opnå en øjeblikkelig og intens virkning. Der er mindst tre metoder til fremstilling af »base/crack« (1). En metode giver et rent produkt — ved at tilføje varmt vand og ammoniak eller natriumbikarbonat og frasortere det overskydende væskeformige lag, der indeholder tilsætningsstofferne. En anden metode giver en lavere kokainkoncentration — ved at opvarme en kokainpasta og natriumbikarbonat i en mikrobølgeovn, hvor alle tilsætningsstofferne bliver i det endelige produkt.

Man skelner normalt mellem kokain og »base/crack« på basis af deres fysiske udseende og renhedsgrad, men billedet kompliceres yderligere af, at enkelte produkter af kokain-»base/crack« ser ud som kokainklorid.

2001 Årsberetning om Narkotikasituationen i Den Europæiske Union



undersøgte EU-lande var tilgængeligheden af kokain betydeligt mindre end for samme aldersgruppe i USA (2). Modviljen mod kokainbrug er meget stærk og mere eller mindre lige stærk i alle landene i undersøgelsen og er omtrent lige så stærk som modviljen mod heroin.

Mønstre

Selv om der ikke er sket noget dramatisk i den almindelige befolkning på nationalt plan, er udbredelsen af kokainbrug større i visse sociale miljøer. Tidligere forskning om kokainbrugere har vist, at der er skarpe skel mellem fritidsbrugere af kokainpulver (klorid) og problematiske »base/crack«-brugere og personer, der injicerer kokain. Der er stor spredning i mønstrene for fritidsfor-

brug af kokainpulver blandt dem, der går på natklub og er i dance-miljøer, og dem, som bruger kokainpulver af sociale årsager, eller fordi de finder en vis nytte i det. Disse fritidsbrugere skiller sig skarpt ud fra de marginaliserede grupper, såsom hjemløse unge, prostituerede og problematiske heroinbrugere, som ryger »base/crack« eller injicerer kokain blandet med heroin, og som holder sig i særlige geografisk afgrænsede områder i bestemte byer. Imidlertid kan den nye tendens til kokainrygning i fritiden og i natklubmiljøer samt nye ændringer på markedet føre til, at grænsen mellem kokainpulver og »base/crack« udviskes. For det første er der i fem medlemsstater — Nederlandene, Frankrig, Grækenland, Det Forenede Kongerige og Italien blevet rapporteret om

Tabel 3

Langtidserfaring (LTE) med brug af kokain i målrettede brugerundersøgelser sammenlignet med befolkningsundersøgelser						
	»Clubbers«			Yngre voksne i befolkningen generelt		
	% LTE	Stikprøvestr.	(År) og kilde	% LTE	Stikprøvestr.	År og aldersgruppe
Østrig	42	50	(1999) Østrigske ravedeltagere	–	–	–
Belgien	45	154	(1998) Rockfestival, i den fransktalende del	–	–	–
Danmark	–	–	–	3,1	14 228	2000 16-34 år
Finland	–	–	–	1,2	2 568	1998 15-34 år
Frankrig	56	896	(1999) Techno-rave-fester, Médecins Du Monde	1,9	2 003	1999 15-34 år
Tyskland Tidl. Vest	–	–	–	2,2	6 380	1997 18-39 år
Tidl. Øst	–	–	–	0,4	1 620	1997 18-39 år
Nederlandene	48	456	(1998) Spørgeskema til Amsterdam-clubbers (23 % svar)	3,7	22 000	1997/98 15-34 år
Spanien	–	–	–	4,8	12 488	1999 15-34 år
Det Forenede Kongerige	62	517	(1997) Release drugs and dance (1)	6,4	10 293	1998 16-34 år
	18 »crack«					
Nordirland	50	106	(1999) Clubbers i Liverpool (2)	–	–	–
	45					

(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: De nationale knudepunkter og henvisninger, som angivet efterfølgende.

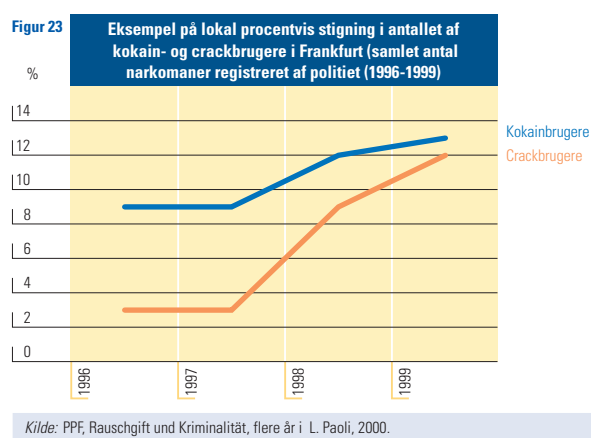
Udvalgte aspekter

en ny tendens, der går ud på at blande »base/crack«-kokain med tobak i en »joint« for at ryge den. For det andet har retsmedicinske afdelinger rapporteret, at der findes »base/crack«-kokain, der fysisk ligner kokainpulver (klorid), hvilket gør det vanskeligt for politiet og uerfarne brugere at skelne mellem de to (8). Og for det tredje er der i Det Forenede Kongerige tegn på, at »base/crack«-kokain til rygning bliver omdannet og solgt under nye navne såsom »rock« og »stone« for at skelne denne kokain fra »base/crack« og sikre den indpas i højere kredse, hvor man helst bruger kokain i pulverform (4).

Udbredelsen af kokainbrug er langt større blandt delpopulationer med en høj udbredelse af anden stofbrug, end den er blandt unge voksne i befolkningen generelt. Tabel 3 (*Langtidserfaring med brug af kokain i målrettede brugermiljøer*) illustrerer en betydelig forskel mellem unge, der tilhører »dance«-klubmiljøer, hvor udbredelsen af langtidserfaring med kokain er relativ høj, og den generelle befolkning af unge voksne, hvor udbredelsen er meget lavere. Den relativt høje pris på kokain kombineret med dens korte virkning begrænser regelmæssig fritidsbrug af dette stof, og et højt indkomstniveau kan være en betydelig faktor for regelmæssig brug. I fritiden har nogle en tendens til at drikke betydeligt mere alkohol end sædvanligt sammen med kokain, og kokain gør folk mere selskabelige ved at moderere alkoholens uønskede virkninger.

Problemer

Mellem 1994 og 1999 oplevede Spanien og Nederlandene en betydelig stigning i antallet af klienter, der søgte behandling for problemer forbundet med kokain som hovedstof — set i forhold til det samlede antal klienter, der søgte behandling. Tyskland, Grækenland og Italien oplevede også en forholdsmæssig stigning i kokainbehandlingen, og Irland oplevede en stigning indtil 1998 (22). Det Forenede Kongerige og både den fransktalende- og den flamsktalende del af Belgien rapporterede også om en stigning. Der findes meget lidt sammenlignende forskning om kokainbrugere, som søger behandling i EU, og den forholdsmæssige stigning i klienter, der søger hjælp for kokainproblemer kan faktisk skyldes en reel forværring af kokainproblemerne, men kan også være resultatet af en reduktion af antallet af klienter, der søger hjælp for opiatproblemer, eller et resultat af, at tidligere opiatklienter skifter deres hovedstofproblem ud med kokain. Udviklingen af tilbud, der er mere attraktive for kokainbrugere kan også øve indflydelse på behandlingstillene. Nogle narkotikabehandlingsinstitutioner har rapporteret, at der blandt klienter under behand-



ling for heroinafhængighed har været en stigning i kokainbrug, særlig indtaget ved rygning som »base/crack«-heroin eller intravenøst sammen med heroin.

Figur 23 giver et eksempel på en lokal stigning i antallet af »base/crack«-brugere, som ikke er afspejlet på nationalt plan. I Frankfurt er der i perioden mellem 1996 og 1999 sket en procentvis firedobling af antallet af »crack«-brugere blandt det samlede antal narkomaner registreret af politiet.

Sundhedsvæsenet og kokainbrugerne rapporterer sjældent om dødsfald eller helbredsproblemer, som direkte skyldes snifning af kokainpulver, og eftersom fritidsbrugere har en tendens til at bruge kokain sammen med store mængder alkohol eller andre rusmidler, er det vanskeligt at identificere årsagerne til de negative erfaringer. Luxembourg, Nederlandene og Italien rapporterer imidlertid om en stigning i antallet af narkotikadødsfald, og Spanien rapporterer om en stigning i hospitalsindlæggelser, hvor kokain har været indblandet sammen med andre stoffer. En øget bevidsthed blandt skadestuepersonale om kokains potentielle rolle i forbindelse med hjertekarforstyrrelser kan føre til højere rapporteringstal (4).

Der er påvist alvorlige sundhedsmæssige, sociale og psykologiske problemer forbundet med rygning af »base/crack«-kokain, navnlig blandt marginaliserede grupper såsom problematiske opiatbrugere, hjemløse og andre unge, som er i en vanskelig situation, og kvindelige prostituerede. Det står ikke klart, hvorvidt problemerne er en direkte følge af brug af kokain i denne form eller hyppighed og mængde eller en følge af allerede eksisterende sociale/psykologiske og narkotikaproblemer.

(22) Figur 15 OL: Kokain: Udvikling for nye klienter indlagt til behandling (onlineversion).

Markedet

I 1999 steg antallet af kokainbeslaglæggelser markant i Luxembourg og Sverige, mens det faldt i Østrig, Belgien og Danmark. Detailpriserne for et gram kokain blev rapporteret at variere fra 24 EUR i byer som Amsterdam og Frankfurt til 170 EUR i medlemsstater som Sverige og Finland. I Det Forenede Kongerige og Frankrig er detailpriserne faldet, men renhedsgraden er generelt forblevet høj på mellem 55 og 70 % indtil slutningen af 1999, hvor Det Forenede Kongerige oplevede et klart fald i gennemsnitsrenheden for crack (10). Geografiske forskelle i prisen inden for medlemsstaterne er markante. Små mængder kokain, i dele af et gram eller i form af »balls« eller »rocks«, sælges for under 15 EUR i nogle byer, særlig byer, hvor narkotika sælges på gaden, og hvor kokainkoncentrationerne kan være betydeligt lavere (f.eks. Frankfurt, Milano, Paris, London, Manchester og Liverpool). Kokain distribueres primært gennem venners venner, men i nogle byer finder der åben handel sted i natklubber og på gaden. Brugen af mobiltelefoner har gjort det lettere at organisere salg og levering hjemmefra, samtidig med at mobiltelefonen giver øget beskyttelse (i form af anonymitet) (4,5,6,7).

Der er blevet rapporteret om øgede mængder af rygefærdig »base/crack«-kokain i en række europæiske byer (Amsterdam, Rotterdam, London, Liverpool, Manchester, Frankfurt, Milano og Paris), men fremstillingsmetoderne (og de deraf følgende kokainkoncentrationer, som kan nå op på 100 %) varierer og skaber forvirring i narkotikainformationssystemerne, og den manglende videnskabelige definition for gadebetegnelser såsom »crack« og »base« vanskeliggør uddannelses- og forebyggelsesinitiativer. På gadeplan sælges kokain allerede blandet med heroin.

Spanien, Belgien og Nederlandene beskrives som væsentlige transitlande for kokain fra Latinamerika (navnlig Colombia, Brasilien og Venezuela) til resten af EU. I 1999 blev der rapporteret om, at der var blevet destrueret seks kokainlaboratorier i Spanien, og de efterfølgende stigninger i engrosprisen for kokain i Spanien tilskrives dette.

Interventionsprojekter og nye tilgange

Som reaktion på den øgede brug af kokain og crack har EU fastsat tre hovedtiltag med henblik på efterspørgselsreduktion. I 90'erne udviklede et mindre antal byer specialiserede tjenester, der skulle tage sig af de primære kokainproblemer og særligt udsatte grupper, såsom Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. i Frankfurt og »Take Five« i Rotterdam. Nogle medlemsstater rapporterer om bestræbelser på at tilpasse eksisterende strukturer til

problematiske kokain- og crackbruges behov. F.eks. er der i Frankrig og Det Forenede Kongerige ved at blive udviklet tværfaglige strategier blandt involverede fagfolk med henblik på at indsamle og udveksle information om kokain- og crackbrugere for at tilpasse uddannelse og eksisterende modeller og behandlingstjenester mere effektivt til disse bruges behov. For det tredje har nogle medlemsstater set nødvendigheden af at betragte kriminalitet og de sundhedsmæssige konsekvenser, der følger af blandingsbrug, i et mere generelt perspektiv.

Det er vanskeligt at få data om, hvilke initiativer den private sektor har taget med hensyn til kokainproblemerne, men denne sektor spiller ikke desto mindre med stor sandsynlighed en væsentlig rolle i behandlingen af de mere socialt privilegerede problematiske kokainbrugere.

Eksempler på behandling af kokainproblemer

Meget få behandlingsinitiativer er beskrevet i beretningerne fra medlemsstaterne. Tyskland og Nederlandene har imidlertid beskrevet interventioner specielt rettet mod kokainproblemer.

I Frankfurt tilbyder ungdomsorganisationen Jugendberatung und Jugendhilfe e.V. en behandling mod kokainafhængighed, som er skræddersyet til hver enkelt patients behov. Den indledende »afrusningsfase«, der varer nogle få dage, finder enten sted i et ambulansmiljø med psykosocial støtte eller som en afgiftningsproces på et hospital. Den næste fase omfatter seks dages hospitalsbehandling, hvor klienten følger et dagligt program, der omfatter gruppemøder og individuelle behandlinger. Restitutionsfasen varer et par dage og foregår ambulans eller på et hospital og tager sigte mod at retablere eller forbedre kontakten og forholdet til familie, slægtninge eller partnere.

I Rotterdam har »Take Five«- et behandlingsprogram for tunge »base/crack«-brugere kørt siden 1996. Programmet administreres af det kommunale sundhedsvæsen og fungerer som et lavtærskeltilbud. I første fase kontakter gadeplansarbejdere »base/crack«-brugere på forskellige steder såsom steder, hvor der foregår handel med narkotika, væresteder eller krisecentre. I anden fase kommer patienten til et såkaldt »døgncenter«, der tilbyder støtte 24 timer i døgnnet med en praktiserende læge og psykiatere, der er til rådighed efter behov. Formålet med tredje fase er at stabilisere klientens helbred og starte rehabiliteringen. Rotterdam-eksperimentet rapporterer om, at akupunktur er meget populært blandt klienterne med henblik på afslapning.

Udvalgte aspekter

Politiske spørgsmål

I EU er der et marked af fritidsnarkotikaforbrugere med gode indtægter, som enten ved, at indholdet i »ecstasy«-tabletter kan være usikkert og kender til farerne med hensyn til akutte og langsigtede sundhedsrisici, eller som er trætte af tidligere erfaringer med MDMA og de ubehagelige eftervirkninger de efterfølgende dage. Forskning viser, at fritidsbrugere af kokain betragter kokain som et mere forudsigeligt, alsidigt og mindre iøjnefaldende stof end ecstasy, og eftervirkningerne af kokain anses for at være mindre alvorlige og ubehagelige og af kortere varighed end eftervirkningerne efter ecstasy eller amfetaminer (3).

Forskning om kokainbrugere har peget på klare sociale forskelle og skarpt adskilte subkulturer mellem dem, som bruger kokainpulver (klorhydrat), og dem, som ryger »base/crack« — men der kan sættes spørgsmålstejn ved disse forskelle efter den seneste udvikling på markedet og den nye tendens til at ryge »base/crack«-kokain blandet med tobak i »joints« i fritids- og natklubmiljøer. Resultatet af sådanne erfaringer kan svække eksisterende tabuer mod rygning af »base/crack«, som har udgjort en uformel kontrolmekanisme, der har forhindret udbredelse af crack til den almindelige fritidsnarkotikakultur. — Disse tegn på, at den uformelle kontrolmekanisme svækkes, gør det desto vigtigere at gribe ind.

Et positivt, utilitaristisk og »luksusbetonet« billede af kokainpulver og måske også af »base/crack«-kokain kombineret med potentielle kunder med en høj indkomst kan føre til en spredning af brugen af kokain, herunder også »base/crack«, i EU. Dette udbredelsespotentiale bør behandles med forsigtighed, da en tendentiøs nyhedsdækning af »base/crack« kan føre til mytedannelser vedrørende brugen, hvilket kan aflede opmærksomheden fra eksisterende strukturelle problemer i de indre bydele (9).

Kilder

(Rapporter fra de nationale knudepunkter for 2000)

- (1) The Forensic Science Service: *Drug Abuse Trends No. 9*. Metropolitan Forensic Science Laboratory, London, 1999.
- (2) ESPAD-rapport fra 1999: *Se s. 10*.
- (3) A. Boys et al: *Kokain 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, Vol. 83, 2000, 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*. Førsteårsrapport til EMCDDA. Max Planck Institut, 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 Oct/Dec 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*.

Smitsomme sygdomme

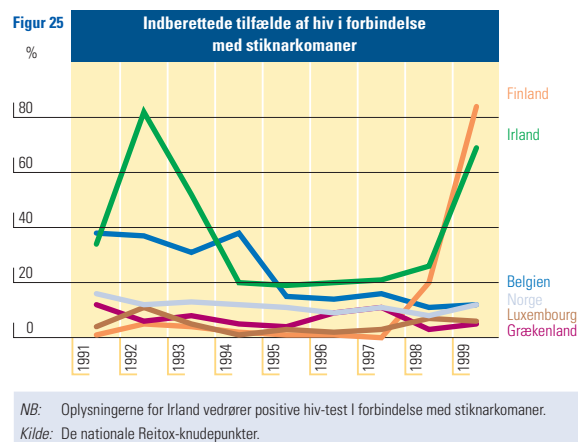
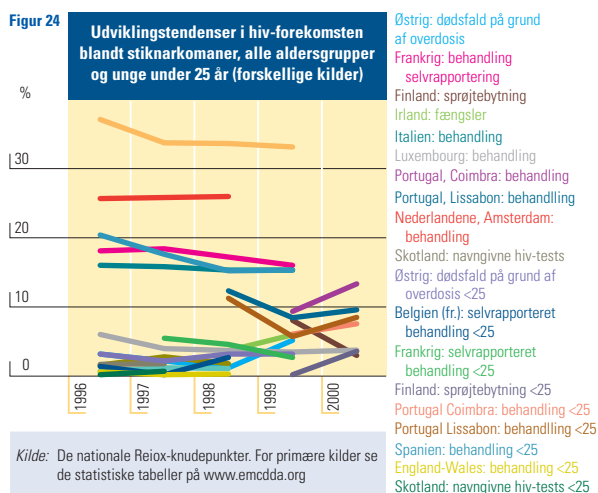
Forekomst og udviklingstendenser

Hiv

Udbredelsen af hiv varierer meget fra land til land — og inden for hvert land, regioner og byer. Selv om forskellige kilder og dataindsamlingsmetoder vanskeliggør sammenligninger, viser tilgængelige data, at det gennemsnitlige smitteniveau blandt forskellige undergrupper af stiknarkomaner varierer fra ca. 1 % i Det Forenede Kongerige til 32 % i Spanien (se figur 8, kapitel 1).

Udbredelsen af hiv synes at have stabiliseret sig i de fleste lande siden midten af 1990'erne efter at være faldet kraftigt efter den første store epidemi blandt stiknarkomaner i 1980'erne (se figur 24). I enkelte lande (Østrig, Luxembourg, Irland, Nederlandene, Portugal og Finland) er der mulighed for, at smitten igen øges blandt undergrupper af stiknarkomaner (se boks på side 17, kapitel 1).

Man får et klarere billede af smitteoverførsel i den senere tid, hvis man ser specifikt på udbredelse hos stiknarkomaner under 25 år. Hiv-smitte i denne gruppe må i gennemsnit være sket for nylig, eftersom de fleste stiknarkomaner får deres første »skud« i 16-20 års alderen (1), (2). Tendenserne i denne aldersgruppe er ud fra de tilgængelige data mere markante end den generelle udbredelse og peger nogle gange til og med i modsat retning. I Finland forekom der f.eks. et stort udbrud i 1998/1999, hvilket kan ses af antallet af indberettede hiv-tilfælde (figur 25). Efter 1999 faldt den samlede forekomst, hvilket bekræftes af data fra sprøjtebytteordninger (figur 24). Men samtidig er udbredelsen blandt unge stiknarkomaner steget fra 0 % i 1999 til ca. 4 % i 2000. Dette kan betyde, at så snart nye infektioner blandt ældre stiknarkomaner begynder at falde på grund af mætning (de fleste af de mest udsatte er blevet smittet) og/eller adfærdsændringer i risikogruppen, opstår der nye infektioner, hovedsageligt blandt yngre stiknarkomaner, som ofte har en mere udpræget risikoadfærd.



I flere lande er hiv-forekomsten gennemgående højere hos kvindelige stiknarkomaner end hos mandlige. Dette kan skyldes højere grad af sprøjtebyttedeling eller anderledes måder at dele sprøjter på og/eller højere seksuel risiko hos de kvindelige stiknarkomaner.

Aids

Aids blandt stiknarkomaner har været mest udbredt i den sydvestlige del af EU, dvs. Portugal, Spanien, Frankrig og Italien (23). Forekomsten af aids varierer ligesom hiv-forekomsten stærkt fra land til land, men den generelle tendens er nedadgående (figur 26). Dette fald skyldes formentlig resultatet af nye behandlingsmetoder for stiknarkomaner, som forsinker udbruddet af aids. Antallet af aids-tilfælde betragtes derfor som en mindre pålidelig indikator for smitteoverførsel af hiv end før 1996. Spanien, som havde den højeste årlige aids-forekomst blandt stofbrugere, er for nylig blevet overhalet af Portugal — det eneste land, hvor der ikke er registreret et fald. Dette kan tyde på begrænset brug af hiv-behandling (som vist i en nylig undersøgelse) og/eller på en stigning i overførslen af hiv-smitte i 1990'erne. Stigningen i Portugal viser imidlertid tegn på afmatning i 2000.

Hepatitis C

Forekomsten af hepatitis C-smitte er større og mere homogen i hele EU end udbredelsen af hiv. Mellem 40 % og over 90 % af stiknarkomanerne er smittede med hepatitis C-virus (HCV), selv i lande med lav hiv-udbredelse såsom Grækenland (se figur 9, kapitel 1). Kronisk HCV-smitte fører til alvorlige sundhedsproblemer og kan på langt sigt (årtier) få alvorlige følger for sundheden, herunder alvorlig leverskade og for tidlig død. Det er meget usikkert, hvor stor en andel af de kroniske infektioner, der

medfører alvorlige sundhedsproblemer, men nye indikationer tyder på, at udbredelsen kan være lavere (måske 5-10 %) blandt intravenøse stofbrugere end tidligere antaget (20-30 %) (3), (4). De ekstremt høje niveauer af HCV-smitte blandt stiknarkomaner i Europa kan imidlertid i løbet af de kommende årtier blive en stor belastning på sundhedsområdet på grund af leversygdomme blandt (tidligere) stiknarkomaner.

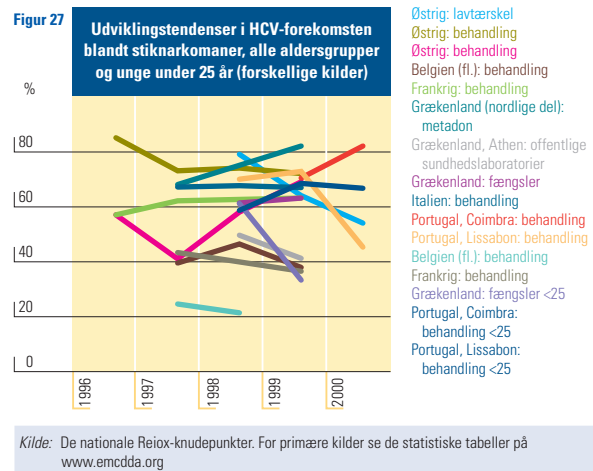
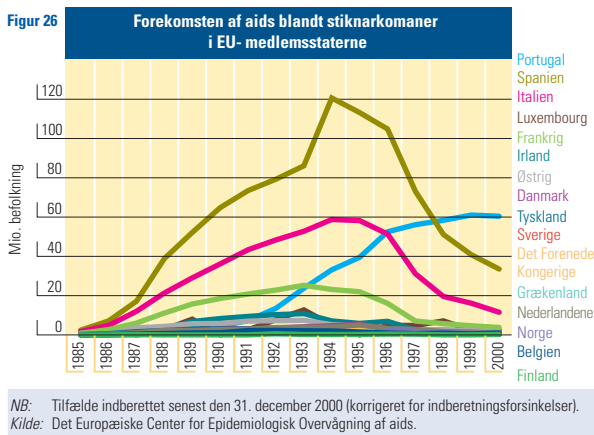
Tendenser, for så vidt angår hepatitis C-smitte, viser for de få lande, som har kunnet fremlægge oplysninger herom, både store fald og stigninger i Østrig, Portugal og Grækenland afhængig af kilden (geografisk sted) og aldersgruppen (figur 27). Dette kan betyde, at forskellige populationer af stiknarkomaner har forskellig smitteepidemiologi. Men det er også muligt, at tendenserne afspejler forskellige retningslinjer for testning i forbindelse med indførelsen af HCV-testning. For eksempel vil de med højest risiko deltage først, når der tilbydes en frivillig HCV-test, således at forekomsten i de efterfølgende år synes at falde. Kun hvis man følger tendenserne over en længere periode, kan man få en bekræftelse på de tilsyneladende tendenser. Denne potentielle skævhed vil være mindre her, fordi hiv-testning har eksisteret i mange år.

Hepatitis B

Forekomsten af antistoffer mod hepatitis B-virusen (HBV) er også høj, men synes at være mindre homogen i EU end udbredelsen af HCV. Hvad hepatitis B angår, angiver tilstedeværelsen af antistoffer, om man nogen sinde har været smittet i modsætning til HCV og hiv, hvor en positiv antistof-test for det meste angiver aktuel smitte. Men antistoffer mod HBV kan også være en indikation for vaccination. Dette betyder, at vaccinationspraksis, som

(23) Figur 16 OL: Aids-tilfælde diagnosticeret i 1999 blandt stiknarkomaner pr. million indbyggere (onlineversion).

Udvalgte aspekter



kan variere fra land til land, bør tages i betragtning, når man fortolker udbredelsen af HBV-antistoffer. De stiknarkomaner, som ikke har antistoffer kan blive smittet og bør vaccineres. Vaccination af stiknarkomaner er særlig vigtig, eftersom hepatitis B-(også hepatitis A- eller D-) smitte kan være meget farlig og endog dødelig, hvis man allerede er smittet med en anden hepatitis virus såsom HCV. I EU har rundt regnet mellem 20 og 60 % af alle stiknarkomaner antistoffer mod hepatitis B. Selvindberettede data fra undersøgelser i nogle lande tyder på, at kun omkring 10 til 30 % af alle stiknarkomaner er gennemvaccineret (5),(6),(7),(8). Dette betyder, at der er et stort potentiale for sundhedsfremme ved vaccination (24).

Lettere at fortolke end HBV-antistofferne er forekomsten af HBsAg (den serologiske markør, der angiver, at hepatitis B-virusen stadig er til stede). Påvises HbsAg, betyder det, at patienten er smittet med hepatitis B-virusen, og at smitten kan være af nyere dato eller kronisk. Niveaue for HBsAg indikerer således potentialet for alvorlige komplikationer på længere sigt og for spredning til andre gennem intravenøs risikoadfærd eller seksuel overførsel. Data om forekomsten af HBsAg findes kun for et begrænset antal lande, men tallene synes at variere meget og er i nogle tilfælde høje (figur 28). I det nordlige Grækenland kan der have været et større udbrud af hepatitis B før 1998 blandt stiknarkomaner i metadonprogrammer, eftersom tallene var meget høje i 1998, men faldt pludseligt mellem 1998 og 1999. I Belgien viser data for stiknarkomaner under behandling en støt stigning i den nuværende HBV-smitte (HbsAg) mellem 1997 og 1999. I Portugal viser nyere data et fald i den nuværende HBV-smitte. I Norge viser anmeldelsesdata en stærk stigning i HBV- (og HAV-) smitte blandt stiknarkomaner.

Andre seksuelt overførbare sygdomme, tuberkulose, endocarditis og clostridium-udbrud

Andre smitsomme sygdomme, som stiknarkomaner kan få, er tuberkulose, der ikke overføres ved intravenøs stofbrug, men som er særligt udbredt blandt stofbrugere i Spanien og Portugal på grund af dens stærke tilknytning til hiv-smitte og aids. Udbredelse af andre seksuelt overførbare sygdomme (SOS'er) såsom syfilis og gonoré kan også være høj blandt stofbrugere, navnlig stofbrugende gade prostituerede, hvis de ikke har adgang til lavtærskeltilbud. Dette kan forårsage, at disse sygdomme overføres til ikke-stofbrugere, samtidig med at disse SOS'er også udgør en vigtig risikofaktor for hiv-smitte. Stiknarkomaner har også ofte en høj forekomst af andre smitsomme sygdomme, der kan være livstruende såsom bylder på steder, hvor stoffet injiceres eller endocarditis (infektion af hjerteventiler), som ofte let kan behandles, hvis der findes behandlingstilbud på stedet.

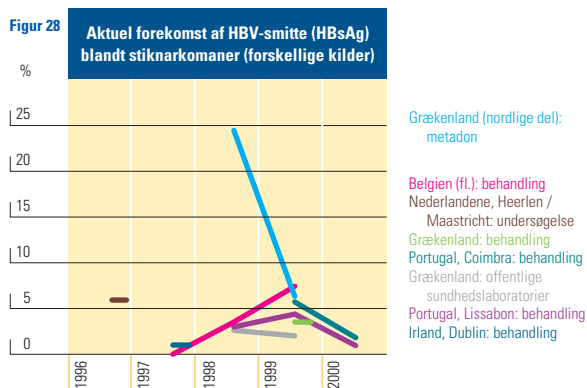
Mellem april og august 2000 forekom der et meget stort udbrud af clostridium novyi-smitten i Skotland, Irland, England og Wales, hvilket førte til 104 tilfælde af alvorlige sygdomme og 43 dødsfald blandt unge mennesker. Udbruddet skyldtes formentlig uren heroin kombineret med særlige injiceringsmetoder (intramuskulære eller subkutan snarere end intravenøs). Det viste på dramatisk vis, hvor stort potentialet er for alvorlige sundhedsproblemer blandt stiknarkomaner, og at disse kan være meget større og mere livstruende end sundhedsproblemer, som skyldes andre, mere udbredte stofbrugsmønstre.

Determinanter og konsekvenser

Intravenøs stofbrug

Blandt stofbrugere overføres smitte som hiv og hepatitis B og C hovedsageligt gennem intravenøs stofbrug. Dette

(24) Figur 17 OL: Forekomst af antistoffer over for hepatitis B-virus blandt stiknarkomaner i EU-medlemsstaterne (onlineversion).



Kilde: De nationale Reitox-knudepunkter. For primære kilder se de statistiske tabeller på www.emcdda.org

skyldes i høj grad, at brugerne deler injektionsudstyr såsom nåle og sprøjter og udstyr som vat, vand og skeer. Der er sandsynlighed for, at stiknarkomaner i situationer med øget intravenøs stofbrug kan være særligt udsatte over for en hurtig spredning af hiv og hepatitis.

Tidspunktet for og omfanget af aids-epidemierne i forskellige lande kan i stor udstrækning have været bestemt af tidspunktet for og omfanget af epidemierne af injektionsmisbrug. Disse epidemier bredte sig formentlig tidligere i de nordeuropæiske lande såsom Nederlandene (1970'erne og 1980'erne), men var da relativt begrænsede, og dukkede op noget senere og i større omfang i de sydeuropæiske lande såsom Spanien, Italien og Portugal (1980'erne og 1990'erne). Udbredelsen af en hiv-epidemi kan derfor afhænge af en meget fin balance mellem tidspunktet for og omfanget af epidemierne af injektionsmisbrug, bevidstheden om aids (der ikke fandtes de første år) og tidspunktet for indførelse af omfattende forebyggende foranstaltninger.

Omfanget af injektionsmisbrug blandt stofbrugere (i Europa hovedsageligt af heroin, alene eller sammen med andre stoffer) kan desuden afhænge af præferencer og stofbrugeres kulturelt betingede vaner eller af den type heroin, der er tilgængelig på markedet (om den er vandopløselig og injicerbar eller ikke). Også prisen og renhedsgraden spiller formentlig en rolle, idet intravenøs heroin giver en større virkning og derfor er billigere end rygeheroin. Frygt for aids menes at have langt mindre indflydelse på beslutningen om at injicere stof eller ikke.

Man ved endnu ikke, hvordan man kan forebygge mod injektionsmisbrug. Injektionsmisbrug eller anden form for heroinbrug kan hænge sammen med en række personlige og samfundsmæssige faktorer såsom adfærds- og/eller

familieproblemer og arbejdsløshed. Erstatningsbehandling kan imidlertid være meget effektiv, når det gælder om at reducere injektionsmisbrug og risikoadfærd forbundet med injektionsmisbrug blandt heroinbrugere (9).

Injektionsmisbruget er blevet mindre i 1990'erne i de fleste, men ikke i alle lande. Derfor varierer udbredelsen heraf (målt blandt opiatbrugere, der er i behandling) stærkt fra kun ca. 10 % i Nederlandene til hele ca. 70 % i Grækenland. Nyere tendenser for injektionsmisbrug findes ikke, undtagen for Irland, hvor tendensen fortsat er opadgående, hvilket stemmer overens med den senere tids stigning i antallet af positive hiv-test blandt stiknarkomaner.

Risikoadfærd forbundet med injektionsmisbrug

Spredningen af infektioner skyldes hovedsageligt risikoadfærd forbundet med injektionsmisbrug, først og fremmest »sprøjtedeling« (flere personer, der anvender den samme sprøjte). Overførsel kan også ske ved deling af injektionsudstyr såsom vand, vat, skeer, hvilket formentlig i endnu højere grad er tilfældet i forbindelse med hepatitis B og C. Ved uhygiejnisk injektionsmisbrug kan hepatitis også overføres, også selv om der ikke deles udstyr, for eksempel via blodkontaminerede hænder, borde eller andre overflader.

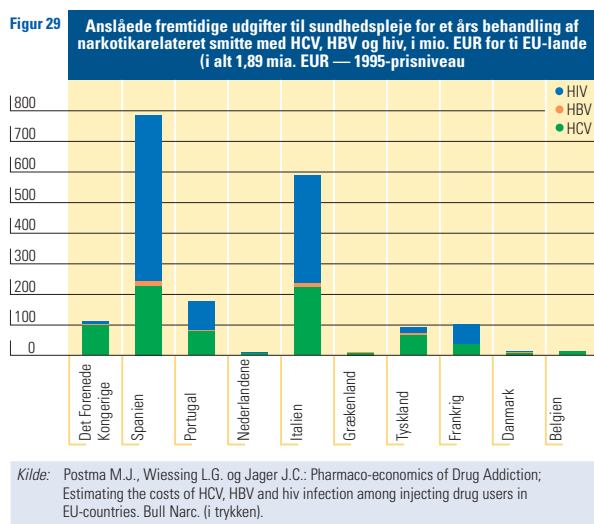
Anden risikoadfærd omfatter sprøjtning af heroin fra en sprøjte til en anden, for eksempel for at udmåle lige dele (»front«- eller »backloading«). Foreløbige data om sprøjtedeling viser, at dette stadig generelt er meget udbredt blandt stiknarkomaner, men at det varierer fra 10 til 17 % i Nederlandene (nylig lån af brugte sprøjter) til 64 % i Irland (sprøjtedeling inden for de sidste fire uger) og 75 % i England og Wales (deling af sprøjter og remedier) (25). Mange af disse data kan stadig undervurdere omfanget af risikoadfærd ved indirekte deling (»front«- eller »backloading«), deling af andet udstyr mv. På den anden side kan deling af sprøjter, der ofte forekommer mellem faste partnere, som begge ved, at de ikke er smittede, være nogenlunde sikkert.

Seksuel risikoadfærd

Seksuel overførsel af hiv og HBV er langt mere sjælden end overførsel ved sprøjtedeling, og seksuel overførsel af HCV anses for at være meget ubetydelig. Når smitteniveauet (prævalensen) er højt blandt stiknarkomaner øges faren imidlertid for seksuel overførsel og overførsel fra mor til barn. Stiknarkomaner kan da komme til at udgøre såkaldte kernegrupper eller smittelommer for videre overførsel til større dele af befolkningen. En effektiv måde

(25) Tabel 6 OL: Sprøjtedeling blandt stiknarkomaner i en række EU-medlemsstater (onlineversion).

Udvalgte aspekter



at forebygge seksuel overførsel på er at bruge kondomer. Brugen af kondomer er øget stærkt blandt stofbrugere siden 1980'erne, navnlig blandt prostituerede, som normalt rapporterer om en høj forekomst af kondombrug med kunder. Men brugen af kondomer er imidlertid lav mellem private partnere, som derfor fortsat udgør en betydelig risikogruppe for smitte.

Konsekvenser og omkostninger

Konsekvenserne af smitte med hiv er alvorlige. Hiv-smitte fører gennemsnitlig til aids efter ca. 10 år og har inden det tidspunkt påført både den enkelte og samfundet store omkostninger som følge af kroniske infektioner, hospitalsindlæggelser og for tidlig død.

Smitte med hepatitis B helbreder i de fleste tilfælde sig selv spontant, men i en stor del af tilfældene (2 til 8 % hos voksne smittede, 10 til 15 % hos ganske unge og meget højere hos børn) fører det til kronisk infektion, der på langt sigt kan føre til alvorlig leversygdom og for tidlig død. Eftersom hepatitis B og hiv let kan overføres seksuelt eller fra mor til barn, udgør disse infektioner blandt stiknarkomaner en væsentlig trussel mod befolkningen i sin helhed.

Hepatitis C er i de fleste tilfælde kronisk (formentlig 70 til 80 %), og stiknarkomaner udgør derfor stadig en potentiel stor smitekilde. Hepatitis C smitte kan ligesom hepatitis B på lang sigt (flere årtier) føre til alvorlige leversygdomme og for tidlig død. Kombinationen af flere forskellige hepatitisinfektioner (herunder hepatitis A) samtidig kan være særligt farligt og fører ofte til akut leversvigt og død.

Et foreløbigt skøn over fremtidige udgifter til sundhedspleje for et års behandling af narkotikarelaterede infektioner af typen hiv, HBV og HCV i EU tegner sig for omkring 0,5 % af EU's samlede sundhedsbudget (figur 29).

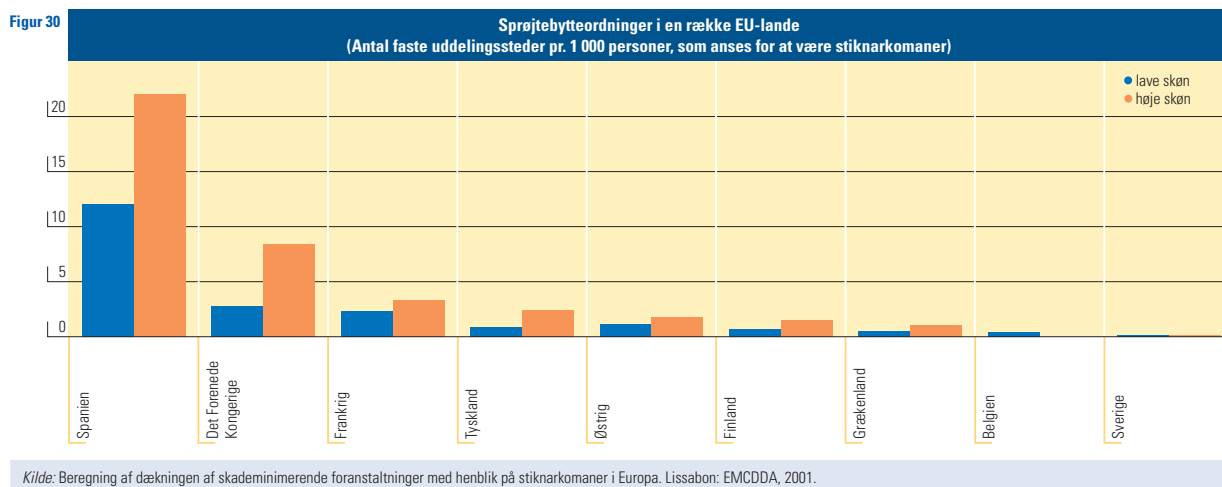
Skadereducerende tiltag

I de fleste EU-lande har indførelsen af foranstaltninger til begrænsning af de skadelige virkninger såsom øget adgang til sterile sprøjter og kanyler, større adgang til kondomer og hiv-rådgivning og -testning været med til at kontrollere overførslen af hiv blandt stiknarkomaner. Erstatningsbehandling, der i stort omfang kan reducere injektionshyppigheden, er også tilgængelig i alle medlemsstater, mest i form af oral indtagelse af metadon, men i de fleste lande er der stadig plads til betydelige forbedringer, hvad angår dækning (se kapitel 2, Efterspørgselsbegrænsning, Behandling, Erstatningsbehandling).

Samtidig med at det er bevist, at skadereducerende tiltag har bidraget til at reducere udbredelsen af hepatitis C blandt stiknarkomaner, har de ikke sat en stopper for dens spredning (10). Udbredelsen af hepatitis C-smitte blandt unge stiknarkomaner kræver nytænkning, når det gælder tiltag til skademinimering. Indførelsen af lægeovervågede væresteder og kontrolleret heroindistribution er to sådanne tiltag, der overvejes i nogle EU-lande. Men begge giver anledning til etiske og retlige problemer og kan nødvendiggøre ændringer i narkotikalovgivning. I de lande, som har væresteder (USA, Australien, Tyskland, Schweiz og Nederlandene), er effekten heraf endnu ikke vurderet.

Omfanget af tilbud og dækningsgrad er vigtige aspekter, når tilgængeligheden af skadereducerende tiltag skal måles blandt stiknarkomaner som gruppe. På grundlag af skøn over problematisk stofbrug og andelen af stiknarkomaner blandt opiatbrugere under behandling er der foretaget foreløbige skøn af størrelsen af populationen af intravenøse stofbrugere i EU-landene. Ved hjælp af disse skøn får man et groft billede af udbredelsen af sprøjtebytteprogrammer (distributionssteder) pr. land (se figur 30) og antallet af sprøjter, der udveksles via sprøjtebytteprogrammer pr. 1 000 stiknarkomaner pr. år (26). Selv om landespecifikke skøn måske ikke er pålidelige, ser det ud til, at sprøjtebytteordningerne i de fleste lande, som der findes data for, generelt set ikke har rene sprøjter nok til brugerne med undtagelse af Det Forenede Kongerige (England og Wales) og Spanien.

(26) Figur 18 OL: Sprøjter distribueret/byttet via sprøjtebytteordninger pr. skønnet stiknarkoman pr. år (onlineversion).



En fransk undersøgelse har beregnet det gennemsnitlige antal injektioner for en injektionsmisbruger, der injicerer dagligt (brug inden for den seneste måned) til at være 3,6 pr. dag, hvilket betyder mere end 1 300 injektioner pr. år pr. injektionsmisbruger, der injicerer dagligt. (93 % af andelen af deltagere i sprøjtebytteordninger injicerede dagligt) (11). Dette gennemsnit afhænger imidlertid i høj grad af de stoffer, der injiceres, (opiatbrugere, som også injicerer kokain, kan have større injektionshyppighed) og af indkomst (stiknarkomaner med få penge kan injicere langt mindre). Bedre totale og nationale skøn over antallet af stiknarkomaner og antallet af injektioner er nødvendige for at kunne vurdere dækningen af sprøjtebytteordninger og dermed deres potentiale for effektiv forebyggelse af narkotikarelaterede smitteoverførsler (27). (28)

Kilder

- (1) S. Darke, S. Kaye, J. Ross: *Transitions between the injection of heroin and amphetamines*, *Addiction*, Vol. 94, 1999, s. 1795-1803.
- (2) M.C. Doherty, R.S. Garfein, E. Montoroso: *Gender differences in the initiation of injection drug use among young adults*, *J Urban Health*, Vol. 77, 2000, s. 396-414.
- (3) D.L. Thomas, S.A. Strathdee, D. Vlahov: *Long-term prognosis of hepatitis C virus infection*, *JAMA*, Vol. 284, 2000, s. 2592.
- (4) A.J. Freeman, G.J. Dore, M.G. Law, et al: *Estimating progression to cirrhosis in chronic hepatitis C virus infection*, *Hepatology*, 2001, (in press).

- (5) *European network on hiv/AIDS and hepatitis prevention in prisons*, second annual report, 1998.
- (6) T.L. Lamagni, K.L. Davison, V.D. Hope, et al: *Poor hepatitis B vaccine coverage in IDUs*, *England 1995 and 1996*, *Comm Dis Public Health*, Vol. 2, 1999, s. 174-177.
- (7) M. Fitzgerald, J. Barry, P. O'Sullivan, L. Thornton: *Blood-borne infections in Dublin's opiate users*, *Ir J Med. Sc.i*, Vol. 170, 2001, s. 32-34.
- (8) *Italiens nationale knudepunkt* (2000 national rapport til EMCDDA).
- (9) E. Drucker, P. Lurie, A. Wodak, P. Alcabes: *Measuring harm reduction: the effects of needle and syringe exchange programs and methadone maintenance on the ecology of hiv, aids*, Vol. 12 (Suppl. A), 1998, s. S217-S223.
- (10) A. Taylor, D. Goldberg, S. Hutchinson, et al: *Prevalence of hepatitis C virus infection among injecting drug users in Glasgow 1990-96: are current harm reduction strategies working?*, *J Infect*, Vol. 40, 2000, pp. 176-183.
- (11) M. Valenciano, J. Emmanuelli, F. Lert: *Unsafe injecting practices among attendees of syringeexchange programmes in France*, *Addiction*, Vol. 4, s. 597-606.

Syntetiske stoffer

I dette afsnit suppleres dataene og analyserne i de andre afsnit af årsberetningen med et sammendrag af de vigtigste spørgsmål, problemer og udfordringer, når det gælder syntetiske stoffer.

(27) Tabel 7 OL: Udbud, anvendelse og dækning af sprøjtendistributionsordninger for injektionsmisbrugere og apotekers dækning i en række europæiske lande (kilde: de nationale knudepunkter, 2000) (onlineversion).

(28) Tabel 8 OL: Tilbud om hiv-rådgivning og -test, hiv-behandling og HBV-vaccination for stiknarkomaner i en række europæiske lande (kilde: de nationale knudepunkter, 2000) (onlineversion).

Udvalgte aspekter

Udbredelse af brug

Mens det globale billede i 2000 bekræfter, at udbredelsen af brugen af syntetiske stoffer i EU generelt har stabiliseret sig, iagttages der stadig en opadgående tendens i brugen af ecstasy i nogle regioner, som på grund af deres placering og et stort aktivitetstilbud for unge sandsynligvis vil tiltrække mange unge europæiske turister. Mere generelt kan byområder med etablerede ungdomskulturer fortsat udgøre et miljø, hvor »fritidsstoffer« kan få fodfæste og udvikle sig.

En tværsnitsanalyse af kvalitative undersøgelser tyder på, at forbruget af syntetiske stoffer har spredt sig videre fra »techno«-miljøet til diskoteker, natklubber og også private miljøer. Der er også rapporteret eksempler fra andre miljøer. F.eks. angav en 1998-undersøgelse, at 35 % af de studerende, som bruger ecstasy i Grækenland, har taget stoffet ved fodboldkampe.

Brugsadfærd og -mønstre

Der er en øget tendens til ikke at foretrække et bestemt stof fremfor et andet, men snarere til at bruge de forskellige narkotiske stoffer alt efter behov og situation.

Enkelte medlemsstater har foretaget yderligere undersøgelser af ændringerne i adfærdsmønstre blandt unge.

- De fleste lande understreger et fænomen med hurtigt skiftende mønstre, hvor store grupper eksperimenterer og/eller kombinerer forskellige stoffer for at blive »høje« og/eller for at kompensere for virkningerne af andre stoffer.
- I Nederlandene vurderer man for tiden fænomenet »ecstasys-fatigue«. Årsagerne til denne tendens kan skyldes flere forhold, f.eks. at der ikke findes nogen garanti for indholdet i pillerne, eller bevidsthedsgørelse (gennem medier) om de alvorlige eftervirkninger på humør og følelsesliv. Man har også stillet spørgsmålet, om kokain faktisk spiller rollen som basisstimuli med forudsigelige, kendte virkninger. Kombinationen kokain og alkohol betragtes af erfarne brugere som en »god blanding«, mens kombinationen ecstasy og alkohol betragtes som vanskeligere at takle.
- Hvad problematiske ecstasy-brugere angår peger enkelte undersøgelser af stofafhængighed på, at stoffets egen afhængighedsskabende potentiale måske spiller

Hvad er syntetiske stoffer?

Betegnelsen »syntetisk stof« anvendes kun om psykoaktive stoffer, der fremstilles ved en kemisk proces, hvor de vigtigste psykoaktive bestanddele ikke hidrører fra naturlige stoffer. Betegnelsen »syntetisk stof« begyndte at blive brugt synonymt med »dance«- eller fritidsbetonede stoffer, efter at det syntetiske stof ecstasy (MDMA) og andre ringsubstituerede amfetaminer begyndte at dukke op på de unges »dance«- og narkotikasteder, selv om også ikke-syntetiske stoffer såsom cannabis, kokain og tryllesvampe konsumeres i disse miljøer. Syntetiske stoffer med en lang historie af ulovlig brug omfatter amfetaminer og lysergsyredietylamid (lsd), mens ecstasy (MDMA) og andre stoffer, som er nævnt i Alexander Shulgin Pihkals liste ⁽¹⁾, er af langt nyere dato. Der er en voksende global bekymring når det gælder produktionspotentialet for andre og nyere syntetiske stoffer, der sælges som alternativer til MDMA, eller som tilsætning til MDMA-tabletter. Mange »syntetiske stoffer« er enkle at fremstille, og dette gør det vanskeligere at kontrollere forsyningen, eftersom laboratorier relativt nemt kan åbnes og flyttes.

Enkelte **syntetiske stoffer**, men ikke alle, er hallucinogener og kan virke enten stimulerende eller beroligende på centralnervesystemet. Det sidste er tilfældet med GHB.

Der findes også syntetiske opiater som metadon, petidin (MPPP, MPTP), fentanyl, 3-methyl-fentanyl osv.

»Designer drugs« har en sammensætning, der er analog med kontrollerede stoffer. Illegale producenter ændrer lidt ved molekylestrukturen i et forbudt stof for at frembringe lignende eller stærkere farmakologiske virkninger og undgår således retsforfølgning. EU's fælles aktion mod nye syntetiske stoffer (se boks på side 49) blev lanceret i juni 1997 med det formål at forebygge og/eller begrænse udbredelsen af denne praksis.

Amfetaminer er syntetiske stoffer. De kan injiceres, hvilket er tilfældet i Sverige og Finland, eller tages i tablet- eller pulverform. Amfetaminer blandes hyppigt i ecstasy-lignende tabletter med MDMA- eller ecstasy-analoger.

Metamfetaminer er metylderivater af amfetaminer (hovedsageligt, men ikke udelukkende af den ikke-substituerede ringtype). De omfatter »methedrin« såvel som »crystal« og »ice«, som er former, der kan rygges.

⁽¹⁾ A. og A. Shulgin (1991): *Pihkal: A Chemical love story*. Transform Press.

en mindre rolle end de ikke-kemiske og adfærdsmæssige afhængighedsmønstre, som er forbundet med det.

Når medlemsstaterne udarbejder strategier, tillægger de det alle betydning at skelne mellem forskellige grupper af brugere af syntetiske stoffer. En første og meget bred skelnen af ecstasy-brugere kan være som følger:

- Storbrugere. Selv om MDMA har et lavt afhængighedspotentiale, udviser et mindretal af brugerne et kompulsivt brugsmønster — ofte mere end en gang om ugen, mere end en pille ad gangen, blandingsbrug, intensive festaktiviteter i weekenderne og mangel på søvn. De er hyppigt med i netværk, hvor stofbrug er meget almindeligt.
- Forsigtige brugere med et mindre omfattende brugsmønster.
- Lejlighedsvis brugere med mindre viden og bevidsthed om mulige risici.

Blandingsbrug af forskellige — lovlige og ulovlige — stoffer er et almindelig udbredt adfærdsmønster blandt unge, som går meget i byen (værtshuse, diskoteker, »rave«- og techno-fester, private fester). Blandingsmisbrug — blanding eller skift mellem en lang række stoffer, syntetiske såvel som ikke-syntetiske — er hovedtendensen, og et dominerende mønster er »egenstyring« af blandingsmisbrug i en skiftende kontekst.

Skift fra et produkt til et andet og blandingsmisbrugsmønstre er til en vis grad forbundet med tilgængeligheden af forskellige stoffer — opportuniste spiller en ikke uvæsentlig rolle i den forbindelse. Personlige/gruppestrategier mobiliseres ofte for at få fat i et særligt stof, og gruppedynamikken spiller en vigtig rolle.

Der bør skelnes mellem stoffer, som anses for at være mere afpasset musikarrangementet i sig selv, og andre stoffer (såsom »after-’dance’-dope« eller »not-’dance’-dope«) og stoffer, som der eksperimenteres med som led i en indvielse ledet af erfarne brugere, som i det mindste har en vis empirisk viden om doser og bivirkninger. For et begrænset antal af syntetiske stoffer kan det ikke at tilhøre et sådant miljø udgøre en større risiko.

Stoffers tilgængelighed

MDMA, som stadig er det foretrukne produkt på ecstasy-markedet, optræder under mange forskellige logoer og mange forskellige navne. Det tyske kriminalpolitis labora-

torium i Wiesbaden, som overvågede tabletter, der var mærket med et »Mitsubishi«-diamanttrekantet logo, har for eksempel udsendt en liste over mere end 2 000 forskellige slutprodukter.

Forebyggelsesgrupper, som har været til stede ved musikarrangementer har beslaglagt piller, som ved toksikologisk analyse eller testing på stedet viste sig at være overdoserede MDMA-piller. Dermed kunne information om dem hurtigt udbredes til alle EU-landene gennem EU's hurtige varslingsystem.

En tendens, der bør overvåges nøjere, er det øgede antal af psykotrope lægemidler såsom ketamin, der er afledt af legale kilder.

Når det gælder amfetamin (eller »speed« — amfetaminsulfat) er der registreret lavere renhed og tilgængelighed. De skandinaviske lande er stadig hovedmarkedet for injiceret amfetamin og Det Forenede Kongerige for ikke-injiceret amfetamin.

Gennemsnitsforbruget af metamfetaminer er stadig meget begrænset i EU. Ifølge Europol ⁽²⁹⁾ er der imidlertid fundet beviser på, at produktion (nedlagte laboratorier) har fundet sted i Tyskland og Nederlandene. Estland og navnlig Tjekkiet har også været involveret i fremstilling og handel. Metamfetamin, der formentlig er fremstillet i Tjekkiet, har i øget grad erstattet amfetamin for forbrugere i Bayern og Sachsen, de to tyske delstater, der grænser op til landet. Flere beslaglæggelser af dette stof er blevet indberettet til Europol i 1999 af de retshåndhævende myndigheder i Finland, Sverige, Tyskland og Nederlandene.

Selv om lsd og andre hallucinogener stadig findes i narkotikamiljøet, har markedet stabiliseret sig eller er fladet ud i de fleste EU-lande.

Behandlingsdata

Behandlingsdata giver som en indikation for niveauet af problematisk stofbrug kun meget dårlig dækning for syntetiske stoffer, med undtagelse af injiceret amfetamin. Ecstasy bliver stort set aldrig registreret som det primære stof i forbindelse med personer, som søger behandling, eftersom patienterne typisk er blandingsbrugere. Den større behandlingsefterspørgsel efter amfetaminer som det primære stof i Sverige og Finland kan forklares ved disse landes historiske traditioner for brug af intravenøs amfetaminsulfat.

⁽²⁹⁾ Europolis årsberetning for 2000, Haag, Nederlandene.

Udvalgte aspekter

I Nederlandene resulterede indførelsen af en særlig registrering af ecstasy-brug i 1994 i en fuldstændig registrering i 1995 i det ambulante behandlingssystem. Tallene viser en faldende tendens i behandlingsefterspørgslen for ecstasy fra 1997, herunder en tilsyneladende indledende stigning i de to foregående år. Dette kan i det mindste delvis tilskrives en forbedret registrering. Alligevel udgør ecstasy ikke mere end 1 % af alle narkotikaklienter (3,1 % af amfetaminklienterne). I 1999 var antallet af klienter, der rapporterede ecstasy som sekundært stof, dobbelt så højt som antallet af klienter, der brugte ecstasy som hovedstof, og dette er i overensstemmelse med den kendsgerning, at ecstasy-brugere typisk er blandingsbrugere.

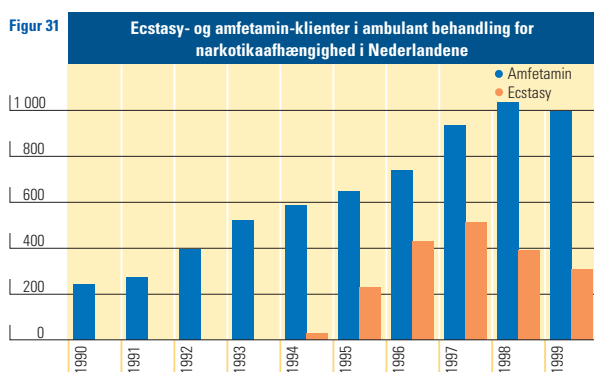
Sundhedsrisici

Selv om de er sjældne og dårligt dokumenterede, kan stoffer af ecstasy-typen give akutte virkninger, særlig når de tages sammen med andre lovlige og ulovlige stoffer (såsom GHB og alkohol), når de blandes med andre stoffer med mindre potentiale for akutte skadevirkninger, eller når tabletterne er stærkt overdoserede og/eller tages gentagne gange over en kortere periode.

Klinikere lægger snarere vægt på risikoadfærdens betydning (såsom den kompulsive søgen efter at blive »høj« eller uvidenhed om sammensætning og/eller virkninger) end det enkelte stofs toksitet, når det er isoleret fra konteksten eller fra brugsmønstrene. Den personlige sundhedsmæssige baggrund kan også være en bestemmende faktor.

I de fleste tilfælde er diagnosen blandingsforgiftning, og det er vanskeligt at pege på et stof frem for et andet.

For at kunne forstå hvilken slags potentielle langsigtede risici og neuro-psykiske aspekter, der er tale om i akutte forgiftningstilfælde, prioriterer klinikerne nu opfølgning af forgiftningstilfælde, der ikke har døden til følge, blandt unge brugere af ecstasy (hovedsageligt blandet med andre stoffer).



Langtidsbrug kan medføre negative virkninger. Reversible og/eller ikke-reversible virkninger på hjernen er stadig genstand for diskussion. Der foreligger stadig mere dokumentation for, at de serotonergiske nerveceller hos svære ecstasy-brugere tager skade. Kliniske undersøgelser angiver indlæringsproblemer, men forskningsprojekter inden for dette område (undervejs i Det Forenede Kongerige og USA) er stadig få og sjældne.

Dødsfald

Siden man begyndte med opsøgende og andre forebyggende foranstaltninger ved »techno/house«-arrangementer og -fester, er der observeret et fald i antallet af dødsfald sammenlignet med begyndelsen af 90'erne — i det mindste i lande, hvor nødssituationer bliver registreret og dokumenteret.

Af dødsfald, som tilsyneladende skyldes en overdosis af amfetamin- eller phenylpropanolamin-derivater i Nederlandene i perioden 1994-1997, er disse derivater blevet betragtet som den vigtigste dødsårsag i 50 % af tilfældene. I de resterende tilfælde blev der også fundet amfetamin-derivater, men dødsfaldet blev tilskrevet andre stoffer og/eller alkohol eller ukendte årsager.

Et nyt syntetisk stof, 4-methylthioamfetamin (4-MTA med gadebetegnelse »flatliner«) har været involveret i en række dødsfald i EU (fire dødsfald i Det Forenede Kongerige og et i Nederlandene). Et andet »nyt« syntetisk stof, GHB (gamma-hydrobuxyrat), er også blevet forbundet med en række dødsfald, almindeligvis i forbindelse med alkohol og/eller andre stoffer. Disse to stoffer har været genstand for overvågning og risikovurdering inden for rammerne af EU's fælles aktion mod syntetiske stoffer (se boksen på side 49).

Initiativer

Der organiseres initiativer over for syntetiske stoffer på forskellige interventionsniveauer:

Den primære forebyggelse koncentrerer sig om at tilvejebringe oplysninger om syntetiske stoffer og gennemføres normalt via offentlige kampagner og tiltag på skoler.

Skadereducerende/opsøgende aktiviteter i fritidsmiljøer består af såkaldte »chill-out« (afkølings)steder, pilletest, informationsbrochurer og rådgivningstilbud på stedet. Der er også »selv-støtte«-initiativer i techno-miljøet, der tager sigte på at give information om syntetiske stoffer og beslægtede stoffer inden for rammerne af en række musikorienterede aktiviteter.

Information blandt brugere om risikoen ved at blande stoffer (navnlig risikoen ved at blande med alkohol) og tidlig påvisning af nye risikogrupper blandt unge anses nu for at være meget vigtig.

Formålet med hurtig sundhedshjælp er at give målrettet information om forebyggelse, der gør det muligt for fagfolk på skadestuer og afdøgningsenheder, læger, sundhedsarbejdere på gadeplan mv. at opdage og give mere effektiv hjælp i tilfælde af akut forgiftning. I Frankrig har Médecins du Monde siden 1998 sørget for lægelig assistance ved »rave«- og andre »free-parties«. Mangel på klinisk litteratur om akutte forgiftningsepisoder og den manglende mulighed for at henvise til den enkelte patients sygehistorie vanskeliggør arbejdet.

Selv om »nye« stofbrugere har en mindre problematisk stofbrugsprofil, kan de tilbydes bedre information (nye eller erfarne brugere, der ikke er kendt af behandlingssystemet) om, hvordan man identificerer tegn på problematisk stofbrug og behov for hjælp. Vurdering af egen sundhedstilstand, bevidsthed om tab af kontrol med »selvstyret« brug og viden om adgang til rådgivningstjenester er mulige indikatorer, der kan kombineres med forebyggende opsøgende virksomhed. Men manglen på mangfoldighed og/eller relevans i de eksisterende behandlingstilbud kan begrænse virkningen af sådanne bestræbelser.

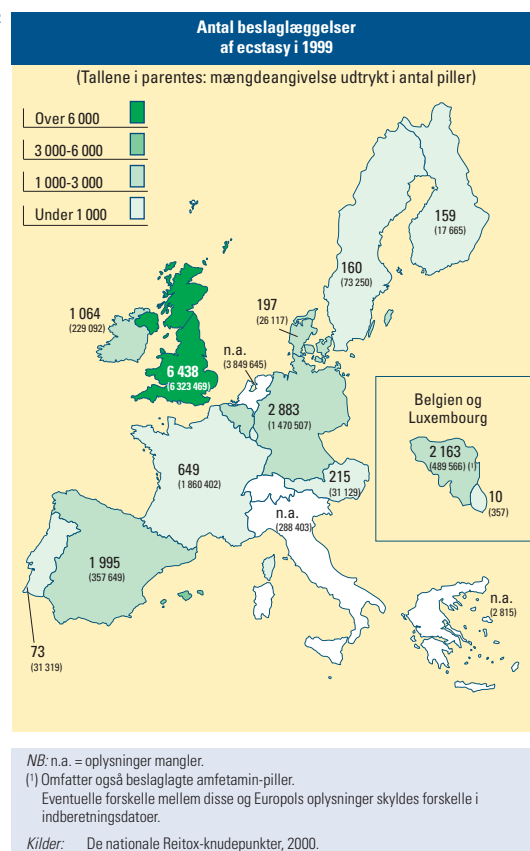
Udbudsbegrænsning

Ifølge Europol (årsberetning 2000) er Nederlandene stadig det primære land for fremstilling og eksport af ecstasy: 36 produktionssteder blev identificeret i 1999. I samme år blev der lukket fire laboratorier i Belgien, to i Spanien og et i Tyskland. Et af de største amfetaminlaboratorier, der nogen sinde er fundet, blev lukket i Grækenland i februar 2000. En række af de østeuropæiske lande (Tjekkiet, Polen og Bulgarien) og de baltiske stater er også involveret i fremstilling og eksport.

Som eksempel kan nævnes, at 10-20 % af de syntetiske stoffer til det britiske marked bliver fremstillet i Det Forenede Kongerige, mens resten menes at blive fremstillet på kontinentet (fortrinsvis i Nederlandene og Belgien) og komme ind i Det Forenede Kongerige via havne ved Den Engelske Kanal og lufthavne.

Den gennemsnitlige engrospris (salg pr. kg) for tabletter solgt som ecstasy varierer mellem 4 og 5 EUR pr. tablet

Figur 32



med en minimumspris på 1 EUR i Portugal og en maksimumspris på 13 EUR i Danmark ⁽³⁰⁾. Den gennemsnitlige detailpris varierer mellem 4 og 28 EUR pr. gram med en minimumspris på 4 EUR i Nederlandene og en maksimumspris på 34 EUR i Danmark.

Nye initiativer og politiske udfordringer

Syntetiske stoffer er i det politiske søgelys til trods for de begrænsede videnskabelige beviser, der er til rådighed, hvad angår deres risiko for folkesundheden. Den udbredte brug af disse stoffer blandt socialt integrerede grupper, deres rolle som referencemodel inden for ungdomskulturen og den kendsgerning, at fremstilling og handel foregår i Europa (til både interne og eksterne markeder) udøver et stort pres på EU om at træffe ansvarlige foranstaltninger.

Syntetiske stoffer og risikovurderinger indgår i stigende grad i et mere omfattende syn på skiftende mønstre og adfærd, subkulturer og udvikling. Dette har ført til følgende aktioner:

⁽³⁰⁾ Seneste data: 7/1999. Priserne varierer inden for forskellige medlemsstater afhængig af renhedsgraden, købt mængde, og hvor købet finder sted (kilde: Europol, AR2000).

Udvalgte aspekter

- etablering af effektive kommunikationskanaler mellem alle aktører involveret i systemer for hurtige tiltag
- etablering af bedre forbindelser mellem videnskabeligt baseret information og politiske initiativer
- forbedring af mulighederne for at opnå særlig information om syntetiske stoffer og mere generelt om nye tendenser inden for stofbrug gennem nationale og lokale prævalensskøn, registrering af behandlingsbehov, hvor der også tages hensyn til, at behandlingstilbuddene primært sigter mod opiatbrugere.

EU's fælles aktion mod nye syntetiske stoffer

I perioden 1998-2000 har EU's fælles aktion »system til hurtig varsling« med henblik på hurtig indsamling og udveksling af information om nye syntetiske stoffer opdaget en række nye stoffer på det illegale marked i Den Europæiske Union. Fælles statusrapporter med et sammendrag af den information, der blev indsamlet i denne foreløbige fase, er fremlagt af EMCDDA og Europol for Rådets Horisontale Narkotikagrube. Endvidere er fire af disse stoffer, MBDB, 4-MTA, GHB og ketamin på anmodning fra Rådet blevet gjort til genstand for en risikovurdering i EMCDDA's udvidede videnskabelige komité.

På basis af dennes risikovurderingsrapport og en udtalelse fra Europa-Kommissionen er et nyt syntetisk stof, 4-MTA, blevet gjort til genstand for kontrolforanstaltninger i alle EU-medlemsstater ved en rådsbeslutning af 13. september 1999.

Andre nye syntetiske stoffer, såsom PMMA, 2-CT-5 og 2-CT-7, er for nylig blevet opdaget under den fælles aktions »system til tidlig varsling« og bliver nu løbende overvåget af EMCDDA og Europol i fællesskab, i nært samarbejde med Europa-Kommissionen og Det Europæiske Agentur for Lægemiddelvurdering (EMA).

Den fælles aktion skal være et værktøj til at bestemme, hvorvidt et bestemt stof skal kontrolleres på EU-plan eller ikke, og skal give medlemsstater og de europæiske institutioner et regelmæssigt overblik over stofbrugssituationen i fritidsmiljøer og tidlige angivelser af tendensen inden for handelen med syntetiske stoffer. Risikovurderingsindsatsen udgør et solidt grundlag, som politikerne kan basere sig på i deres overvejelser af mulige foranstaltninger til at sikre en balance mellem retshåndhævelse og forebyggende foranstaltninger.

Narkotikaproblemet i Central- og Østeuropa

Dette kapitel er udarbejdet på grundlag af de seneste oplysninger, der er stillet til rådighed via Phare's program for narkotikabekæmpelse. For nærværende er partnerskabet mellem EMCDDA og ansøgerlandene inde i en overgangsperiode, hvor det direkte tekniske samarbejde skal udbygges yderligere for at sikre det institutionelle grundlag for nationale narkotikainformationssystemer, konsolidere relationerne og for at etablere permanente strukturelle forbindelser.

Situation og tendenser

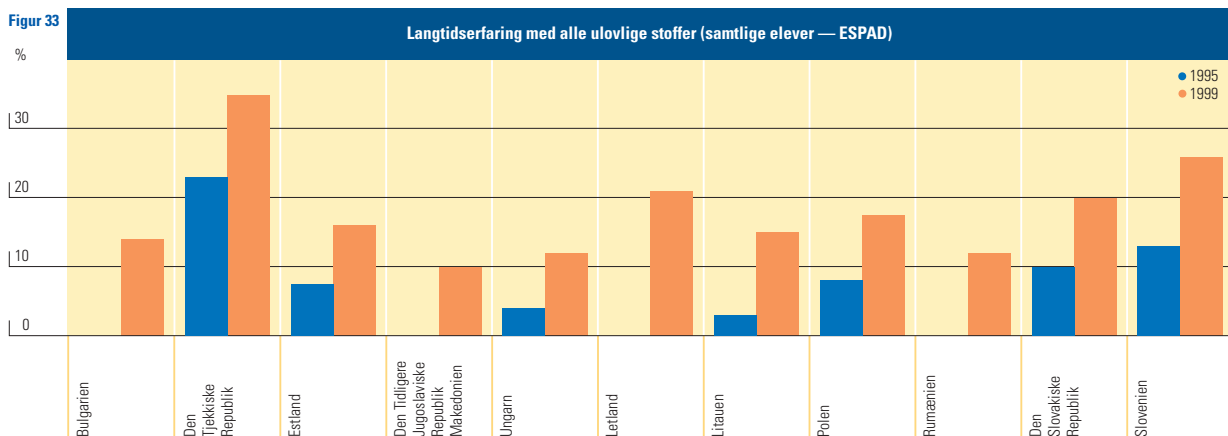
Som helhed bekræftes de vigtigste tendenser, der blev identificeret i 2000:

- en stigning i procentandelen af befolkningen som helhed, navnlig skolebørn, som har prøvet ulovlige stoffer mindst én gang i livet
- en stigende efterspørgsel efter behandling, primært for opiatafhængighed
- ændrede stofbrugsmønstre, hvor importeret heroin i stadig større grad erstatter lokalt producerede opiater

- en spredning af stofbruget fra større bymæssige bebyggelser til alle regioner
- en forøgelse af de problemer og udfordringer, der er forbundet med handel og transit af ulovlige stoffer.

Stofbrugets udbredelse og mønster

Ifølge de data, der er indsamlet af det europæiske skoleundersøgelserprojekt om alkohol og andre rusmidler (ESPAD) i 1995 og 1999, er langtidserfaringen med ulovlig stofbrug blandt skolebørn (15-16-årige) fordoblet i samme periode i alle central- og østeuropæiske lande undtagen Tjekkiet, hvor denne udbredelse allerede var temmelig høj og øgedes halvanden gang (se figur 33).



2001 Årsberetning om Narkotikasituationen i Den Europæiske Union

Tabel 4

Langtidserfaring med brug af ecstasy, amfetaminer og lsd blandt skolebørn — ESPAD 1995 — 1999

	Ecstasy		Amfetaminer		Lsd	
	1995	1999	1995	1999	1995	1999
Bulgarien	–	1	–	1	–	1
Den Tjekkiske Republik	0	4	2	5	2	7
Estland	0	3	0	7	1	3
Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien	–	1	–	0	–	1
Ungarn	1	3	0	2	1	4
Letland	0	6	0	4	0	4
Litauen	0	4	0	2	0	2
Polen	0	3	2	7	1	5
Rumænien	–	0	–	0	–	0
Den Slovakiske Republik	–	2	0	1	0	4
Slovenien	1	4	0	1	1	3

Denne stigende udbredelse afspejler primært stigningen i brugen af cannabis, der stadig er det hyppigst brugte stof blandt teenagere.

Parallelt hermed er der blevet opdaget en betydelig, men mindre stigning i brugen af stoffer som ecstasy, amfetaminer og lsd (tabel 4).

Enkelte data indsamlet i byer og blandt særlige indsatsundergrupper afslører imidlertid, at forekomsten af brug af syntetiske stoffer kan være større end, hvad der måtte fremgå af nationale tal, selv om nøjagtige data om antallet af brugere i befolkningen mangler.

I Litauen viste ESPAD-undersøgelsen i 1999, at langtidforekomsten af alle ulovlige stoffer blandt skolebørn lå på 22,7 % i Vilnius og 23,9 % i Klaipeda, mens det nationale gennemsnit lå på 15,5 %.

I Tjekkiet viste en undersøgelse udført i »techno«-festmiljøet i Prag i 1998 og 1999, at langtidforekomsten lå på 44,5 % for amfetaminer, 35,7 % for ecstasy og 47,7 % for hallucinogener (sammenlignet med henholdsvis 5 %, 4 % og 7 % i ESPAD-undersøgelsen gennemført på nationalt plan).

Behandlingsefterspørgsel

Efterspørgslen efter behandling — hovedsageligt for opiatbrug — synes stadig at stige (tabel 5).

Det bør imidlertid understreges, at forbrugsmønstre såvel som de problematiske stoffer selv kan variere betydeligt fra land til land eller fra region til region.

Tilgængelighed

De store beslaglæggelser langs med Balkanruten og i Centraleuropa i 1999 og 2000 bekræfter regionens rolle,

når det gælder transit og oplagring af heroin. Det er bemærkelsesværdigt, at den samlede mængde heroin, der blev beslaglagt af de bulgarske myndigheder i 2000, er på 2 079 kg, hvilket er mere, end der samlet blev beslaglagt i de forudgående seks år. Størsteparten af disse beslaglæggelser gennemføres ved hovedkontrolposten på grænsen til Tyrkiet. Tilsvarende stigninger ses ikke andetsteds på Balkanruten. Men efterhånden som heroinforbruget stiger, synes også de central- og østeuropæiske lande i øget grad at stå for skud.

Central- og Østeuropa er fortsat transitregion for cannabis bestemt til EU-medlemsstaterne. I 2000 rapporterede de fleste lande om beslaglæggelser. Undersøgelser viser, at cannabis er det hyppigst brugte stof i de central- og østeuropæiske lande, og meget peger på, at der ligesom i EU er sket en bemærkelsesværdig stigning ikke blot i den ulovlige handel, men også i dyrkningen af cannabis i regionen.

Central- og Østeuropas transitrolle for kokainhandelen synes at have udviklet sig yderligere i 1999 og 2000. Der blev fortaget store kokainbeslaglæggelser i Ungarn, Tjekkiet og Rumænien. Forbruget synes imidlertid fremdeles at være begrænset til bestemte dele af befolkningen, hvis størrelse det er vanskeligt at anslå ved brug af de eksisterende overvågningssystemer.

De syntetiske stoffers popularitet er voksende blandt unge (tabel 4), og der er foruroligende tegn på, at et stigende antal unge er involveret i handel med stoffer. Fremstillingen af syntetiske stoffer er steget, og forbruget af disse påvirker flere og flere unges liv. Illegale laborato-

Tabel 5

Antal anmodninger om behandling i de central- og østeuropæiske lande siden 1993 (alle anmodninger)

	1993	1994	1995	1996	1997	1998	1999
Albanien	n.a.	n.a.	27	63	334	523	615
Bulgarien	n.a.	n.a.	254	449	582	974	1071
Den Tjekkiske Repub. (1)	n.a.	n.a.	2 470	3 252	3 132	3 858	3 889
Estland	n.a.	246	366	755	n.a.	n.a.	n.a.
Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien	82	116	242	301	431	n.a.	n.a.
Ungarn (2)	n.a.	2 806	3 263	4 233	7 945	8 957	12 765
Letland	n.a.	781	804	904	992	1 080	1 512
Litauen (3)	n.a.	n.a.	n.a.	1 804	2 871	2 862	3 082
Polen	3 783	4 107	4 223	4 772	n.a.	n.a.	n.a.
Rumænien	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	646	650	n.a.
Den Slovakiske Repub.	n.a.	1 189	1 239	1 594	2 074	2 199	2 236
Slovenien (1)	141	187	125	309	n.a.	n.a.	n.a.

NB: n.a. = oplysninger mangler.

(1) Førstegangs anmodning om behandling.

(2) Antal personer i behandling (ikke-harmoniseret indikator).

(3) Antal registrerede brugere.

Narkotikaproblemet i Central- og Østeuropa

rier, der fremstiller amfetaminer, findes i de fleste central- og østeuropæiske lande, og prækursorer til fremstillingsformål smugles fra andre central- og østeuropæiske lande, EU eller tredjelande.

Illegale laboratorier er blevet lukket i næsten alle lande i regionen. Navnlig Polen, Tjekkiet, Ungarn, Bulgarien og de baltiske stater synes at være store producenter. For eksempel skønnes det, at der, selv om man lukkede syv laboratorier i begyndelsen af 2000 i Polen, fortsat er mindst lige så mange i drift. Udbredelsen af ecstasy-brug på verdensplan har ført til eksport af stoffet fra EU til markeder i Central- og Østeuropa. Rets håndhævende myndigheder rapporterer, at en betydelig andel af den ecstasy, der bruges i de central- og østeuropæiske lande, stammer fra Nederlandene.

Politiske og institutionelle initiativer til tackling af narkotikafænomenet

Siden midten af 1990'erne har udviklingen af narkotikapolitikker og strategier i de central- og østeuropæiske lande (i lighed med EU-medlemsstaterne) været baseret på to hovedsyn: for det første narkotikafænomenets skiftende karakter, der i stadig højere grad berører bredere lag af samfundet, og for det andet problemets multidimensionelle karakter, der kræver koordinerede multidisciplinære tiltag på nationalt plan — på tværs af sektorer og fag. Forskellige internationale organisationers foranstaltninger, herunder navnlig Europa-Kommissionens, har været en katalysator for udviklingen af nationale initiativer til tackling af narkotikafænomenet.

I denne forbindelse har de central- og østeuropæiske lande taget betydelige skridt til at udvikle passende lovgivningsforanstaltninger og administrative og koordinerende strukturer. Herudover har de 10 ansøgerlande i Central- og Østeuropa ⁽³¹⁾ som et led i EU-udvidelsesprocessen og førtiltrædelsesstrategien justeret eller omorganiseret deres narkotikakontrolforanstaltninger med henblik på at vedtage og gennemføre gældende fællesskabsret. En lignende proces finder nu sted i den tidligere jugoslaviske republik Makedonien, selv om landet endnu ikke har ansøgt om medlemskab af EU.

Lovgivning

Alle ansøgerlande i Central- og Østeuropa har undertegnet og ratificeret de tre FN-konventioner om narkotika-

Sloveniens narkotikalovgivning

Den slovenske lov om »forebyggelse af brug af ulovlige stoffer og salg til brugere af ulovlige stoffer« (1999) foreslår ud over foranstaltninger til forebyggelse af brug af ulovlige stoffer også foranstaltninger vedrørende: information, medicinske, uddannelsesmæssige og rådgivende aktiviteter, lægebehandling, sociale sikringsydelse og programmer til løsning af sociale problemer i forbindelse med brug af ulovlige stoffer. Loven ser bl.a. på behovet for inddragelse af ikke-statslige organisationer og koordinering af deres aktiviteter med det nationale program. Det forudses, at midlerne til medfinansiering af gennemførelsen af forebyggende programmer og overvågning af forbruget vil komme fra det nationale budget.

kontrol, der anses som uadskillelige fra målsætninger for EU's narkotikastrategi. Estland var i 2000 det seneste land, der ratificerede FN's konvention mod ulovlig handel med narkotika og psykotrope stoffer af 1998. Alle ansøgerlandene i Central- og Østeuropa har undertegnet og ratificeret Europarådets konvention fra 1990 om hvidvaskning, efterforskning samt beslaglæggelse og konfiskering af udbyttet fra strafbart forhold (Strasbourg-konventionen).

Processen med vedtagelse af national lovgivning varierer i intensitet og tilgang i hele regionen fra vedtagelse af flere love, der omhandler specifikke narkotikarelaterede spørgsmål — således som det er tilfældet i for eksempel Ungarn — til konceptet med én eneste vidtrækkende »paraplyagtig« narkotikalov som for eksempel loven af 1997 til bekæmpelse af narkomani i Polen. Sidstnævnte blev ændret i 2000 for at skærpe bestemmelserne vedrørende besiddelse af små mængder stoffer og for at styrke det efterspørgselsbegrænsende aspekt. En tilsvarende lov er for nylig blevet vedtaget i Bulgarien (1999). I løbet af de sidste to år har Slovenien vedtaget tre vigtige narkotikalove: om fremstilling af og handel med ulovlige stoffer (1999), om prækursorer for ulovlige stoffer (2000) og en lov, der udelukkende omhandler forebyggelse af narkotikaforbrug, behandling og rehabilitering af narkomaner (1999). Den rumænske lov fra 2000 om bekæmpelse af ulovlig narkotikahandel og -forbrug er temmelig kortfattet og vil formentlig blive fulgt op af en mere omfattende række sekundære lovgivningsmæssige foranstaltninger. Alle ansøgerlandene har vedtaget særlig lovgivning om kontrol af prækursorer, der i det store og hele er forenelig med EU's lovgivning. For eksempel blev der i 2000 vedtaget love i Slovenien og Slovakiet og indført

⁽³¹⁾ Følgende central- og østeuropæiske lande står for at slutte sig til EU: Bulgarien, Tjekkiet, Estland, Ungarn, Letland, Litauen, Polen, Rumænien, Slovakiet og Slovenien.

forordninger om prækursorer i Litauen, Polen og Bulgarien.

National koordinering

I tråd med den nye lovgivning har de nationale koordinerings- og planlægningsstrukturer i de fleste ansøgerlande i Central- og Østeuropa undergået betydelige forandringer i 1999 og 2000. I 1999 godkendte den tjekkiske nationale narkotikakommission vedtægten for dens rådgivende organ, ledet af repræsentanter for ministerierne, som fik til opgave at udarbejde en ny national strategi. Ungarns kommission for koordinering af narkotikaspørgsmål blev underkastet en reform med henblik på at styrke kommissionens mandat og operationelle kapacitet. De nye love, der blev vedtaget i Slovenien og Bulgarien, har etableret interministerielle koordinerende organer i disse lande og styrket deres rolle ved nedsættelse af permanente støttestrukturer — henholdsvis »det statslige narkotikakontor« og »sekretariatet for det nationale narkotikaråd« — svarende til dem, der findes i Tjekkiet og Slovakiet. I Rumænien blev der i 1999 nedsat en »interministeriel komité til bekæmpelse af narkotika«, som endnu ikke er fuld operationel, mens Polen ikke har haft sådant et organ i funktion siden 1998. Det meste af denne omorganisering har været vellykket og sat landene i stand til at etablere en struktur med henblik på at opfylde behovene i et samfund i forandring og imødegå de problemer, det står over for.

Ledelsen af det interministerielle koordineringsorgan varetages normalt af et af de deltagende ministerier. I de fleste af landene er dette et ministerium, der beskæftiger sig med sociale anliggender — sundhedsministeriet i Bulgarien, Litauen og Slovenien, socialministeriet i Estland og ministeriet for ungdom og sport i Ungarn. I andre lande hører det direkte under kabinetskottoret — og har premierministeren som formand i Tjekkiet og vicepremierministeren i Slovakiet — eller ligger i indenrigsministeriet, som det er tilfældet i Letland. I Rumænien er det interministerielle organ pr. definition »under ledelse af« premierministeren, men dets arbejde organiseres af indenrigsministeriet.

Med henblik på at gennemføre og koordinere den nationale politik på lokalt plan blev der nedsat lokale narkotikaudvalg i Tjekkiet i 1999, og i Bulgarien indledte man i 2000 oprettelsen af kommunale tværfaglige narkotikaråd. Disse svarer til de narkotikaudvalg, der blev oprettet på regionalt og distriktsniveau i Slovakiet i 1997.

Nationale strategier og handlingsplaner

I de lande, som har interministerielle narkotikaorganer, for eksempel Tjekkiet og Slovakiet, udarbejdes og

gennemføres de nationale strategier på en mere konsekvent måde. Tjekkiet har f.eks. vedtaget sin første konsekutive nationale strategi. Processen med udarbejdelse af strategiske dokumenter og handlingsplaner blev intensiveret i 1999 og 2000, og nationale narkotikastrategier blev vedtaget i Slovakiet (1999), Polen (1999), Ungarn (2000) og Tjekkiet (2000).

Estlands »program til forebyggelse af alkohol- og narkotikamisbrug« (1997-2007), Letlands »masterplan til narkotikakontrol og forebyggelse af stofmisbrug« (1999-2003) og Litauens »program for forebyggelse og kontrol af narkotika« (1999-2003) er ved at blive revideret. I Slovenien er et »nationalt program til forebyggelse af narkotikamisbrug«, der blev vedtaget i 1992, blevet gennemført i de seneste år. Et nyt program baseret på nyere lovgivning er ved at blive vedtaget. Omfattende narkotikakontrol- og forebyggelsesstrategier er endnu ikke vedtaget i Rumænien og Bulgarien. Sidstnævnte har vedtaget et nationalt program til forebyggende behandling og rehabilitering af stofbrugere for perioden 2001-2005.

De nye strategier tilkendegiver et engagement, idet narkotikaproblemet anerkendes på højeste politiske og udøvende niveau. De udgør også grundlaget for tværfaglige programmer. De fleste af de nyligt vedtagne strategiske dokumenter er konkrete handlingsplaner i sig selv, der fastsætter målsætninger, mål, resultatindikatorer osv., og som sikrer eller søger om øgede finansielle ressourcer. Behovet for bedre narkotikainformation og evaluering af tiltagene anerkendes i stadig større grad og medtages som en integreret del i de nationale aktioner. Partnerskabet mellem statslige og ikke-statslige sektorer for udvikling af politikker og gennemførelse af programmer synes i stadig større grad at imødekomme de individuelle og kollektive behov hos befolkningen som helhed såvel som hos stofbrugere. Det er værd at bemærke, at alle nye strategier i ansøgerlandene stræber efter at sikre overensstemmelse mellem politikken på nationalt plan og strategier vedtaget på EU-plan.

Den Tjekkiske Republik

I slutningen af 2000 vedtog den tjekkiske regering en *national strategi for narkotikapolitikken for perioden 2001-2004*. Strategien omfatter 82 konkrete opgaver og fastsætter, at alle relevante ministerier med kompetence inden for narkotikaområdet såvel som regionale myndigheder og distriktsmyndigheder med ansvar for narkotikapolitiske spørgsmål skal udarbejde en konkret narkotika-handlingsplan for 2001-2004, der er i overensstemmelse med strategien. Strategien tager hensyn til den administrative omstrukturering og oprettelsen af større administra-

Narkotikaproblemet i Central- og Østeuropa

tive og territoriale enheder og fastsætter bestemmelser for en øget regional samordning.

Ungarn

Den *nationale strategi til bekæmpelse af narkotikafænomenet*, der er udarbejdet af ministeriet for ungdom og sport, blev vedtaget af parlamentet i slutningen af 2000. Dette er det første omfattende, officielt vedtagne strategiske dokument, der beskæftiger sig med narkotikafænomenet i Ungarn. For at begrunde målene i den anvendte tværfaglige tilgang baserer strategien sig i det store og hele på en analyse af tilgængelige data og tidligere nationale og internationale erfaringer. Strategien skelner mellem lange (2009), mellemlange (2002) og kortfristede mål og resultatindikatorer til overvågning af fremskridt. Den skitserer ligeledes de organisatoriske og finansielle rammer, der er nødvendige for at gennemføre foranstaltningerne. Strategien omfatter fire hovedmål: effektive samfunds- og samordningsfunktioner, tilgængelighed af effektive forebyggende foranstaltninger, adgang til social terapi og rehabilitering og udbudsbeholdning.

Polen

Til trods for, at der i Polen ikke findes noget interministerielt koordineringsorgan, blev det *nationale program til bekæmpelse af narkotikamisbrug i Polen for perioden 1999-2001* vedtaget i slutningen af 1999. Ligesom EU's handlingsplan om narkotika (2000-2004) nævner programmet otte mål, der skal styrke efterspørgselsbegrænsende tiltag, øge effektiviteten i forbindelse med aktionerne til begrænsning af ulovlig handel med narkotika og psykotrope stoffer samt foranstaltninger, der skal styrke de nationale koordineringsstrukturer og det internationale samarbejde. Inden for efterspørgselsbegrænsningsområdet lægger programmet særlig vægt på mål, der i høj grad er forenelige med målene i EU-strategien såsom forebyggende aktiviteter rettet mod unge, forbedring af forskellige foranstaltninger i forbindelse med rehabilitering og resocialisering, begrænsning af de sundhedsmæssige følger af stofbrug osv. Behovet for at evaluere foranstaltningerne og etablere overvågningssystemer behandles også i programmet.

Slovakiet

Det *nationale program til bekæmpelse af narkotika frem til 2003 med mulighed for forlængelse til 2008* er et policy-dokument, der blev vedtaget i kølvandet på gennemførelsen af det første nationale program (1995-1999). Programmet sigter mod at nå frem til en balance mellem efterspørgsels- og udbudsbegrænsende foranstaltninger og opstiller fire hovedmål: primær forebyggelse, behandling og resocialisering; udbudsbegrænsning og retshåndhævelse i forbindelse med bekæmpelse af narkotika; en massemediepolitik; og internationalt samarbejde, der prioriterer forberedelsen af tiltrædelsen og behovet for fortsat samarbejde med EU og dets institutioner og herunder EMCDDA. Programmet fremhæver ligeledes nødvendigheden af at gennemføre de beslutninger, der blev truffet ved FN's 20. generalforsamlings særlige session. De primære kilder til finansiering af programaktiviteterne er statens sundhedsfond, der primært er rettet mod forebyggelsesaktiviteter; fonden til bekæmpelse af narkotika, der primært er rettet mod ngo-aktiviteter knyttet til rehabilitering og efterbehandling og statsbudgettet, der primært er rettet mod ministerier eller gennemførelse af projekter defineret i programmet.

Hvidvaskning af penge

Flertallet af ansøgerlandene i Central- og Østeuropa har indført foranstaltninger til bekæmpelse af hvidvaskning af penge. Næsten alle landene har etableret juridiske, institutionelle og retslige rammer til bekæmpelse af hvidvaskning af penge, og en økonomisk efterretningsenhed, som enten er blevet operationel eller yderligere styrket i de sidste to år. Endvidere er de fleste af disse enheder blevet formelt accepteret som fulde medlemmer af Egmont-gruppen⁽³²⁾ og kan således anses for både at være i fuld overensstemmelse med EU's standarder og praksis og i vid udstrækning i stand til at opfylde deres fremtidige forpligtelser over for EU.

En ny lovgivning til bekæmpelse af hvidvaskning af penge trådte i kraft i Rumænien i 1999 og blev vedtaget af parlamenterne i Slovakiet og Polen i 2000. I 1999 blev den bulgarske banklov ændret, og en ændring af loven om hvidvaskning af penge trådte i kraft i Tjekkiet i 2000.

⁽³²⁾ Egmont-gruppen er en uformel organisation, der blev etableret i 1995 med det formål at skabe et forum for økonomiske efterretningsenheder med henblik på at forbedre støtten til deres respektive nationale programmer til bekæmpelse af hvidvaskning af penge. For nærværende er 53 økonomiske efterretningsenheder medlemmer af gruppen.

Sammendrag

Til trods for, at de retlige og institutionelle rammer stort set er på plads i de central- og østeuropæiske lande, er den generelle kapacitet, når det gælder effektiv gennemførelse af de vedtagne foranstaltninger og de bevilgede ressourcer stadig begrænsede. De nationale koordineringsmekanismers lave operationelle niveau i nogle lande obstruerer effektiviteten i forbindelse med gennemførelsen af politikkerne, og der er en mangel på regionalt samarbejde. I de fleste lande berører dette de pågældende institutioners evne til at tackle problemet, og det begrænser deres evne til at deltage effektivt i internationale samarbejdsforanstaltninger, der har til formål at

tackle de grænseoverskridende trusler, som både de central- og østeuropæiske lande og EU står over for. Det er derfor meget vigtigt, at de pågældende lande fortsat styrker deres politikker, institutioner og koordineringsmekanismer og bevilger de nødvendige ressourcer til at nå dette. For at få sat yderligere gang i denne proces bevilgede Europa-Kommissionen i 2000 yderligere 1 mio. EUR til hvert enkelt ansøgerland med henblik på at udvikle en særlig narkotikakomponent i deres nationale Phare-programmer. De fleste af disse projekter vil blive udviklet ved samarbejde mellem EU-medlemslandene og ansøgerlandene.

Reitox-knudepunkter

Austria — Ms Sabine Haas
ÖBIG — Österreichisches
Bundesinstitut für
Gesundheitswesen
Stubenring 6
A-1010 Wien
Tel. (43-1) 515 61-160
Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Belgium — Ms Denise Walckiers
Scientific Institute of Public
Health
Rue Juliette Wytsman 14
B-1050 Bruxelles
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
Amaliegade 13 — Post Box 2020
DK-1012 Copenhagen
Tel. (45) 33 48 76 82
Fax (45) 33 48 75 33
E-mail: tcl@sst.dk
Kari Grasaasen —
Tel. (45) 33 48 76 54
Fax (45) 33 48 75 33
E-mail: kag@sst.dk

Finland — Mr Ari Virtanen
National Research and
Development Centre for Welfare
and Health
PO Box 220
FIN-00531 Helsinki
Tel. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 23 24
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

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

Germany — Mr Roland Simon
Institut für Therapieforschung
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Tel. (49-89) 36 08 04-40
Fax (49-89) 36 08 04-49
E-mail: Simon@ift.de

Greece — Ms Manina Terzidou
Official address
University of Mental Health
Research Institute (UMHRI)
Eginitou 12
GR-11528 Athina
Tel. (30-10) 653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
Postal address
Greek Reitox Focal Point
PO Box 66 517
GR-15601 Papagou
Tel. (30-10) 617 00 14/653 69 02
Fax (30-10) 653 72 73
E-mail: ektepn@hol.gr

Ireland — Mr Hamish Sinclair
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Tel. (353-1) 676 11 76 extn 163
Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@HRB.ie

Italy — Mr Franco Scarpino
'Prevention and Rehabilitation
Activities Coordination Unit' of
the Department for Social Affairs
of the Presidency of the Council
of Ministers
Via Veneto, 56
I-00187 Roma
Tel. (39) 06 48 16 14 95/16 16 30
Fax (39) 06 482 49 34
E-mail:
puntofocale@minwelfare.it

Luxembourg — Mr Alain Origer
Direction de la santé —
EMCDDA Focal Point
Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Tel. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Portugal — Ms Elza Pais
(Responsible Head FP)
Ms Maria Moreira
(Operational contact person)
Instituto Português da Droga e da
Toxicoddependência (IPDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Tel. (351) 213 10 41 00
(M. Moreira /41 26)
Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: mmoreira@mail.ipdt.pt

Spain —
Ms Elena Garzón
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
Ana Andrés Ballesteros —
direct tel. (34-91) 537 26 86
E-mail: egarzon@pnd.mir.es

Sweden — Mr Bertil Pettersson
National Institute of Public Health
S-103 52 Stockholm
Tel. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
Mobile (46-70) 483 35 13
E-mail: Bertil.Pettersson@fhi.se

The 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

Norway — Mr Knut Brofoss
National Research Center (SIRUS) —
SIFA
Øvre Slottsgate 2B
N-0157 Oslo
Tel. (47-22) 34 04 00
Fax (47-22) 34 04 01
E-mail: postmaster@sirus.no

United Kingdom — Mr Nicholas Dorn
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: Nicholas@DrugScope.org.uk

Europa-Kommissionen — Timo Jetsu
GD for Retlige og Indre Anliggender —
Drugs Coordination Unit
Rue de la Loi/Weststraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Bruxelles
Tlf. (32-2) 299 57 84 – Fax (32-2) 295 32 05
E-post: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning om Narkotikaisituationen i Den Europæiske Union, 2001

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

2001 — 57 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-089-3

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) 705 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) 351 41 80/1/2/3/4/5
 Fax (30-1) 323 98 21
 E-mail: elebooks@netor.gr
 URL: <http://www.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

Messagerie 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>

ÖSTERREICH

**Manz'sche Verlags- und
 Universitätsbuchhandlung GmbH**

Kohlmarkt 16
 A-1014 Wien
 Tel. (43-1) 53 16 11 00
 Fax (43-1) 53 16 11 67
 E-Mail: manz@schwinge.at
 URL: <http://www.manz.at>

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) 213 94 57 50
 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: spooce@incm.pt
 URL: <http://www.inc.cm>

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 18
 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

Skölavördustig, 2
 IS-101 Reykjavík
 Tel. (354) 552 55 40
 Fax (354) 552 55 60
 E-mail: bokabud@simnet.is

NORGE

Swets Blackwell AS

Østenjoveien 18
 Boks 6512 Etterstad
 N-0606 Oslo
 Tel. (47) 22 97 45 00
 Fax (47) 22 97 45 45
 E-mail: info@no.swetsblackwell.com

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

Euro Info Center Schweiz

c/o OSEC
 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>

BÄLGARIJA

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>

ČESKÁ REPUBLIKA

ÚVIS

odd. Publikaci
 Havelkova 22
 CZ-130 00 Praha 3
 Tel. (420-2) 22 72 37 34
 Fax (420-2) 22 71 57 38
 URL: <http://www.uvis.cz>

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

ESTI

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
 II 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: gwirrh@usa.net

POLSKA

Ars Polona

Krakowskie Przedmieście 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@ttb1.sltk.stuba.sk
 URL: <http://www.sltk.stuba.sk>

SLOVENIJA

Gospodarski Vestnik

Dunajska cesta 5
 SLO-1000 Ljubljana
 Tel. (386) 613 09 16 40
 Fax (386) 613 09 16 45
 E-mail: europ@gvestnik.si
 URL: <http://www.gvestnik.si>

TÜRKIYE

Dünya Infotel AS

100, Yil Mahallesi 34440
 TR-80050 Bagcilar-Istanbul
 Tel. (90-212) 629 46 89
 Fax (90-212) 629 46 27
 E-mail: infotel@dunya-gazete.com.tr

ARGENTINA

World Publications SA

Av. Córdoba 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>

INDIA

EBIC India

3rd Floor, Y. B. Chavan Centre
 Gen. J. Bhosale Marg.
 Mumbai 400 021
 Tel. (91-22) 282 60 64
 Fax (91-22) 285 45 64
 E-mail: ebicindia@vsnl.com
 URL: <http://www.ebicindia.com>

JAPAN

PSI-Japan

Asahi Sanbancho Plaza #206
 7-1 Sanbancho, Chiyoda-ku
 Tokyo 102
 Tel. (81-3) 32 34 69 21
 Fax (81-3) 32 34 69 15
 E-mail: books@psi-japan.co.jp
 URL: <http://www.psi-japan.co.jp>

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

PHILIPPINES

EBIC Philippines

19th Floor, PS Bank Tower
 Sen. Gil J. Puyat Ave. cor. Tindalo St.
 Makati City
 Metro Manila
 Tel. (63-2) 759 66 80
 Fax (63-2) 759 66 90
 E-mail: eccppom@globe.com.ph
 URL: <http://www.eccp.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: euock@euock.org
 URL: <http://www.euock.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.lk

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: <http://eur-op.eu.int>

Om EMCDDA

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EMCDDA) er et af 12 decentrale organer, som Den Europæiske Union har oprettet, og som har til formål at udføre specialiseret teknisk eller videnskabeligt arbejde.

Hovedsigtet med centret, der blev oprettet i 1993 og påbegyndte sit virke i 1995, er at formidle »objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger på europæisk plan om narkotika og narkotikamisbrugsproblemerne og konsekvenserne heraf«. På grundlag af de oplysninger, der indhentes, analyseres og formidles, og som er af statistisk, dokumentarisk og teknisk karakter, giver EMCDDA sin målgruppe — det være sig planlæggere, fagfolk på narkotikaområdet eller europæiske borgere — et samlet billede af narkotikaproblemet i Europa.

Centrets hovedopgaver er følgende:

- indsamling og analyse af eksisterende data
- forbedring af metoderne til datasammenligning
- formidling af oplysninger
- samarbejde med europæiske og internationale organisationer og med tredjelande.

EMCDDA arbejder udelukkende inden for oplysningsvirksomhed.

EMCDDA online

En online, interaktiv version af årsberetningen for 2001 er også tilgængelig på <http://www.emcdda.org>. Denne version indeholder link til datakilder, rapporter og baggrundsdokumenter, der er blevet anvendt i forbindelse med udarbejdelsen af denne beretning.

Detaljerede oplysninger om stofbrug i Europa, publikationer, der foreligger på alle 11 officielle EU-sprog, og som kan downloades, link til specialiserede narkotikainformationscentre i og uden for Europa samt gratis adgang til specialiserede databaser findes også på EMCDDA's websted.



KONTORET FOR DE EUROPÆISKE FÆLLESSKABERS
OFFICIELLE PUBLIKATIONER

L-2985 Luxembourg

ISBN 92-9168-089-3



9 789291 680894 >