ISSN 1609-6096

Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ÅRSBERETNING 2003

NARKOTIKASITUATIONEN I DEN EUROPÆISKE UNION OG NORGE

ÅRSBERETNING 2003: NARKOTIKASITUATIONEN I DEN EUROPÆISKE UNION OG NORGE

Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ÅRSBERETNING 2003

NARKOTIKASITUATIONEN I DEN EUROPÆISKE UNION OG NORGE

Juridisk meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) og er ophavsretligt beskyttet. EONN påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. Indholdet af denne publikation afspejler ikke nødvendigvis de officielle synspunkter fra EONN's partnere, nogen medlemsstat eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers agenturer eller institutioner.

Yderligere oplysninger om EU er tilgængelige på internettet via Europa-serveren: **http://europa.eu.int**

Europe Direct *er en service, der har til formål at hjælpe med at besvare Deres spørgsmål om Den Europæiske Union*

Et nyt frikaldsnummer:
00 800 6 7 8 9 10 11

Denne beretning foreligger på dansk, engelsk, finsk, fransk, græsk, italiensk, nederlandsk, portugisisk, spansk, svensk, tysk og norsk. 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, 2003

ISBN 92-9168-156-3

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2003
Eftertryk tilladt med kildeangivelse

Printed in Belgium

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR

Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, 1149-045 Lisboa, Portugal
Tlf. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • http://www.emcdda.eu.int

Indholdsfortegnelse

Forord 5

Tak og indledende bemærkninger 7

Generelle udviklingstendenser 9

Narkotikasituationen — tendenser 9

Foranstaltninger til bekæmpelse af stofbrug 11

Kapitel 1: Narkotikasituationen

Stofbrug blandt befolkningen som helhed 15

Problematisk stofbrug 18

Behandlingsefterspørgsel 20

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme 24

Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere 28

Narkotikarelateret kriminalitet 33

Narkotikamarkeder og -tilgængelighed 36

Kapitel 2: Initiativer til bekæmpelse af stofbrug

Den narkotikapolitiske udvikling på nationalt plan 41

Udviklingen på lovområdet 42

Udviklingen på EU-plan 43

Forebyggelse 45

Skadesreduktionsinitiativer 46

Behandling 49

Initiativer rettet mod stofbrugere i kriminalretlige miljøer 51

Udbudsbegrænsende initiativer 53

Kapitel 3: Udvalgte problematikker

Narkotika- og alkoholbrug blandt unge 57

Social udstødelse og reintegration 65

Offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer 69

Referencer 75

Reitox-knudepunkte 81

Forord

Med denne årsberetning for 2003 til EU og dets medlemsstater afdækker Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) narkotikafænomenet i Europa. Offentliggørelsen af beretningen falder sammen med EONN's 10 års jubilæum (forordning om centrets oprettelse af 1993), og det er samtidig sidste gang, at vi i Narkotikaovervågningscentret vil fokusere alene på de 16 lande, der i dag udgør medlemskredsen (de 15 medlemsstater samt Norge). Det synes derfor at være på sin plads kort at gøre status dels over de ændringer, der er sket på narkotikaområdet i denne første periode, og dels over de fremskridt, som Narkotikaovervågningscentret har gjort i sin indsats for at give de politiske beslutningstagere pålidelig, opdateret og indsigtsfuld information om det stigende narkotikaproblem i Europa.

En af de ting, der især kendetegner narkotikafænomenet, er dets dynamiske karakter. Der har fundet en meget markant udvikling sted både med hensyn til karakteren af narkotikafænomenet og den måde, hvorpå de enkelte medlemsstater håndterer problemet på, selv målt med EONN's korte levetid som målestok. Mønstrene for stofbrug har altid varieret fra medlemsstat til medlemsstat, men dataene i denne beretning afslører, at de tendenser, der kan observeres, i stigende grad illustrerer problemets globale og europæiske karakter. Engang var det sådan, at enhver sammenligning af stofbrugen i Europa ville være kendetegnet ved flere forskelle end ligheder; dette er ikke længere tilfældet. Selv om situationen som helhed er kompleks, og der eksisterer betydelige variationer lokalt, aftegner der sig dog mere generelle og fælles mønstre for brugen af stoffer. Vi kan i stadig stigende grad konkludere, at vi som europæere på mange måder er fælles om narkotikaproblemet, ligesom vi efter vor opfattelse deler et fælles ansvar for at tage ved lære af vore fælles erfaringer. Vi står ikke alene med denne konklusion. EU's handlingsplan for bekæmpelse af narkotikamisbrug demonstrerer den politiske vilje, der eksisterer omkring dette spørgsmål, og der hersker nu en erkendelse næsten over hele linjen af, at en politik på dette område skal være baseret på en klar forståelse af situationen.

I samme takt som vi har oplevet stigende problemer med stoffer gennem de seneste ti år, er vi blevet bedre i stand til at berette om dem. Det tilkommer ikke EONN alene at tage æren herfor. Der er også mange engagerede eksperter i hele EU, der har ydet en stor indsats for at skaffe sig en forståelse for problemets karakter, udvikle effektive forholdsregler og kritisk vurdere virkningen af deres arbejde. Men det er dog vores overbevisning, at EONN har spillet en afgørende rolle ved at fungere som katalysator for udviklingen af en sund vidensbase og ved at tilvejebringe det forum, der er nødvendigt for at samarbejde og skabe fremskridt på europæisk plan. For ti år siden var der ingen, der med overbevisning eller autoritet kunne have udtalt sig om karakteren af den europæiske narkotikasituation. I dag demonstrerer denne beretning, at dette er mere muligt end nogensinde. Vi står nu bedre rustet og er bedre informeret, så vi ikke alene kan gøre front mod de stofproblemer, der møder os i dag, men også mod enhver trussel, som vi måtte blive konfronteret med i fremtiden. Vi vil gerne udtrykke vor påskønnelse af de betydelige investeringer, der er gjort både i de enkelte medlemsstater og på europæisk plan for at udvikle de værktøjer og den infrastruktur, der skal til for at etablere denne vidensbase. Samtidig vil vi især gerne udtrykke vor tak til knudepunkterne i Reitox-netværket.

Vi håber, De vil finde, at denne beretning er en omfattende gennemgang af narkotikasituationen i Europa — yderligere og mere detaljerede data kan også hentes i den udvidede onlineversion af dette dokument, som findes på internettet. For EONN markerer denne beretning også efter vor opfattelse den vellykkede afslutning på første fase af udviklingen af organisationens arbejde, og vi skal nu i gang med at se nærmere på de udfordringer, fremtiden vil bringe. Blandt disse vil være behovet for fortsat at forbedre tilgængeligheden, kvaliteten og sammenligneligheden af de europæiske datasæt, og vi skal udvikle vore systemer og kapacitet, så vi kan håndtere en voksende vidensbase om narkotikasituationen i et udvidet EU. Vi er ikke i tvivl om, at vi i stigende grad fremover vil kunne berette om et større, mere nuanceret narkotikabillede. Det vil fortsat være en central udfordring for organisationen at udnytte de oplysninger fuldt ud, som står til vores rådighed, så vi kan give en informeret, rettidig og politisk relevant analyse, som afspejler værdien af et EU-perspektiv og en harmoniseret tilgang.

Marcel Reimen
Formand, EONN's bestyrelse

Georges Estievenart
Administrerende direktør, EONN

Tak

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

- lederne af de nationale Reitox-knudepunkter og deres personale
- tjenestegrenene 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 Narkotikagruppe — samt Europa-Kommissionen
- Europarådets Pompidou-gruppe, United Nations Office on Drugs and Crime, 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
- Prepress Projects Ltd
- eLg Language Integration and Kaligram.

Indledende bemærkninger

Årsberetningen er baseret på oplysninger til EONN fra EU-medlemsstaterne og Norge (der har deltaget i EONN's arbejde siden 2001) i form af nationale rapporter. De her anvendte statistiske data vedrører 2001 (eller det senest tilgængelige år) for så vidt angår kapitel 1, Narkotikasituationen, men kan vedrøre 2002 eller senere for udviklinger på området for initiativer til bekæmpelse af stofbrug og de udvalgte problematikker.

De nationale rapporter fra Reitox-knudepunkterne er tilgængelige på:
http://www.emcdda.eu.int/infopoint/publications/national_reports.shtml

En udvidet onlineversion af årsberetningen er tilgængelig på 12 sprog og kan findes på http://annualreport.emcdda.eu.int Denne onlineversion indeholder en stor mængde yderligere materiale samt statistikker i form af tabeller, grafik og skemaer. Den indeholder også yderligere oplysninger om anvendte metoder samt links til de datakilder, rapporter og baggrundsdokumenter, der er anvendt til at udarbejde beretningen.

Alle elementer, der er anvendt i den trykte beretning og onlineversionen af beretningen er opført efter tema på internettet (http://annualreport.emcdda.eu.int).

Generelle udviklingstendenser

Narkotikasituationen — tendenser

Cannabis

Cannabis er stadig det mest anvendte stof i EU, og mange lande rapporterer om langtidsbrug af narkotika på over 20 % i den almindelige befolkning. Et konservativt skøn tyder på, at mindst en ud fem voksne i EU har prøvet stoffet.

Målinger viser, at brug af cannabis er steget i hele EU, selv om denne stigning synes at have stabiliseret sig i nogle lande, ganske vist på et hvad almindeligvis antages at være et historisk højt niveau. Der ses også tegn på sammenfald af forbrugsmønstrene, selv om raterne stadig varierer meget for især Frankrig, Spanien og Det Forenede Kongerige, som rapporterer om forholdsvis stort forbrug, og Finland, Sverige og Portugal, som rapporterer om forholdsvis lave tal. I alle lande anslås det, at udbredelsen af nylig brug (sidste års udbredelse) blandt den voksne befolkning forbliver under 10 %. Når man ser på unge voksne, stiger forbrugsraten betydeligt. I alle lande topper udbredelsen af nylig brug (sidste år) ved aldersgruppen 15 til 20 år med indberetninger fra Frankrig, Tyskland, Irland, Spanien og Det Forenede Kongerige om, at mere end 20 % af denne aldersgruppe har brugt cannabis inden for de sidste 12 måneder. Estimaterne for langtidsbrug er højere, hvor de fleste lande rapporterer estimater for langtidsbrug på mellem 20 % og 35 % blandt unge mennesker. Antallet af personer, som bruger cannabis regelmæssigt, er lille, når man taler om den samlede befolkning (sædvanligvis mindre end 1 %), selv om man kan finde højere forekomster af regelmæssigt brug blandt unge mennesker og især blandt unge mænd.

En foruroligende tendens er den stigende hyppighed, hvormed cannabis nævnes i forbindelse med behandlingsefterspørgselsindikatoren (TDI). I mange lande er cannabis nu det stof, der rapporteres som det mest almindelige efter heroin, og der ses en stadig stigning i den cannabis-relaterede efterspørgsel efter behandling. Der bør udvises forsigtighed ved tolkning af disse data, eftersom flere forskellige faktorer kan være vigtige i denne sammenhæng. Dette undersøges for øjeblikket af en teknisk arbejdsgruppe under EONN og udgør temaet for en publikation i 2004.

I de fleste EU-lande hænger de fleste rapporter om overtrædelse af narkotikalovgivningen sammen med cannabis. Beslaglæggelser af cannabis har vist en stigende tendens i løbet af de sidste ti år, selv om der er tegn på, at beslaglæggelserne har stabiliseret sig. Europa er fortsat verdens største marked for cannabisharpiks, hvor så meget som tre fjerdedele af den totale beslaglæggelse af cannabisharpiks på verdensplan beslaglægges inden for EU's grænser. Der er også mange lande, som rapporterer, at cannabisplanten nu dyrkes inden for EU. Indholdet af THC (tetrahydrocannabinol), det vigtigste aktive stof i cannabis, varierer meget i de prøver, som findes på gadeniveau. Gennemsnitligt er THC-indholdet i harpiks og cannabisplanten det samme (henholdsvis 5-14 % og 5-11 %), selv om nogle prøver af begge slags narkotika viser sig at have et meget højt THC-indhold.

Amfetaminer og ecstasy (MDMA)

Europa er fortsat et vigtigt område, når det gælder produktion og brug af amfetaminer og ecstasy, men ikke methamfetamin. Næstefter cannabis er det mest almindeligt brugte narkotikum i EU-landene sædvanligvis enten ecstasy eller amfetamin med rater for langtidsbrug blandt den voksne befolkning, som generelt ligger mellem 0,5 % og 5 %. Tidligere var brugen af amfetamin generelt større end brugen af ecstasy, men denne forskel er nu mindre markant. Blandt skoleungdom er langtidserfaring med snifning kun overgået af cannabis, og den er generelt betydeligt højere end erfaring med enten ecstasy eller amfetaminer.

Som med cannabis findes de højeste forekomster af langtidsbrug og nylig brug blandt unge voksne. Flere forskellige indikatorer tyder på, at anvendelse af ecstasy er fortsat med at sprede sig blandt nogle grupper af byungdom i Europa. En række undersøgelser har vist ekstremt høje udbredelsesrater blandt disse grupper, skønt en udtalt stigning af anvendelsen af stoffet ikke generelt kan observeres i en bredere befolkningsgruppe.

Antallet af individer, som behandles for et amfetamin-problem i Europa, varierer meget: lige under en tredjedel af narkotikabrugere, som er i behandling i Sverige og Finland, er amfetaminbrugere sammenlignet med ca. 9 % i Tyskland og 3 % eller mindre i alle andre lande. I næsten alle lande er efterspørgslen efter behandling i forbindelse med ecstasy meget lav. Et lille antal dødsfald i Europa kan direkte tilskrives brug af ecstasy, men generelt forbliver antallet lavt i sammenligning med dødsfald, som kan relateres til opioider.

Selv om der har været nogle forskydninger i de senere år og muligvis tegn på stabilisering nogle steder, er beslaglæggelser af både amfetamin og ecstasy (antal og mængder) steget betydeligt i EU i løbet af de sidste ti år. I Finland, Sverige og Norge er amfetaminer nummer to blandt de mest almindeligt beslaglagte stoffer (efter cannabis).

Kokain og crack-kokain

Data fra undersøgelser antyder en stigning i anvendelsen af kokain i Det Forenede Kongerige og i mindre omfang i Danmark, Tyskland, Spanien og Nederlandene. Anvendelse af kokain og stigninger i anvendelsen synes at være mest almindelig blandt unge mennesker, som bor i byområder. Nationale tal kan derfor kun i begrænset omfang afspejle lokale tendenser i en række større europæiske byer.

Adskillige indikatorer tyder på, at bekymring i forbindelse med niveauet af kokainbrug og de problemer, der knytter sig hertil, er berettiget. Sådanne indikatorer omfatter behov for behandling, toksikologiske fund hos ofre, som er døde af overdosis, beslaglæggelse af narkotika og undersøgelser af risikogrupper. Bortset fra et fald i 2000 er antallet af kokainbeslaglæggelser steget støt siden 1985. Ligeledes har mængden af beslaglagt kokain generelt vist en opadgående tendens i den samme periode, selv om tallene har tendens til at variere fra år til år. Forholdsmæssig høj deltagelse i narkotikabehandling for kokainbrug rapporteres fra Nederlandene og Spanien (henholdsvis 30 % og 19 %) og i mindre grad fra Tyskland, Italien, Luxembourg og Det Forenede Kongerige (mellem 6 % og 7 %). Med undtagelse af Nederlandene og Det Forenede Kongerige ser det ud til, at størstedelen af behovet for kokainbehandling hænger sammen med anvendelsen af kokainpulver (kokain-hydroklorid) i modsætning til crack-kokain (rå kokain).

Brugen af crack-kokain i Europa ser ud til at være relativt begrænset, skønt spredte lokale rapporter tyder på et problem blandt marginale grupper i nogle byer. Eftersom crack-kokain især er forbundet med dårligt helbred og har sociale konsekvenser, selv når udbredelsesraten er lav, er det nødvendigt at være mere opmærksom på nye tendenser i disse grupper, eftersom sundhedsvæsenet i betydelig grad vil mærke virkningen af selv en lille stigning i anvendelsen.

Heroin og intravenøs stofbrug

Problematisk stofbrug som »intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opiater, kokain og/eller amfetamin«. Skønt de problematiske stofbrugere kun udgør et fåtal, er de ansvarlige for en uforholdsmæssig stor del af de sundhedsmæssige og sociale problemer, som er et resultat af narkotikabrug. I de fleste EU-lande med undtagelse af Sverige og Finland, hvor anvendelse af amfetamin er mere udbredt, er problematisk stofbrug fortsat karakteriseret ved brug af heroin, ofte i kombination med andre typer narkotika. Da det er vanskeligt at foretage skøn på området, og nøjagtigheden og pålideligheden af disse varierer betragteligt, kræves der forsigtighed både ved tolkning af tendenser og sammenligninger mellem lande.

Nationale skøn over problematisk stofbrug varierer mellem to og ti tilfælde pr. 1 000 voksne (dvs. mellem 0,2 % og 1 %). Der kan ikke observeres nogen fælles tendens i antallet af problematiske stofbrugere i EU, selv om nogle undersøgelser tyder på, at der i mindst halvdelen af EU-landene er fundet en vis stigning sted siden midten af 1990'erne.

Formodentlig er ca. halvdelen af de problematiske stofbrugere i EU stiknarkomaner, dvs. ca. 500 000-750 000 af EU's skønnede 1-1,5 millioner problematiske stofbrugere. Den forholdsmæssige del af stiknarkomaner varierer betydeligt fra land til land og har ændret sig i tidens løb, hvor niveauet af injektioner er faldet i næsten alle lande i løbet af 1990'erne, selv om der er noget, der tyder på aktuelle stigninger. Nationale skøn over intravenøs stofbrug varierer mellem to og fem tilfælde pr. 1 000 i den voksne befolkning (eller 0,2-0,5 %).

Trods et dramatisk fald i opiumproduktionen i Afghanistan i 2001 ser det ikke ud til, at dette har haft nogen direkte indflydelse på udbuddet af heroin på det illegale europæiske marked. Dette kan formodentlig forklares ved det lager af narkotika, der findes.

Humant immundefekt virus (hiv), hepatitis C (HCV) og hepatitis B (HBV)

Den narkotikarelaterede spredning af hiv, hepatitis C virus (HCV) og hepatitis B virus (HBV), som sædvanligvis sker i forbindelse med det adfærdsmønster, der knytter sig til intravenøs stofbrug, vækker særlig bekymring i EU. Tilgængelige data tyder på, at udbredelsen af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere varierer betydeligt, både mellem og i de europæiske lande, fra ca. 1 % i Det Forenede Kongerige til over 30 % i Spanien. I nogle lande og regioner er udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere blevet ved med at være meget høj (over 25 %) siden midten af 1990'erne. Skønt disse tal kan vise velkendte epidemier, er det fortsat vigtigt med specielle forebyggende tiltag i disse områder for at forebygge yderligere infektioner.

Det kan være misvisende at stole helt på nationale data, som almindeligvis har tydet på en nogenlunde stabil

situation i hele EU, eftersom tendenser kan variere meget inden for regioner og storbyer. Stigning i udbredelsen af hiv blandt undergrupper af intravenøse stofbrugere er for nylig rapporteret fra regioner og byer i Spanien, Irland, Italien, Nederlandene, Østrig, Portugal, Finland og Det Forenede Kongerige. Dette billede er fortsat forskelligartet, eftersom fald også er målt i andre undergrupper i nogle af disse lande, og i andre lande er udbredelsen forblevet stabil eller er faldet.

Data om hiv-smitte hos unge og nye intravenøse stofbrugere kan være en bedre indikator for nye infektioner og ligeledes indikere, at nye infektioner bliver ved med at opstå i visse regioner. Hyppigheden af aids er faldet i hele EU, efter at der er blevet introduceret mere effektive behandlinger.

Hepatitis C-infektion kan forårsage alvorlige kroniske helbredsproblemer, og behandling af tilfælde, som har forbindelse med HCV-infektioner, vil sandsynligvis komme til at udgøre en betydelig udgift for de europæiske sundhedssystemer. Udbredelsen af hepatitis C er særdeles høj blandt intravenøse stofbrugere i alle lande med infektionsrater, som varierer mellem 40 % og 90 %. Blandt anmeldte tilfælde, hvor en risikogruppe er kendt, er 90 % af hepatitis C-tilfælde og 40-80 % af tilfældene af hepatitis B relateret til intravenøs stofbrug. Tendensen over en periode viser et uklart billede med stigninger og fald, som kan observeres i forskellige regioner. Udbredelsen af HCV-infektion blandt unge intravenøse stofbrugere og nye intravenøse stofbrugere er generelt høj (40 % eller mere) og bekræfter således en høj forekomst af nye infektioner, hvor intravenøse stofbrugere bliver ved med at pådrage sig sygdommen efter relativt korte perioder med intravenøs stofbrug. I hele EU har ca. 20-60 % af alle intravenøse stofbrugere antistof mod hepatitis B, hvilket tyder på et stort potentiale for vaccinationsprogrammer rettet mod denne sygdom hos intravenøse stofbrugere.

Overdosis

Hvert år rapporteres der i EU 7 000-9 000 akutte dødsfald, som direkte kan relateres til narkotika. Denne generelle tendens i EU er blevet ved med at stige i de senere år, selv om det har været mindre dramatisk end i 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, og der tegner sig et mere komplekst og afvigende billede på nationalt plan. De fleste af ofrene er unge mennesker i 20-30-års alderen, som repræsenterer et betydeligt tab for samfundet og tab af menneskeliv.

I de fleste tilfælde (typisk over 80 %) er der fundet opioider i de toksikologiske analyser, ofte i kombination med andre stoffer (som alkohol, benzodiazepiner eller kokain). Kokain eller ecstasy alene findes i et mindre antal tilfælde. Nogle af de faktorer, som synes at være relateret til øget risiko for dødsfald relateret til opioider, er injektion af narkotika, blandingsmisbrug og især sideløbende brug af alkohol eller antidepressiver, tab af besindelse og uden for kontakt med behandlingstilbud. Det er velkendt, at korrekt og rettidig indblanding kan være med til at forhindre mange fatale tilfælde af overdosis, hvilket taler for at støtte behovet for en indsats på dette felt og opmuntre dem, der overværer, at en person indtager en narkotikarelateret overdosis, til at gribe ind.

Foranstaltninger til bekæmpelse af stofbrug

EU's politik

Midtvejsevalueringen af EU's handlingsplan for bekæmpelse af narkotikamisbrug 2000-2004, som blev iværksat af Europa-Kommissionen, gør opmærksom på, at medlemsstaterne prioriterer en begrænsning af efterspørgslen og følger de retningslinjer, som er udstukket i handlingsplanen. Der er dog behov for en endnu større indsats fra EU's side for at udvikle nye forebyggelsesprogrammer. De opnåede resultater er prisværdige, men arbejdet er dog langtfra afsluttet, bl.a. skal der udvikles systemer til evaluering af aktiviteter på nationalt og EU-plan.

Formandskaberne i 2002, Spanien og Danmark, introducerede resolutioner med henblik på at forbedre medlemsstaternes engagement og fremme investering i programmer til forebyggelse af narkotika i skolernes læseplan, intensivere indsatsområder, der sigter på at forebygge anvendelse af narkotika i fritiden, og forbedre behandlingen af stofbrugere i fængsler. I maj 2002 præsenterede Kommissionen i samarbejde med EONN et forslag til Rådets henstilling om forebyggelse og reduktion af risici forbundet med afhængighed af narkotika, som byggede på målsætningen for EU's narkotikastrategi om i væsentlig grad at mindske forekomsten af narkotikarelaterede helbredsskader ved hjælp af effektive foranstaltninger til reducering af risikoen.

Medlemsstaternes politikker

Tendensen inden for de senere år til at tilrettelægge den nationale narkotikapolitik ved hjælp af nationale handlingsplaner og koordinerede systemer fortsatte i 2002. Sverige, Norge og en række østrigske provinser vedtog ligesom andre EU-partnere samlede narkotikaplaner, -programmer eller -strategier. Samtidig øges kendskabet til stofmisbrug og konsekvenserne heraf i offentligheden, som udviser interesse for de nationale strategier. Undersøgelser

viser, at offentligheden for størstepartens vedkommende er imod en legalisering af cannabis. Den lave tilslutning til legaliseringen afspejler formodentlig den opfattelse, at cannabis er et gateway-stof. Imidlertid varierede tilslutningen til idéen om at ændre straffen for brug af cannabis under visse omstændigheder.

Et overblik over udviklingen i stofbrug og modforanstaltninger i uddannelsessystem, sundheds-, social- og retsvæsen viser, at hverken problemer eller problematiske grupper er veldefinerede. Nationale og lokale politiske strategier afspejler i tiltagende grad en opmærksomhed omkring fænomenets snigende karakter ved at gøre grænserne mellem systemerne mere flydende og fleksible ved hjælp af øget samarbejde og spredning.

Politikker for sundhed, uddannelse og sociale forhold spiller en stadig større rolle i reduktionen af narkotikarelaterede problemer i bred forstand, og det anerkendes mere og mere, at det kriminalretlige system alene ikke altid er i stand til at håndtere narkotikaproblemet. Forbindelsen mellem politikker vedrørende social udstødelse og narkotikaspørgsmål er stærkere i nogle lande, såsom Irland og Det Forenede Kongerige, end i andre. Flere lande i EU har indført lovmæssige ændringer med henblik på at lette behandlingen og rehabiliteringen af misbrugere, ligesom andre lovmæssige ændringer har åbnet mulighed for en hurtig indsats blandt unge eksperimenterende stofbrugere. Danmark, Tyskland, Det Forenede Kongerige og Norge har øget investeringerne i sundhedsfremme i et forsøg på at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald. På linje med indsatsen i EU's handlingsplan for at tilbyde en række brede og nemt tilgængelige behandlingsmuligheder har nogle lande, f.eks. Finland og Grækenland, ændret både deres finansieringsordninger og de bestemmelser, som vedrører substitutionsbehandling.

På baggrund af den voksende sikkerhed har en række lande indberettet lovmæssige ændringer med henblik på at øge overvågningen af handlere og brugere, herunder telekommunikationsovervågning, kropsvisitering og stoftestning. Andre lovmæssige ændringer har haft til formål at mindske de sociale konsekvenser af stofbrug gennem bedre sikring af den offentlige orden og forhindring af offentlige gener.

Foranstaltninger

Skolebaseret forebyggelse er stadig kernen i aktiviteter rettet mod alle unge mennesker, sædvanligvis fra før 13-års alderen og opefter. Selv om der findes et omfattende materiale, der redegør for effektive metoder som f.eks. interaktiv undervisning med fokus på personlige og sociale færdigheder, er det kun få lande, som Spanien, Grækenland og Irland, der systematisk indarbejder sådanne programmer i skolernes læseplan. Blandt de øvrige lande indrømmer Sverige og Frankrig, at narkotikaforebyggelsen i skolerne ikke er optimal, men ofte en temmelig eklektisk og uprofessionel foranstaltning.

Imidlertid har en stadig større bekymring over, at de mest sårbare unge ikke bliver nået i skolerne, sat gang i udviklingen af specifikke forebyggelsestiltag rettet mod grupper, som eksperimenterer med narkotika i fritiden på eksempelvis diskoteker, klubber og ved koncerter. Rådgivning fra andre unge og rådgivning på stedet ser ud til at være de mest lovende metoder. Initiativer til forebyggelse og en hurtig indsats rettet mod både socialt udstødte unge og unge lovovertrædere synes at være mest effektive, når de iværksættes ved hjælp af indviduelle metoder. Der er rapporteret om gode resultater fra projekter i Tyskland, Østrig, Portugal og Det Forenede Kongerige. Selv om sårbare familier, hvor forældrene muligvis er misbrugere, anses for at være en højrisikogruppe, er støtteforanstaltninger for sådanne familier sjældne.

Sprøjtebytteordninger er nu en almindeligt anvendt metode til forebyggelse af smittespredning ved intravenøs stofbrug, selv om tilgængeligheden og dækningen af sådanne programmer er svingende, og det stadig kan være et problem at få fat i sterilt udstyr. Kun i Spanien er sprøjtebytteordninger systematisk ved at blive indført i fængsler. I stigende grad overvejes specifikke foranstaltninger for at forebygge hepatitis C-overførsel såvel som hepatitis B-vaccinationer som vigtige sideløbende foranstaltninger til forebyggelse af hiv. Uddannelse i førstehjælp og undervisning i risici er blevet mere almindeligt som særlige forholdsregler til forebyggelse af fatal overdosering. En anden vigtig ting i udviklingen er, at lægehjælp i stigende grad er ved at blive et nemt tilgængeligt lavtærskeltilbud som en integreret del af de lokale narkotikahjælpeprogrammer.

Behandling for stofbrug svarer stadig i vid udstrækning til behandling for opiatbrug eller blandingsmisbrug, som omfatter opiater, med undtagelse af Sverige og Finland, hvor injektion af amfetamin stadig er omfattende. Aktuel udvikling i problematisk stofbrug, til dels adskilt fra opiater og intravenøs stofbrug, har varslet begyndelsen på en ny slags hurtig indsats, som beskrevet ovenfor, snarere end en reform af de eksisterende narkotikabehandlingsstrukturer. Substitutionsbehandling er dominerende og er blevet yderligere udvidet og differentieret i de senere år. I hele EU er udvidelsen i de sidste fem år anslået til at være 34 % med de højeste stigninger rapporteret fra lande med lav primær omsorg, som Grækenland, Irland, Portugal, Finland og Norge. Omsorg for langvarige, ældre og dårligt stillede

stofbrugere, ofte med en psykiatrisk følgesygdom, er en alvorlig udfordring for narkotikapolitikken, som ikke har fundet tilfredsstillende løsninger. EONN vil se yderligere på disse spørgsmål i løbet af det kommende år.

Nye strafferetspolitiske foranstaltninger har introduceret alternativer til fængsel, hvilket leder stofbrugere ind i halvfrivillig behandling eller samfundstjeneste ud fra den betragtning, at deres behov imødegås bedre ved sådanne tiltag. Alternativer til fængsel forhindrer især unge stofbrugere i at komme i kontakt med den kriminelle subkultur i fængslerne. Behovet for alternativer til fængsel er også opstået efter akut overbelægning i fængslerne. Stofbrug og stofbrugere i fængslerne er et stadig større og vigtigt problem, som kræver fleksible tiltag. Sundhedsvæsen og sociale myndigheder bliver mere og mere involveret og påtager sig ansvar for at yde service til stofbrugere i fængsler, selv om der dog stadig er plads til endnu bedre samarbejde. Ofte er det sådan, at behandling, som er standard i lokalsamfundet, ikke findes eller er til rådighed i fængslerne. I de fleste lande er skadesreducerende foranstaltninger i fængsler relativt begrænsede.

Kvalitetssikring

En række nylige undersøgelser fokuserer på innovative og kontroversielle foranstaltninger som f.eks. væresteder, recepter på heroin eller analyse af piller. Disse typer foranstaltninger er og bliver kontroversielle, men beslutningstagerne behøver information om virkningerne af sådanne strategier for at kunne danne grundlag for en mere oplyst debat.

Europæisk forskning omkring psykosociale tiltag i forbindelse med forebyggelse og behandling er mangelfuld. Med hensyn til forebyggelse har materiale fra nordamerikansk forskning været meget brugt. Imidlertid afviger både målsætningerne for og miljøet omkring forebyggelse fra den europæiske situation. Ikke desto mindre har det været muligt at genskabe nogle virkningsfulde tiltag, og dette materiale anvendes i stigende grad i forbindelse med politiske beslutninger. Selv om der findes en væsentlig mængde forskning og erfaringsmæssig viden vedrørende medicinsk støttet behandling, som delvis er finansieret af den farmakologiske industri, giver store nationale evalueringsundersøgelser kun begrænset vejledning i, hvordan man bedst anvender andre behandlinger i praksis.

Overførslen af videnskabelige kendsgerninger til politik og praksis kan forbedres. Tættere samarbejde og større gensidig forståelse mellem forskere og beslutningstagere er yderst påkrævet. Kun få lande opdaterer deres skolebaserede forebyggelsesprogram på basis af videnskabelige fund. Mens videnskabeligt materiale i stigende grad anerkendes i forbindelse med forebyggelse af infektionssygdomme, ser det ud til, at kvaliteten af omsorg ikke tages tilstrækkeligt i betragtning på områderne narkotikarelateret behandling og hjælp til stofbrugere i fængsler. Der mangler i høj grad videnskabeligt materiale i forbindelse med alternativer til fængsel. Imidlertid er mere formaliseret kvalitetssikring ved at vinde terræn i medlemsstaterne gennem indførelse af retningslinjer, kvalitetsstandarder og godkendelsessystemer.

Kapitel 1
Narkotikasituationen

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

Stofbrug blandt befolkningen som helhed ([1]) ([2])

Ved formulering og evaluering af narkotikapolitikker samt forebyggende initiativer er det vigtigt at have pålidelige informationer om omfanget af og mønstrene for stofbrugen samt tidspunktet for den første brug blandt befolkningen som helhed og blandt unge mennesker. Det er ligeledes vigtigt at vide, hvad der kendetegner brugerne samt deres holdning til risici. Brugen af narkotika blandt befolkningen som helhed måles i undersøgelser, som giver skøn over, hvor stor en del der på et givet tidspunkt har taget stoffer. De mest almindelige mål er:

- enhver brug i løbet af en persons liv (langtidsprævalens), ofte kaldet »langtidserfaring« med stoffer
- enhver brug i løbet af det seneste år (brug inden for de seneste 12 måneder), ofte kaldet »nylig brug« af stoffer
- enhver brug i løbet af den seneste måned (brug inden for de seneste 30 dage), ofte kaldet »aktuel brug« af stoffer.

Tallene for »langtidserfaring« er altid højere end for de to øvrige grupper, idet denne gruppe omfatter alle, der på et eller andet tidspunkt har prøvet stoffer, uanset hvor længe siden det måtte være. Tallene for »nylig brug« er generelt lavere, men giver et mere dækkende billede af den nuværende situation. »Aktuel brug« kan give et fingerpeg om antallet af personer, der regelmæssigt tager stoffer, men tallene er generelt lave. En kombination af langtidserfaring og nylig eller aktuel brug kan give indsigt i mønstrene for brug af narkotika (f.eks. fortsættelsesfrekvenser).

Mange undersøgelser ser også nærmere på alderen ved første brug samt brugshyppigheden, hvilket gør det muligt at foretage skøn over udbredelsen og finde forskelle i brugsmønstrene, såsom højere doser og hyppigere brug (hvilket medfører forøget risiko). Desuden kan man finde sammenhænge mellem stofbrug og sociodemografiske faktorer, holdninger og risikoopfattelser, livsstil, sundhedsproblemer mv.

Der skal tages højde for en række faktorer ved behandling af forskelle i de samlede nationale tal. Den relative størrelse af by- og landbefolkningen i det enkelte land kan give en del af forklaringen på forskellene. Andre kilder til forskelle kan være generationsfaktorer (for eksempel den fødselskohorte, hvori brug af stoffer blev udbredt) og graden af konvergens mellem unge mænds og kvinders livsstil. Også den sociale og kulturelle kontekst kan have indflydelse på selvrapporteringen af stofbrug. Endelig kan metodologiske spørgsmål, såsom stikprøvefejl og manglende besvarelse påvirke resultaterne. Komparative analyser mellem landene skal ske med stor forsigtighed, især hvor forskellene er små, og i formuleringen og evalueringen af en narkotikapolitik skal der indgå kriterier som f.eks. specifikke aldersgrupper, fødselskohorter, køn og bopæl (dvs. bopæl i byerne kontra på landet) for de undersøgte befolkningsgrupper.

Udbredelse og mønstre for stofbrug blandt befolkningen som helhed

Trods de begrænsninger, der findes i metoderne til sammenligning af undersøgelsesresultater landene imellem, kan der identificeres visse fælles mønstre for brug af stoffer i hele EU. Disse grundmønstre er relativt uændrede i forhold til den seneste årsberetning.

Cannabis er fremdeles det mest almindeligt brugte illegale stof i samtlige EU-lande. Langtidserfaring er langt mere almindelig end nylig eller aktuel brug, hvilket tyder på, at brugen af cannabis har en tendens til at være lejlighedsvis eller afbrudt efter nogen tid ([3]). Daglig brug er usædvanlig for personer over 40 år. I visse lande rapporteres der om en lille del voksne (0,5-1 %), som bruger stoffet næsten dagligt, og særlig opmærksomhed bør rettes mod denne gruppe.

Selv om der er betydelige forskelle landene imellem, bruges andre illegale stoffer end cannabis af langt mindre dele af befolkningen ([4]). Igen er regelmæssig og vedvarende

([1]) Se boks 1 OL: Metoder til estimering af stofmisbrug i befolkningen som helhed (onlineversion) for en nærmere forklaring.

([2]) Se EONN's retningslinjer for nøgleindikatoren »udbredelse og mønstre for stofmisbrug i den almene befolkning — befolkningsundersøgelser« (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/population_survey_handbook.pdf).

([3]) Figur 1 OL: Mønstre for brug af cannabis blandt befolkningen som helhed — langtidserfaring i forhold til aktuel brug (inden for de sidste 30 dage), national prævalensundersøgelse (stofbrug) i 2001 (Nederlandene) (onlineversion).

([4]) Figur 2 OL: Nylig brug (inden for de sidste 12 måneder) af cannabis, amfetaminer, ecstasy og kokain blandt unge voksne (15-34 år) i EU, målt efter nationale befolkningsundersøgelser (onlineversion).

stofbrug ualmindelig — de fleste personer bruger stoffer i forholdsvis kort tid (dvs. at langtidserfaring er klart højere end nylig brug) ([5]).

Brugen af illegale stoffer er størst blandt unge voksne (f.eks. 15-34 år), som har udbredelsesrater, der er cirka dobbelt så store som for samtlige voksne. I alle lande og alle aldersklasser er der flere mænd end kvinder, som har prøvet stoffer. Stofbrug er mere udbredt i byområder, selv om en vis spredning til mindre byer og landdistrikter kan finde sted.

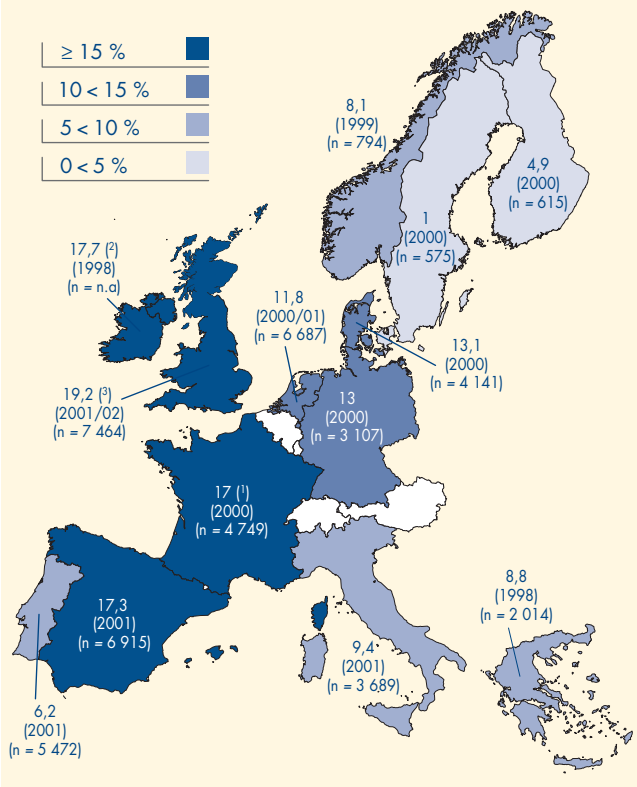
Langtidserfaringen med brug af cannabis angives at variere fra cirka 7-10 % (Portugal og Finland) til omkring 30 % (Danmark og Det Forenede Kongerige) af den samlede voksne befolkning, mens de fleste lande melder om tal i størrelsesordenen 20-25 %. De rapporterede procentsatser for brug af andet end cannabis er 0,5-6 % for amfetamin (undtagen i Det Forenede Kongerige, hvor tallet er 11 %) og 0,5-5 % for kokain og ecstasy ([6]). Generelt har mindre end 1 % af befolkningen prøvet heroin, skønt op til 2-3 % af unge mænd i visse lande meldes at have eksperimenteret med stoffet.

1-10 % af alle voksne beretter om nylig brug af cannabis, selv om udbredelsen i de fleste lande (ti) ligger mellem 5 % og 10 %. Nylig brug af amfetaminer, kokain eller ecstasy anføres generelt af mindre end 1 % af alle voksne. I Spanien, Irland og Det Forenede Kongerige er procenten for brug af alle disse stoffer noget højere, mens brugen af amfetaminer er relativt højere i Danmark og Norge, og ecstasy er mere udbredt i Nederlandene ([7]).

Brug af stoffer (både langtidserfaring og nylig brug) er højere blandt unge voksne end for befolkningen som helhed. 5-20 % af unge voksne beretter om nylig brug af cannabis (Sverige 1-2 %), og i mange lande (syv) rapporteres om tal mellem 10 % og 20 % (figur 1). Nylig brug af amfetamin rapporteres generelt for 0,6 %, brug af kokain for 0,5-4,5 % og brug af ecstasy for 0,5-5 % (figur 2).

I den amerikanske husstandsundersøgelse af stofmisbruget for 2001 berettede til sammenligning 36,9 % af alle voksne (12 år og derover) om langtidserfaring med cannabis, 12,3 % om langtidserfaring med kokain og 3,6 % om langtidserfaring med ecstasy. Nylig (seneste 12 måneder) brug af cannabis blev meldt af 9,3 %, brug af kokain af

Figur 1: Nylig brug (inden for de seneste 12 måneder) af cannabis blandt unge voksne (15-34 år) i europæiske lande, målt ved nationale befolkningsundersøgelser



NB: Dataene stammer fra de seneste nationale undersøgelser, der er tilgængelige i de enkelte lande. Dataene stammer fra de seneste nationale undersøgelser for aldersgruppen af 15-34-årige. For nærmere detaljer om antallet af respondenter for hele undersøgelsen, se statistisk tabel 2: De sidste 12 måneders forekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion). Gruppen af unge voksne defineres af EONN som aldersgruppen af 15-34-årige (Danmark og Det Forenede Kongerige starter ved 16 år, Tyskland og Irland starter ved 18 år). Forskelle i aldersgrupper kan øve en mindre indflydelse på en række nationale forskelle. I nogle lande blev tallene revurderet, så de så vidt muligt afspejler EONN's standardaldersgruppe.

(1) Frankrig gennemførte en ny undersøgelse i 2002, men med en væsentligt mindre stikprøve (2 009 respondenter). Se statistisk tabel 1: Langtidsforekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion).

(2) I Irland er stikprøven for hele undersøgelsen (18-64 år) 6 539.

(3) England og Wales.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkters rapporter for 2002, taget fra rapporter eller videnskabelige artikler. Se også statistisk tabel 1: Langtidsforekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion).

1,9 % og brug af ecstasy af 1,4 % ([8]). Langtidserfaring og nylig brug af cannabis er højere i USA end i noget EU-land. Langtidserfaring med kokain er også højere i USA

([5]) Dette er udtrykt ved »fortsættelsesfrekvensen«, dvs. den andel, der har brugt et stof i løbet af deres levetid og også har taget det i løbet af de seneste 12 måneder eller de seneste 30 dage.

([6]) Se statistisk tabel 1: Langtidsforekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion).

([7]) Se statistisk tabel 2: De sidste 12 måneders forekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion).

([8]) *Kilder:* SAMHSA, Office of Applied Studies, National Household Survey on Drug Abuse, 2001 (http://www.samhsa.gov/oas/nhsda.htm). Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er større end den aldersfordeling, der anvendes af EONN i EU-undersøgelser (15-64 år). Dette betyder, at de indberettede tal fra den amerikanske undersøgelse vil have en tendens til at være noget lavere, end hvis man havde anvendt samme aldersfordeling som i EU-undersøgelsen, idet stofbrugen blandt de 12-15-årige og navnlig blandt personer over 65 er lav.

end i noget EU-land, og nylig brug er højere end i de fleste lande undtagen Spanien (2,6 %) og Det Forenede Kongerige (2,0 %). Brugen af ecstasy er højere end i alle EU-lande undtagen Spanien, Irland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige.

Tendenser i stofbrugen blandt befolkningen som helhed

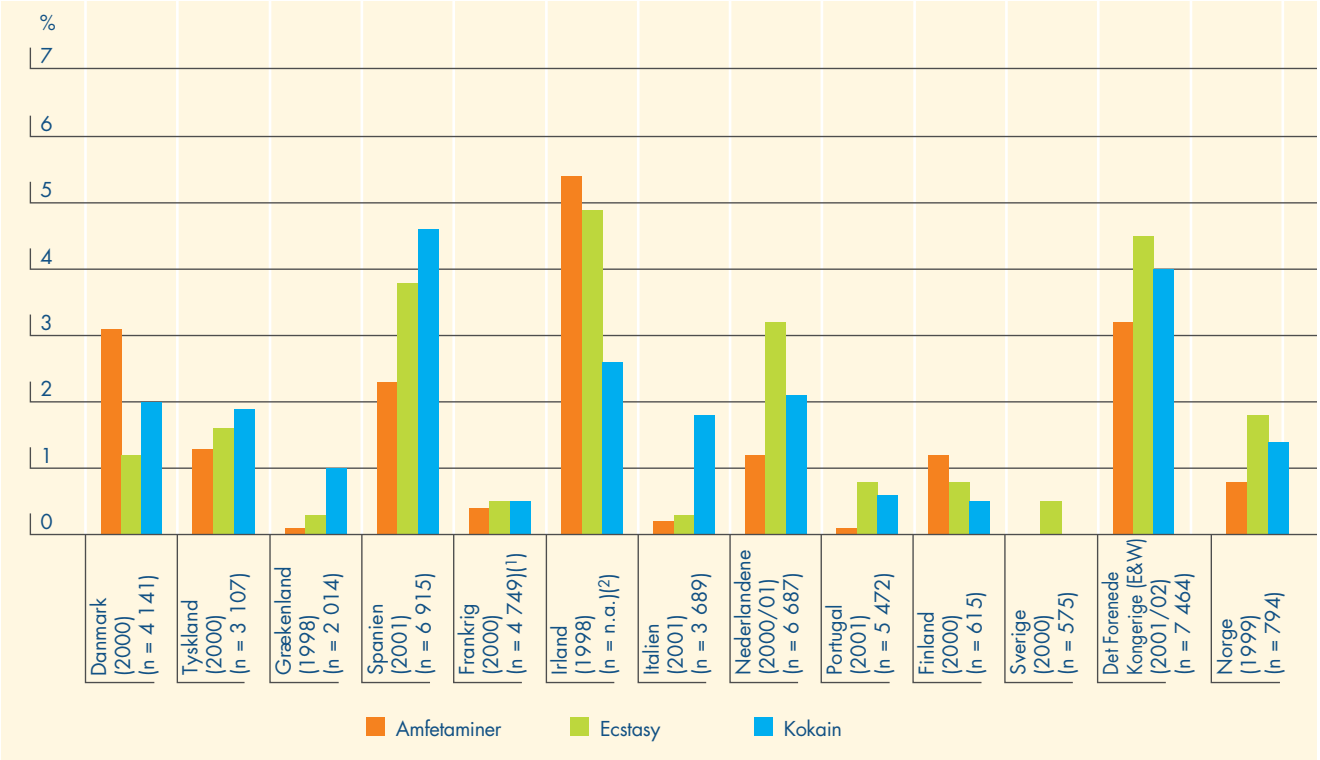
Det er vanskeligt at pege på klare tendenser, som gælder for EU som helhed. Der er kun foretaget ensartede undersøgelsesserier i få lande og i få år. Dertil kommer, at der er meget stor variation i de sociale/kulturelle forhold blandt EU-landene. Langtidserfaringen er af begrænset værdi ved en tendensanalyse, da den er af kumulativ karakter, som på grund af en generationseffekt kan stige, selv om det aktuelle stofbrug er stabilt eller faldende. Omvendt vil langtidserfaringen for meget unge mennesker (i aldersgruppen 13-15 år) tendere til at afspejle nylig brug.

Forskellige former for undersøgelser (nationale eller lokale og undersøgelser af værnepligtige eller skolebørn) viser, at brugen af cannabis, især blandt unge mennesker, steg markant i 1990'erne i næsten alle EU-lande. Samtidig ses en vis konvergens i cannabisbrugen på tværs af landene, hvor et betydeligt antal lande indberetter ca. 20-25 % langtidserfaring og 5-10 % nylig brug.

Selv om mange lande melder om en tendens til fortsat stigning i cannabisbrugen, er det værd at bemærke, at en række lande (Irland, Italien, Nederlandene, Finland, Sverige og Norge) på baggrund af undersøgelser blandt skoleelever, værnepligtige og teenagere melder, at kurven for stofbrug er ved at flade ud.

Det er vanskeligere at spore europæiske tendenser, når det gælder andre stoffer (f.eks. kokain, ecstasy og amfetaminer), delvis fordi undersøgelsesmaterialet ofte er begrænset, og delvis fordi der generelt er langt mindre

Figur 2: Nylig brug (inden for de seneste 12 måneder) af ecstasy, amfetaminer og kokain blandt unge voksne (15-34 år) i europæiske lande, målt ved nationale befolkningsundersøgelser



NB: E&W, England og Wales.
Dataene stammer fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i de enkelte lande. Dataene stammer fra de seneste nationale undersøgelser for aldersgruppen af 15-34-årige. For nærmere detaljer om antallet af respondenter for hele undersøgelsen, se statistisk tabel 2: De sidste 12 måneders forekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion). EONN's standardefinition af unge voksne er aldersgruppen 15-34 år. I Danmark og Det Forenede Kongerige er gruppen af unge voksne aldersgruppen 16-34 år, og i Tyskland og Irland 18-34 år. Forskelle i aldersgrupper kan øve en mindre indflydelse på en række nationale forskelle. I nogle lande blev tallene revurderet, så de så vidt muligt afspejler EONN's standardaldersgruppe.

(1) Frankrig gennemførte en ny undersøgelse i 2002, men med en væsentligt mindre stikprøve (2 009 respondenter). Se også statistisk tabel 2: De sidste 12 måneders forekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion).

(2) I Irland er stikprøven for hele undersøgelsen (18-64 år) 6 539.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkters rapporter for 2002, taget fra rapporter eller videnskabelige artikler. Se også statistisk tabel 2: De sidste 12 måneders forekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge (onlineversion).

erfaring med brug af disse stoffer. Dertil kommer, at nye tendenser ofte er koncentreret i udvalgte grupper, og at en fokusanalyse (f.eks. af stofbrugen blandt unge mænd i byområderne) ville være nødvendig for at bestemme sådanne tendenser og vurdere deres reelle omfang. Ideelt set burde undersøgelserne følges op af specifikke antropologiske undersøgelser.

Brugen af ecstasy steg markant op igennem 1990'erne (og synes at blive stadigt mere udbredt) blandt visse grupper af unge, men kun fire lande (Spanien, Irland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) melder om nylig brug (seneste 12 måneder) blandt unge voksne på mere end 3 %.

Det er foruroligende, at indikatorer for stofbrug (behandling, efterspørgsel, beslaglæggelser, toksikologiske fund ved obduktioner) peger på, at kokainbrugen stiger i nogle lande. Selv om kokainbrugen blandt befolkningen som helhed stadig er lav, synes stigninger i nylig kokainbrug (seneste 12 måneder) blandt unge mennesker at være ensartet (1994-2000) i Det Forenede Kongerige ([9]) og muligvis, i mindre grad, i Danmark, Tyskland, Spanien og Nederlandene. Andre lande har meldt om stigninger (de nationale Reitox-rapporter for 2001 eller 2002) baseret på lokale eller kvalitative informationer (Grækenland, Irland, Italien og Østrig). Dette fænomen bør undersøges nærmere — især blandt unge i byområder (figur 3).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller med relation til dette afsnit:

Statistisk tabel 1: Langtidsforekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge

Statistisk tabel 2: De sidste 12 måneders forekomst af stofbrug i seneste nationale undersøgelser blandt befolkningen som helhed i EU-landene og Norge

Statistisk tabel 3: Skoleundersøgelser: Langtidsforekomst blandt elever/studerende, 15-16-årige.

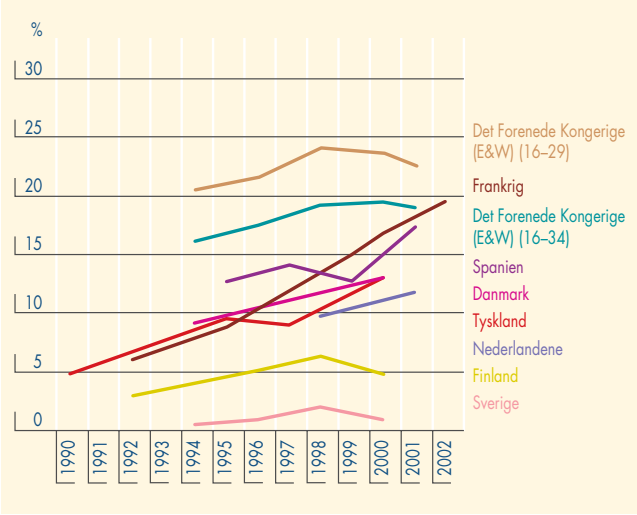
Problematisk stofbrug

Problematisk stofbrug defineres som »intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opiater, kokain og/eller amfetaminer« ([10]).

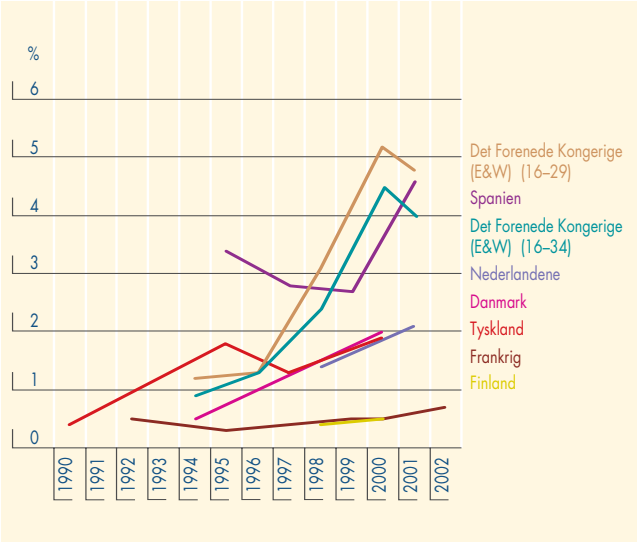
På grund af afhængigheden af de nuværende estimeringsmetoder, dataenes kvalitet og tilgængelighed er det ikke altid muligt at foretage en pålidelig fortolkning af tendenser. Dertil kommer, at der ikke findes nogen evalueringsmetode, som kan anvendes sammenligneligt i

Figur 3: Udviklingen i nylig (inden for de seneste 12 måneder) (A) cannabis- og (B) kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år) i visse EU-lande

Figur 3 (A): Udviklingen i cannabisbrug



Figur 3 (B): Udviklingen i kokainbrug



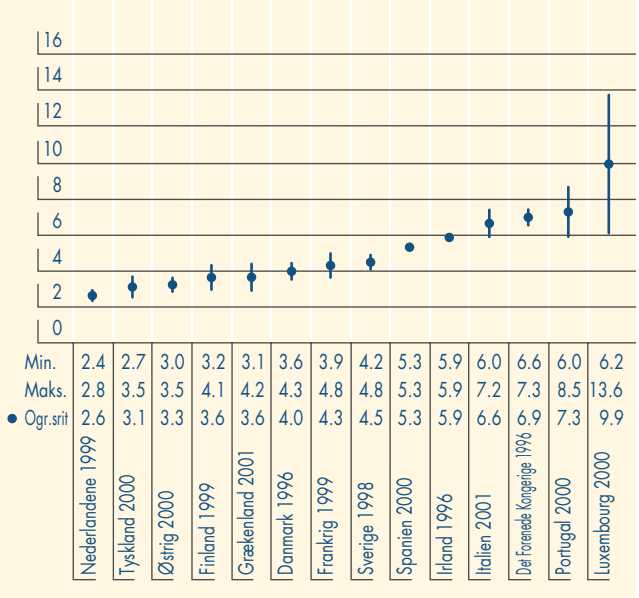
NB: E&W, England og Wales.
Dataene stammer fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i de enkelte lande. Tal og metoder for hver undersøgelse er beskrevet i statistisk tabel 2 (onlineversion).
EONN's standardefinition af unge voksne er aldersgruppen 15-34 år. I Danmark og Det Forenede Kongerige er gruppen af unge voksne aldersgruppen 16-34 år, og i Tyskland og Irland 18-34 år. I Frankrig er aldersgruppen 25-34 (1992) eller 18-39 (1995).
Stikprøvestørrelser (respondenter) for hver undersøgelse findes i statistisk tabel 2 (onlineversion).
De danske tal for 1994 gælder brugen af »hårde stoffer«.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkters rapporter for 2002, taget fra rapporter eller videnskabelige artikler. Se de enkelte kilder i statistisk tabel 2 (onlineversion).

([9]) Selv om tallet ifølge indenrigsministeriet synes at flade ud (se figur 3). I undersøgelser blandt personer i England og Wales i aldersgruppen 16-29 år blev der konstateret markante ændringer (ved 5 % niveauet) mellem 1996 og 1998 og mellem 1998 og 2000. Forskellene imellem 2000 og 2001/02 var imidlertid ikke signifikante.

([10]) Se boks 2 OL: Definition af problematisk stofbrug og metoder til estimering heraf (onlineversion) for nærmere detaljer.

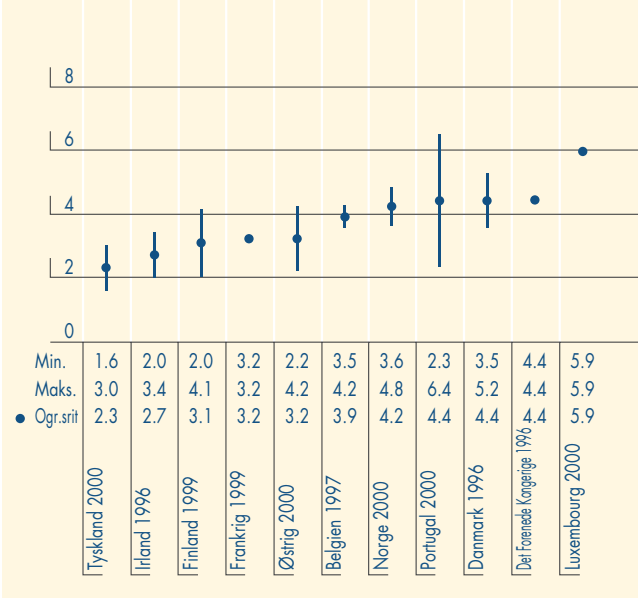
Figur 4: Skøn over problematisk stofbrug i forskellige EU-medlemsstater (seneste 1-årige forekomst pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år)



NB: Tallene viser det kombinerede interval for landene baseret på forskellige skøn. De kan være baseret på forskellige metoder og datakilder og bør tolkes med forsigtighed (se online statistiske tabeller for specifikke skøn og fuldstændige detaljer). Prikken viser midtpunktet i intervallet, mens linjen repræsenterer usikkerhedsintervallet for skønnene eller konfidensintervallet på 95 %. Jo længere denne linje er, jo bredere er omfanget af prævalensskønnet (ikke tilgængeligt for Spanien og Irland). Alle skøn er kompatible med EONN's definition af problematisk stofbrug. Skønnet for Sverige er blevet justeret i overensstemmelse med denne definition.

Kilder: Nationale knudepunkter via EONN-projektet: »National prevalence estimates of problem drug use in the European Union«, 1995-2000, CT.00.RTX.23, Lissabon, EONN, 2003. Koordineret af Institut für Therapieforschung, München.

Figur 5: Skøn over intravenøs stofbrug i EU-medlemsstaterne (seneste 1-årige forekomst pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år)



NB: Tallene viser det kombinerede interval for landene baseret på forskellige skøn. De kan være baseret på forskellige metoder og datakilder og bør tolkes med forsigtighed (se online statistiske tabeller for specifikke skøn og fuldstændige detaljer). Prikken viser midtpunktet i intervallet, mens linjen repræsenterer usikkerhedsintervallet for skønnene eller konfidensintervallet på 95 %. Jo længere denne linje er, jo bredere er omfanget af prævalensskønnet (ikke tilgængeligt for Frankrig, Luxembourg og Det Forenede Kongerige).

Kilder: Nationale knudepunkter via EONN-projektet: »National prevalence estimates of problem drug use in the European Union«, 1995-2000, CT.00.RTX.23, Lissabon, EONN, 2003. Koordineret af Institut für Therapieforschung, München.

alle lande, hvorfor sammenligninger imellem landene bør ske med forsigtighed.

Flere lande melder om ændringer i skønnene, som antyder stigninger i problematisk brug siden midten af 1990'erne. Ud af 16 lande har de otte meldt om højere skøn over problematisk stofbrug (Tyskland, Spanien, Italien, Luxembourg, Finland, Sverige) og intravenøs stofbrug (Belgien og Norge) op igennem 1990'erne, selv om den rapporterede stigning i Sverige på nationalt plan ikke synes at blive bekræftet i to lokale undersøgelser ([11]).

Skønnene over forekomsten af problematisk stofbrug ligger alle på mellem to og ti tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (ved brug af midtpunkterne i skønnene). De højeste tal forekommer i Italien, Luxembourg, Portugal og Det Forenede Kongerige (6-10 pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år). Tallene er lavest i Tyskland, Nederlandene og Østrig med hver ca. tre problematiske stofbrugere pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år. Data for Belgien og Norge er ikke tilgængelige (figur 4).

I Finland og Sverige er de fleste problemstofbrugere primært amfetaminbrugere (skønsmæssigt 70-80 % i Finland i 1999). Dette er modsat situationen i andre lande, hvor problematiske stofbrugere hovedsageligt har opiater som deres hovedstof (og samtidig er blandingsbrugere). I Spanien er kokain blevet en væsentlig faktor i de indberettede stofproblemer (behandlings- og akutdata), og dette bekræftes i de seneste skøn over forekomster. Nogle få lande (Tyskland, Nederlandene) melder om stor forekomst af kokainpulver blandt problematiske stofbrugere — primært i storbyerne og først og fremmest blandt de stofbrugere, som har opiater som deres primære stof.

Der fremlægges særskilte skøn for intravenøs stofbrug, som er en delkategori under samlet problematisk stofbrug. Disse skøn er baseret på multiplikatormetoder ved hjælp af dødelighedsdata og data for smitte med hiv- eller hepatitis C-virus (HCV). Da det er vanskeligt at skelne mellem aktuel intravenøs brug (nok bedst fremstillet ved dødelighedsbaserede skøn) og længerevarende intravenøs brug (fra hiv/HCV-skønnene), er de skønnede tal vanskeligt sammenlignelige. Skønnene for intravenøs stofbrug ligger

([11]) Se boks 3 OL: Tendenser og mønstre for problematisk stofbrug pr. land (onlineversion).

generelt på mellem to og fem tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (der findes ingen tilgængelige data for fem medlemsstater). Skønnet for Luxembourg ligger højere med næsten seks pr. 1 000 indbyggere. Skønnene for intravenøs stofbrug angiver den del af befolkningen, som er udsat for alvorlige sundhedsrisici eller narkotikarelaterede dødsfald (figur 5).

En analyse af andelen af sprøjtemisbrugere blandt heroinbrugere i behandling peger på markante forskelle i udbredelsen af intravenøs stofbrug mellem landene indbyrdes og varierende tendenser over tid (figur 6). I nogle lande synes intravenøs stofbrug at være lav (Portugal, Nederlandene), mens tallene for intravenøse heroinbrugere i behandling i andre lande er høje (Grækenland, Luxembourg). I næsten alle landene synes intravenøs stofbrug blandt behandlede heroinbrugere at være faldet op igennem 1990'erne, selv om tallene for nogle lande viser stigninger siden 1996 og inden for den seneste tid (Irland, Finland), som, hvis de kan bekræftes, er alarmerende og kræver handling. I Det Forenede Kongerige faldt antallet af intravenøse stofbrugere frem til 1996, men steg dog det efterfølgende år og har været stabilt siden.

De samme procentvise tal for aktuelt sprøjtemisbrug blandt opiatbrugere i behandling vægtet i forhold til de skønnede absolutte tal for problematiske stofbrugere (se statistisk tabel 4) angiver, at groft set 60 % af alle problematiske stofbrugere i EU er intravenøse stofbrugere, men med stor variation landene imellem (ikke vist). Hvis tallet for problematisk stofbrug i EU som helhed ligger mellem fire og seks tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64, vil det svare til mellem 1 og 1,5 million problematiske stofbrugere, hvoraf 600 000-900 000 er intravenøse stofbrugere.

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller med relation til dette afsnit:

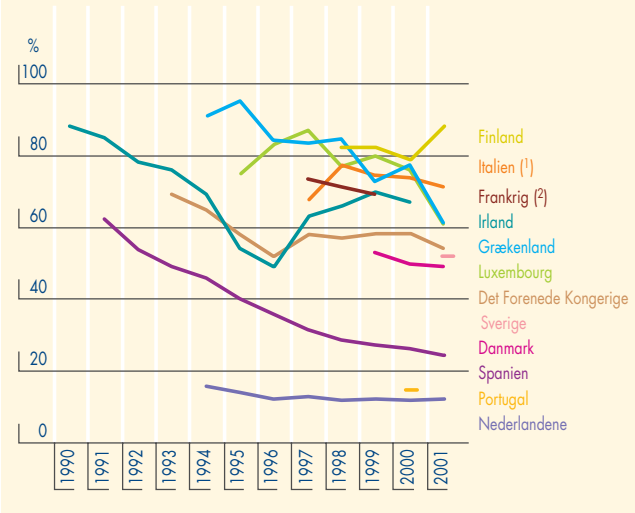
Statistisk tabel 4: Skønnet antal problematiske stofbrugere i EU-medlemsstaterne, 1995-2001

Statistisk tabel 5: Skønnet hyppighed af problematiske stofbrugere i EU-medlemsstaterne, 1995-2001 (hyppighed pr. 1 000 indbyggere mellem 15 og 64 år).

Behandlingsefterspørgsel

Karakteristika (f.eks. sociale karakteristika) og brugsadfærd (f.eks. andelen af sprøjtemisbrugere eller opiatbrugere) for klienter, der søger behandling, er potentielle indikatorer for bredere tendenser i problematisk stofbrug. Data for behandlingsefterspørgslen giver også et overblik over opbygningen af behandlingscentre i Europa. Der kan imidlertid opstå forskelle som følge af varierende informationsindsamlingsmetoder og forskelle i de behandlingstilbud, der findes i de enkelte lande.

Figur 6: Tendenser for intravenøs stofbrug i EU-medlemsstaterne, 1990-2001 (procentdel af aktuelle sprøjtemisbrugere blandt heroinbrugere i behandling)



(1) Italien: data fra standardtabel 04 (2002).
(2) Ingen tilgængelige data for Frankrig i 1998; tallene er baseret på interpolation.
Dataene dækker over adskillige tusinde tilfælde pr. land pr. år og indeholder for de fleste landes vedkommende alle behandlede tilfælde på nationalt plan.
Kilder: Nationale knudepunkter via EONN-projektet: »Treatment demand indicator« http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/demand_treatment.shtml).

Dataindsamlingen var for anden gang baseret på en fælles europæisk protokol (behandlingsefterspørgselsindikator, TDI), herunder oplysninger om ca. 150 000 patienter ([12]).

Stoffer

Til trods for forskelle i behandlingspolitik og registreringspraksis er det muligt at identificere både konvergerende og divergerende tendenser i de forskellige europæiske lande.

Informationskilder

Både i 2002 og i 2001 er der anvendt to informationskilder: Den udvidede TDI-protokol i behandlingscentre, hvor der var tilgængelige data, og en forkortet form for TDI-protokol, som er indeholdt i de tabeller, der er indsamlet siden 1993. For at skabe konsistens i forhold til tidligere år og se tendenser over tid er den anden informationskilde i visse tilfælde anvendt. Antallet af inkluderede tilfælde for hvert land i form af datakilder er angivet i onlineversionen ([1]).

([1]) Tabel 1 OL: Antal inkluderede tilfælde fordelt på datakilde (onlineversion).

([12]) En fuldstændig rapport om behandlingsefterspørgselsindikatoren findes online (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/treatment_indicator_report.pdf).

Som i tidligere år melder alle lande i 2001 om en stigning i det samlede antal personer, som har været behandlet for narkotikaproblemer. Ifølge de nationale rapporter er der flere grunde hertil: forbedrede metoder til registrering (flere behandlede personer er blevet indberettet), øget adgang til behandlingsfaciliteter (navnlig substitutionsbehandlinger og lavtærskeltilbud), differentiering af programmer (der er nu specialiserede tilbud til specifikke målgrupper og forskellige stoffer, såsom buprenorphin og metadon, der anvendes i substitutionsprogrammer), længerevarende behandling af eksisterende klienter og en stigning i antallet af personer, der behandles i land-/ikke-byområder (nationale rapporter, 2002).

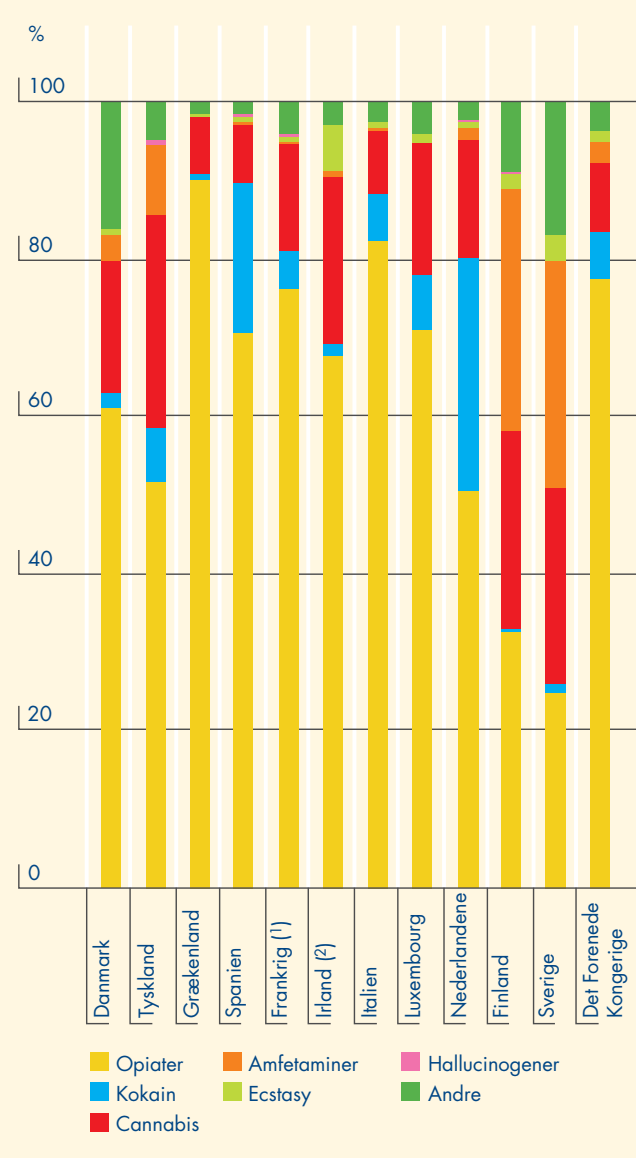
Stofbrugere efterspørger som regel behandling spontant eller på grund af pres fra familien. Andre årsager udgør kun en lille del af henvisningerne ([13]). Henvisningerne til behandlingscentre for stofmisbrugere varierer fra land til land og af forskellige årsager: forskelle i distribueringen af brugte eller misbrugte stoffer; forskelle i landenes opbygning af social- og sundhedstjenester og juridiske tjenester samt sociale eller kulturelle forskelle. Eksempelvis er andelen af klienter, der henvises via domstolene, politiet eller andre dele af retsvæsenet størst i Tyskland, hvilket muligvis hænger sammen med den store andel af cannabisbrugere der ([14]). I Sverige, som har et højt struktureret velfærdssystem, spiller det sociale system omvendt en vigtig rolle i henvisningen af stofbrugere til specialtilbud. I Grækenland er familien en central institution i samfundet og spiller som sådan en vigtig rolle som kilde til henvisning (national rapport, 2002) ([15]).

I de fleste lande er opiater (navnlig heroin) fortsat det primære stof, der misbruges af samtlige klienter, der søger behandling (figur 7). I de fleste EU-lande er mellem 50 % og 70 % af de behandlingssøgende klienter heroinbrugere, men der er stor variation i tallene. EU-medlemsstaterne kan inddeles i fire grupper alt efter opiatmisbrugets andel af henvisningerne til behandlingscentre for stofmisbrugere:

- under 50 % (Finland, Sverige)
- 50-70 % (Danmark, Tyskland, Frankrig, Irland, Nederlandene)
- 70-80 % (Spanien, Luxembourg, Det Forenede Kongerige)
- over 80 % (Grækenland, Italien, Portugal) ([16]).

Tilsyneladende har de personer, der modtager ambulant behandling, tendens til at være mere differentierede end brugere af andre behandlingstilbud ([17]). Enten fordi

Figur 7: Samtlige klienter i behandling — fordelt på hovedstof



NB: *n* = 300 414.
(1) 1999-data.
(2) 2000-data.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2002). Se også statistisk tabel 6: Karakteristika for personer i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer (onlineversion).

ambulatorierne specialiserer sig i specifikke narkotikarelaterede problemer, eller fordi sådanne klinikker er opstået som følge af behov for behandling af forskellige former for stofmisbrug (som eksempelvis cannabis- eller kokainmisbrug) (Molinae *mfl.* 2002).

Med hensyn til frekvensen af brugere, der søger behandling, efterfølges heroin i mange lande af cannabis, og tallet er

([13]) Figur 3 OL: Nye klienter indlagt til behandling fordelt på henvisningskilde (onlineversion).
([14]) Af forskellige årsager (herunder f.eks. pålæggelse af administrative sanktioner, såsom et kørselsforbud) svarer andelen af brugere, der henvises af det strafferetlige system, ikke nødvendigvis til andelen af lovovertrædere.
([15]) Figur 4 OL: Henvisningskilde blandt nye patienter i en række lande (onlineversion).
([16]) Se statistisk tabel 6: Karakteristika for personer i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer (onlineversion); og statistisk tabel 7: Karakteristika for personer i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer for første gang (onlineversion).
([17]) Figur 5 OL: Hovedstof blandt alle klienter fordelt på center (onlineversion).

højest blandt nye klienter (24,7 % af det samlede antal nyindlæggelser er cannabisbrugere); klienter, der ønsker behandling for cannabisbrug ([18]), får oftest ambulant behandling eller indlægges på klinikker ([19]). Cannabis bruges ofte sammen med andre stoffer eller indtages som sidestof ([20]). Hvad angår personer, der søger behandling for cannabisbrug, er der stor variation landene imellem: fra 7,3 % i Grækenland til 27,2 % i Tyskland (figur 7).

Spanien (19 %) og Nederlandene (29,9 %) er stadig de lande, der har den største procentdel af klienter, der søger behandling for kokain som deres primære stof. Tallene er lavere i de øvrige lande — fra 0,8 % i Grækenland til 7 % i Luxembourg. En særlig undersøgelse af behandlingsdata foretaget i Nederlandene påviste, at de to største grupper af personer, der i de seneste år har søgt behandling for kokainbrug, har været freebase-/kokainpulverbrugere og brugere af kokain i kombination med heroin eller metadon. Freebase/kokainpulver-brugerne kan være en særlig stor udfordring for behandlingstjenesterne, da kokainpulver er forbundet med en høj grad af afhængighed og problemer, og de, der bruger det, enten alene eller i kombination med heroin, er ofte ikke særligt socialt integrerede (Mol og van Vlaanderen, 2002).

Amfetaminer er den stofgruppe, hvor der landene imellem er størst forskel i efterspørgslen efter behandling. Andelen af efterspørgsel, der udgøres af amfetaminbrugere, er 3 % i Danmark, 8,7 % i Tyskland, 1,5 % i Nederlandene, 31,1 % i Finland, 29 % i Sverige, 2,7 % i Det Forenede Kongerige og mindre end 1 % i de øvrige lande.

Blandingsbrug ses stadigt tydeligere af behandlingsdataene. I alle landene bruger over 50 % af samtlige klienter mindst et andet stof ud over deres primære stof, især cannabis (18,4 %) eller kokain (19 %). De hyppigst rapporterede stofkombinationer er heroin med kokain eller cannabis og kokain med alkohol eller cannabis (nationale rapporter, 2002).

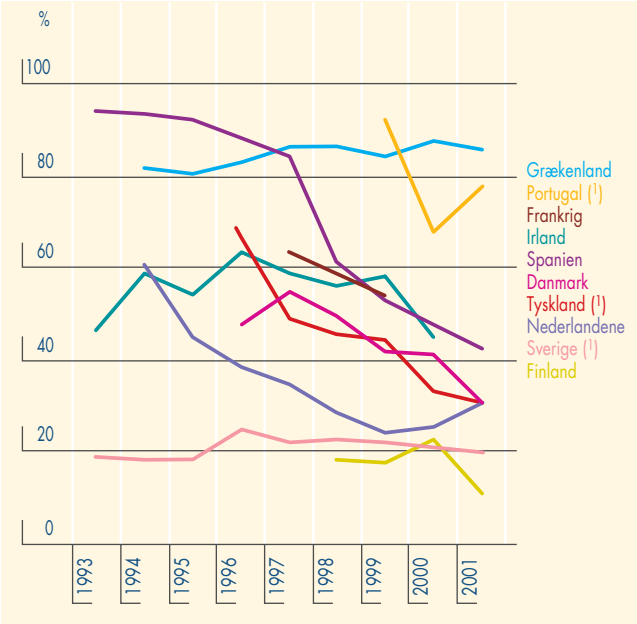
Tendenser

Der meldes om fælles tendenser i de europæiske lande for efterspørgslen efter behandling for heroin- og cannabisbrug. Heroinbrugen synes at være stabil eller faldende i alle landene, mens cannabisbrugen stiger næsten overalt — navnlig blandt nye klienter (figur 8).

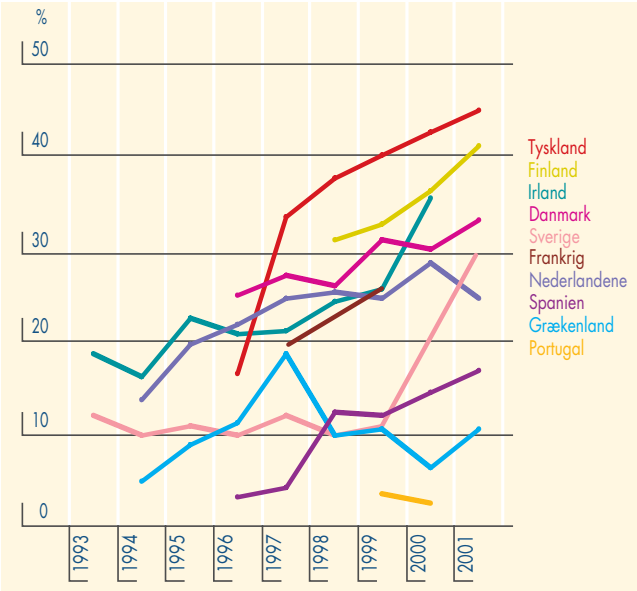
Det tilsyneladende fald i antallet af heroinbrugere og det heraf følgende fald i efterspørgslen efter behandling kan skyldes, at heroinepidemien, der opstod i slutningen af 1980'erne og de tidlige 1990'ere, er ved at være slut, mætning af markedet for behandlingsydelser for heroinbrugere og øget differentiering af behandlingsprogrammer, hvor der nu er flere faciliteter til rådighed for brugere af andre stoffer (herunder cannabis).

Figur 8: Nye klienter i behandling for A) heroin-/opiatbrug eller B) cannabisbrug

Figur 8 (A): Heroin-/opiatbrug



Figur 8 (B): Cannabisbrug



NB: Ingen tilgængelige data for Belgien, Italien, Luxembourg, Østrig og Det Forenede Kongerige. Se statistisk tabel 7 for antallet af tilfælde (onlineversion).
(1) Heroin omfatter alle opiater.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2002). Se også statistisk tabel 7: Karakteristika for personer i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer for første gang.

Tendensen til stigende efterspørgsel efter behandling for cannabisbrug (figur 9) kan have flere årsager: en stigning i antallet af regelmæssige cannabisbrugere, en stigning i

([18]) Figur 6 OL: Fordelingen af nye og alle klienter fordelt på hovedstof (onlineversion).
([19]) Figur 5 OL: Hovedstof blandt alle klienter fordelt på center (onlineversion).
([20]) Figur 7 OL: Hyppigst anvendt sidestof blandt alle klienter (onlineversion).

antallet af tilfælde, som rapporteres af det kriminalretlige system, markedsfaktorer (såsom større tilgængelighed eller lavere priser) og en stigning i antallet af unge med sociale eller psykiske problemer, der er ude af stand til at finde andre egnede behandlingsmuligheder. Stigningen i antallet af nye klienter, der ønsker behandling for cannabismisbrug, synes at være særlig markant i nogle lande, hvor prævalensdata, beslaglæggelser af cannabis, cannabis-kriminalitet og efterspørgslen efter behandling for cannabisbrug forløber parallelt (nationale rapporter, 2002). Igangværende undersøgelser i Tyskland stiller skarpt på de grupper, der er henvist til behandling via retssystemet og/eller socialforsorgen på grund af cannabismisbrug; de første resultater synes at pege i retning af, at visse unge cannabisbrugere opfylder kriterierne for afhængighed ifølge ICD-10-koder (R. Simon, personal communication, 2002).

Tendenserne i brugen af kokain ([21]) og andre stoffer er mindre homogene blandt landene: i Spanien og Nederlandene synes tidligere års stærke stigning at være bremset, idet behandlingsefterspørgslen nu er stabil eller kun svagt stigende — primært blandt førstegangsklienter.

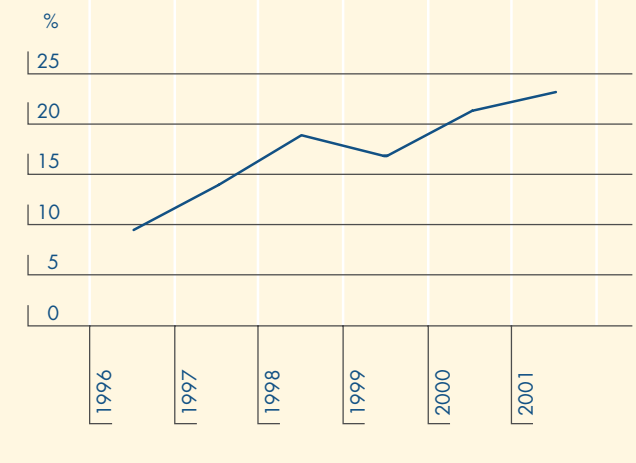
Brugsmønstre og former for indtagelse

De fleste stofbrugere tager stoffer for første gang i de tidlige ungdomsår (mellem 15 og 29 år og særligt i alderen 15 til 19 år). Alderen ved første brug svinger imidlertid fra stof til stof: 33,6 % af klienterne begynder at bruge cannabis, inden de fylder 15 år, og 56,3 % i alderen 15 til 19 år, og i samme alder (15 til 19 år) tager 63,3 % stimulanser for første gang. I modsætning hertil sker førstegangsbrugen af heroin og kokain ved højere alder (mere end 40 % af klienterne bruger heroin og kokain for første gang i alderen 20 til 29 år, og en anden gruppe starter endnu senere) ([22]).

De heroin-, kokain- og cannabisbrugere, der søger behandling, hvis de har taget stoffer de seneste 30 dage, har som regel taget dem dagligt, mens stimulerende stoffer typisk bruges to til seks gange om ugen ([23]).

De hyppigst indberettede former for indtagelse af hovedstofferne er intravenøs og rygning for heroin, snifning eller rygning/inhalering for kokain og spisning/drikning for stimulerende midler (figur 10). Under hensyntagen til metodebegrænsningerne (prøven var ikke helt den samme som i det foregående år (2001), og der var færre ukendte data i 2001) er der meldt om en ændring i brugsmønsteret i 2001: færre klienter sprøjter sig med heroin, og flere

Figur 9: Tendenser i efterspørgslen efter behandling for cannabisbrug, 1996-2001



NB: Gyldig procentsats af antallet af klienter pr. land. Kun nye klienter. Værdien *n* varierer hvert år fra 31 143 til 56 394. Yderligere detaljer er tilgængelige i tabel 1 OL.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter (1996 til 2001).

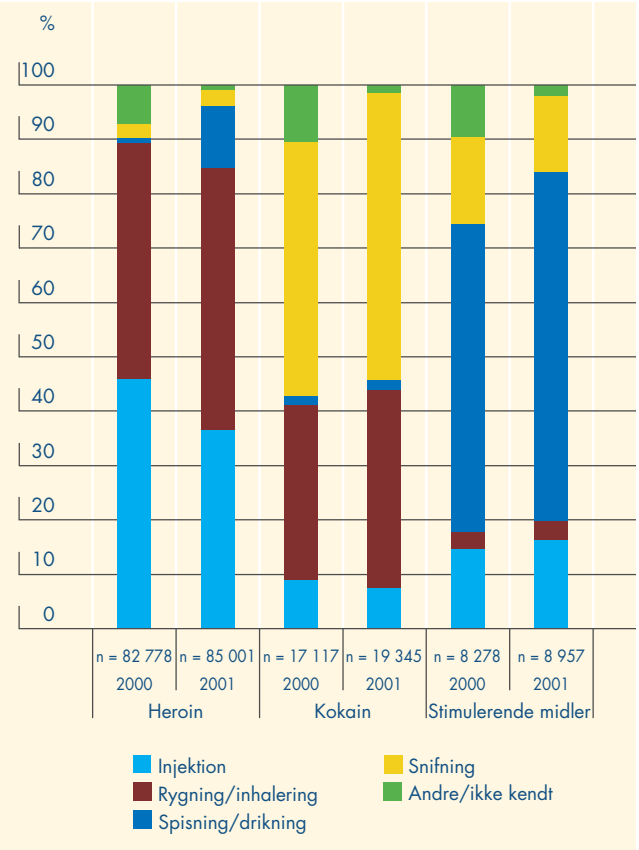
sniffer eller tager kokain intravenøst. Mulige årsager kan søges i markedsfaktorerne, især i pris og tilgængelighed af rygeheroin og crack/kokain, og effekten af forebyggelses- og skadesreduktionsprogrammer (EONN, 2002a; nationale rapporter, 2002).

Sociale karakteristika

De klienter, der søger behandling, er i reglen mænd i 20'erne og 30'erne. Den samlede gennemsnitsalder er 29,8 år, mens den er 26,9 år for førstegangsklienter. Tyskland, Irland og Finland har den yngste befolkning i behandling, mens de ældste behandlingssøgende klienter findes i Spanien, Italien og Nederlandene ([24]). Aldersfordelingen af klienter, der søger behandling, synes at hænge sammen med arten af det stof, der indtages — generelt er cannabisbrugere yngre, mens heroin- og kokainbrugere er ældre. Den største andel af cannabisbrugere findes i Tyskland, mens de største andele af kokain- og heroinbrugere findes i henholdsvis Spanien og Italien. Den store andel af unge stofbrugere i Finland kan delvis skyldes den forholdsvis sene udvikling af narkotikakulturer i landet. Kønsfordelingen svinger fra 2:1 til 6:1 (mænd/kvinder) ([25]). Den større andel af mænd kan være udtryk for et generelt større stofbrug blandt disse eller skyldes forskelle i behandlingsmulighederne (EONN, 2002a). Tilsvarende kønsfordelingsmønstre synes at gøre sig gældende mellem landene i Sydeuropa og landene i

([21]) Figur 8 OL: Nye klienter indlagt til behandling for kokainbrug (onlineversion).
([22]) Figur 10 OL: Alder ved første brug af hovedstof blandt alle klienter (onlineversion).
([23]) Figur 9 OL: Hyppighed for brug af hovedstof blandt alle klienter (sidste 30 dage før behandlingsstart) (onlineversion).
([24]) Tabel 2 OL: Gennemsnitsalder for klienter under behandling (onlineversion).
([25]) Se statistisk tabel 8: Karakteristika for kvinder i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer; og statistisk tabel 9: Karakteristika for mænd i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer (onlineversion).

Figur 10: Form for indtagelse blandt alle klienter på EU-plan



NB: Gyldighedsprocent.
Ingen tilgængelige data for Frankrig, Irland, Østrig og Portugal for 2000 samt for Belgien, Frankrig, Italien og Portugal for 2001.
Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2001, 2002). TDI-data (2000, 2001) fra ambulante behandlingscentre.

Nordeuropa (f.eks. er andelen af mandlige brugere højere i de sydeuropæiske lande). Det skyldes en forskel i brugsmønstrene mellem de nordlige og sydlige lande (de sydlige lande har en højere andel af heroinbrugere, som primært er mænd) samt kulturelle og sociale forskelle.

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller med relation til dette afsnit:

Statistisk tabel 6: Karakteristika for personer i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer

Statistisk tabel 7: Karakteristika for personer i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer for første gang

Statistisk tabel 8: Karakteristika for kvinder i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer

Statistisk tabel 9: Karakteristika for mænd i EU, som er i behandling for narkotikaproblemer.

Generelt er de sociale vilkår for klienter, der søger behandling — såsom uddannelse, leve- og arbejdsstatus — ringere end hos den almindelige befolkning i forskellige områder ([26]).

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme ([27])

Udbredelse og tendenser vedrørende hiv og aids

Smitsomme sygdomme i relation til intravenøs stofbrug har stor betydning for de økonomiske og sociale omkostninger ved stofbrug, selv i lande, hvor hiv-forekomsten er lav (Postma *mfl.*, 2001; Godfrey *mfl.*, 2002). De kan forebygges ved at give brugerne information om smitteoverførsel, rene nåle (Hurley *mfl.*, 1997; Australien, 2002) og ved at vaccinere dem mod hepatitis A- og B-virus. Der findes nu effektive behandlingsmuligheder for hiv- og HCV-smitte, og da spredningen af smitte ofte er meget høj blandt intravenøse stofbrugere, er de politikker, der er rettet mod forebyggelse og behandling af infektioner, yderst omkostningseffektive.

EONN foretager en systematisk overvågning af smittespredningen med hiv samt hepatitis B og C blandt intravenøse stofbrugere i EU. Informationer om den samlede udbredelse (generelt og i delgrupper) indsamles fra forskellige rutinemæssige miljøer (f.eks. stofafvænningsbehandling, sprøjtebytteordninger, fængsler) såvel som fra særlige undersøgelser ([28]). Skønt dataene vanskeligt lader sig sammenligne, fordi de stammer fra en række forskellige kilder, giver de et overordnet indtryk af forskelle fordelt på land, region og miljø. Vigtigere er det, at ved at følge tendenser over tid, navnlig udbredelsen blandt unge og nye injektionsbrugere, kan man få vigtige informationer om spredningen af virus blandt intravenøse stofbrugere samt om resultaterne af den præventive indsats. Det langsigtede mål er at forbedre datakvaliteten og sammenligneligheden i eksisterende rutinekilder og at etablere reelt sammenlignelige lokale europæiske undersøgelser af forekomsten af hiv-positive blandt intravenøse stofbrugere.

De tilgængelige data peger på, at der er store variationer i hiv-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere både mellem og inden for landene. Smitteniveauerne i de forskellige kilder varierer fra omkring 1 % i Det Forenede Kongerige (undersøgelser og separat anonym screening) til over 30 % i Spanien (rutinediagnostiske test i forbindelse med narkotikaafvænning), men de er generelt stabile ([29]). Dette samlede billede har ikke ændret sig i de senere år (figur 11).

Siden 1995 har hiv-spredningen i nogle lande og regioner været utroligt stor blandt intravenøse stofbrugere. Selv om dette forhold i de fleste tilfælde afspejler gamle epidemier, er

([26]) Se »Social udstødelse og reintegration«, s. 65.
([27]) En mere detaljeret gennemgang af dette emne findes i Årsberetningen 2001, kapitel 3, Udvalgte aspekter — narkotikarelaterede smitsomme sygdomme. Beretningen findes online (http://ar2001.emcdda.eu.int).
([28]) Se EONN's websted (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/infectious_diseases.shtml) for nærmere detaljer om metoder og retningslinjer.
([29]) Nærmere detaljer om disse data og om originale kilder findes i statistisk tabel 10: Sammenfattende tabel over forekomsten af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU; og statistisk tabel 12: Forekomsten af hiv-smitte (antal smittede i procent) blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge (onlineversion).

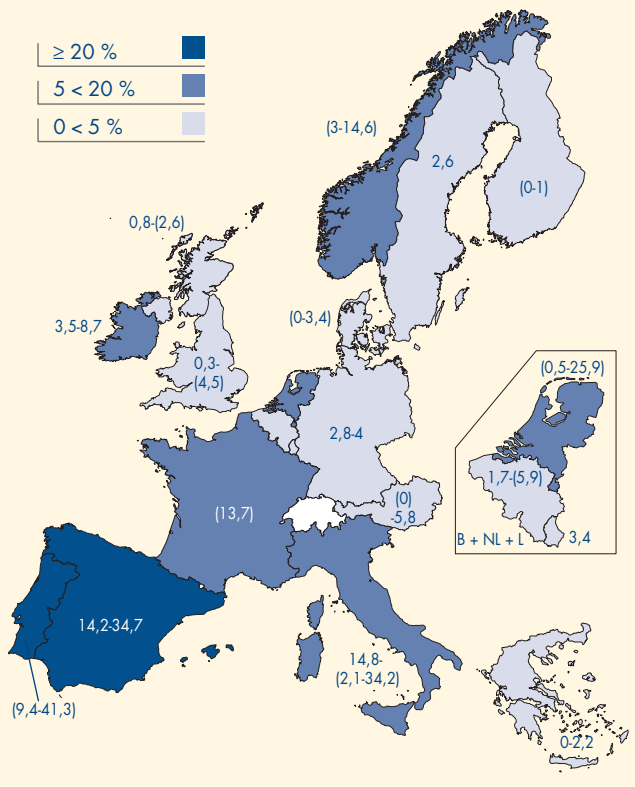
særlige forebyggende foranstaltninger meget vigtige (f.eks. bestræbelser på at forebygge smitteoverførsel til nye intravenøse stofbrugere, til intravenøse stofbrugeres seksualpartnere og fra mor til barn). I visse regioner og byer var forekomsten på over 25 % ([30]).

Tendenser i hiv-forekomsten er vigtige af politiske og evalueringsmæssige årsager. Der kræves en ekstra indsats, hvis tendenserne viser en stigning i smitteniveauet, men indsatsen kan være unødvendig, hvis smitteniveauet falder. Men selv i områder med stabil eller faldende udbredelse, kan der opstå nye smitteoverførsler. I de senere år kan der være forekommet øget hiv-smitte blandt (delgrupper af) intravenøse stofbrugere i regioner eller byer i Spanien, Irland, Italien, Nederlandene, Østrig, Portugal, Finland og Det Forenede Kongerige — selv om der i nogle af disse lande samtidig blev noteret stor nedgang i forekomsten ([31]). De italienske data viser, at nationale gennemsnit har begrænset værdi i lande med et stort antal smittede, og her er en opdeling i mindre regioner eller byer vigtig for at kunne evaluere resultaterne af den forebyggende indsats ([32]). Endnu er der imidlertid kun få lande, der er i stand til levere regionsopdelte nationale data. For at lette detekteringen af tendenser over tid, bør udbredelsesdata ideelt set suppleres med indberetninger af nydiagnosticerede tilfælde. Skønt der ikke findes indberetningsdata for landene med den største udbredelse, og selv om man fortsat er stærkt afhængig af at afprøve brugsmønstre, har indberetningsdata i Finland været med til at afsløre nye stigninger i overførselshyppigheden. I Portugal er man for nyligt begyndt at indhente indberetningsdata om hiv-tilfælde, hvilket har afsløret langt større hyppighed pr. 1 million indbyggere end i de øvrige rapporterende lande ([33]).

Hiv-udbredelsen blandt unge intravenøse stofbrugere kan levere yderligere feedback om forebyggelsens effektivitet, idet de typisk vil være blevet smittet senere end den samlede gruppe. Skønt prøvestørrelserne er små, antyder disse data, at der er i de senere år er overført smitte til intravenøse stofbrugere i flere regioner ([34]).

For nogle lande findes der informationer om hiv-forekomsten blandt nye intravenøse stofbrugere. Det er en langt bedre indikator for nylig hiv-smitte og kan afspejle forekomsten af hiv-smitte, hvilket vil give et langt bedre bevis for effektiviteten af den forebyggende behandling. Hvis man antager, at intravenøse stofbrugere, som har sprøjtet sig i mindre end to år, gennemsnitligt har sprøjtet sig i et år, vil udbredelsen i denne gruppe kunne give et estimat over forekomsten. De tilgængelige data antyder, at forekomsten pr. 100 mandårs udsættelse for smitte blandt nye intravenøse stofbrugere (95 % konfidensinterval) kan variere fra 0-3,7 i England og Wales (0/122, 1998) over 0,8-11,4 i den flamsktalende del af

Figur 11: Forekomst af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU-medlemsstaterne og Norge



NB: Tallene i parentes er lokale data. Forskelle landene imellem bør tolkes med forsigtighed, da der i visse tilfælde er forskelle i typer og brug af kilder for lokale data eller selvindberettede data. Farven for hvert land viser midtpunktet for skønnene over forekomsten fra forskellige datakilder.
Denne sammenfattende oversigt giver et samlet overblik over hiv-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere i EU. I oversigten er de indberettede data fra det seneste tilgængelige år. Data fra stikprøver uden oplysninger om de intravenøse stofbrugeres status er udelukket. Hvis dette har medført udelukkelse af kilder, som klart forbedrer den almene gyldighed (f.eks. nationale data, oplysninger om misbrugere, som ikke er i behandling), er der kombineret data fra mere end et år. Data for Italien, Portugal og Norge er begrænset til hiv-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere i behandling og er ikke repræsentative for hiv-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere, der ikke er i behandling. Sundhedsmæssige problemer er et af kriterierne for at opnå adgang til behandling for misbrug i visse lande og byer (Grækenland, Portugal, Rom) som følge af lange ventelister eller særlige programmer for smittede intravenøse stofbrugere, hvilket kan medføre fejlagtige og overdrevne prævalens-oplysninger. Prævalensen i denne oversigt bør ikke sammenlignes med tidligere versioner for at følge ændringerne over tid, da de indeholdte kilder kan variere alt efter datatilgængeligheden. For tidstendenser, metodologiske detaljer og kilder, se statistisk tabel 12: Forekomsten af hiv-smitte (antal smittede i procent) blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge; og boks 6 OL: Datakilder — forekomst (onlineversion).

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter. For fuldstændige detaljer og primære kilder se statistisk tabel 10: Sammenfattende tabel over forekomsten af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU; og statistisk tabel 12 (onlineversion).

([30]) Se boks 4 OL: Områder med høj hiv-forekomst, stigninger og fald i hiv-smitten blandt intravenøse stofbrugere i en række EU-lande, hiv-forekomst blandt unge intravenøse stofbrugere (onlineversion).

([31]) Se boks 4 OL (onlineversion).

([32]) Se figur 11 OL: Forekomst af hiv-smitte blandt italienske intravenøse stofbrugere i behandling fordelt på region (onlineversion).

([33]) Se statistisk tabel 15: Nye hiv-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge (onlineversion).

([34]) Se boks 4 OL: Områder med høj hiv-forekomst, stigninger og fald i hiv-smitten blandt intravenøse stofbrugere i en række EU-lande, hiv-forekomst blandt unge intravenøse stofbrugere (onlineversion).

Belgien (3/77, 1998-99) og 4,4-14,5 i Coimbra, Portugal (12/127, 1999-2000), til 4,4-15,5 i Frankrig (11/111, selvanmeldte hiv-positive, som deltog i sprøjtebytteordninger, 1998) ([35]). Dataene fra Belgien, Frankrig og Portugal stammer imidlertid fra rutinetest og kan være påvirket af udvælgelsesskævhed. (Dataene for Portugal kan være overvurderet på grund af udvælgelseskriterierne i afvænningsafdelingerne, som prioriterer problematiske og/eller hiv-positive stofbrugere.)

Aids-data giver kun få informationer eller følgetendenser for nye hiv-smittede på grund af den lange inkubationstid, før aids-symptomerne bryder ud, og de store fremskridt i hiv-behandlingen, som forsinker aids-udbruddet. Aids-forekomsten afspejler imidlertid tendenserne i sygdomsbyrden fra hiv-smitte i de forskellige lande. Forekomsten af aids er faldet i de fleste lande siden da. Dette er sket som følge af forbedret behandling og muligvis på grund af nedsat smittefrekvens i 1990'erne. I Portugal viser de seneste data, at forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere har været faldende siden 1999 ([36]). Dette kan indikere, at optagelsesniveauet for hiv-behandling svarer til indberetningerne fra narkotikabehandlingssystemet.

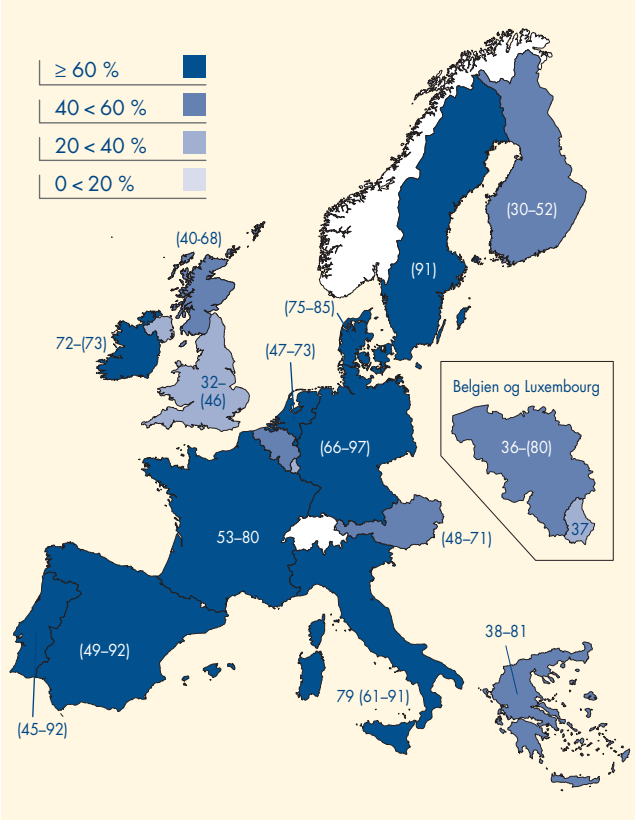
Udbredelse og tendenser vedrørende smitte med hepatitis C-virus

Data om udbredelse af smitte med HCV er knap så tilgængelige, og hvor de findes, har de samme begrænsninger som dataene for hiv. Det overordnede billede er imidlertid klart — HCV-udbredelsen er ekstremt høj i alle lande og miljøer med smittefrekvenser på mellem 40 % og 90 % i forskellige lande og delgrupper af intravenøse stofbrugere (figur 12).

Selv om alle tal for udbredelsen viser meget høje smitteniveauer, er der stadig stor variation. Hvad angår hiv, kan dette delvist afspejle forskellige udvælgelsesmekanismer i de forskellige datakilder, og sammenligninger bør derfor ske med forsigtighed. I 2000 og 2001 blev der meldt om niveauer på over 75 % for Antwerpen, Belgien (80 % af intravenøse stofbrugere i behandling og lavtærskeltilbud, 2001), Frankfurt og Berlin, Tyskland (82-90 % i et lavtærskeltilbud og to fængsler), det nordlige Grækenland og hele Grækenland (83 % af intravenøse stofbrugere i metadonbehandling), de italienske regioner Piemonte, Trentino, Friuli-Venezia Giulia, Ligurien, Emilia-Romagna, Basilicata og Sardinien og byerne Trento og Bolzano (narkotikabehandling), og i Lissabon og visse mindre portugisiske byer (klienter i narkotikabehandling) ([37]).

Som en indikator for risikobetonet sprøjteadfærd (f.eks. deling af nåle eller andet udstyr) og effektiviteten i den forebyggende indsats kan tendenser i HCV-forekomsten være langt mere følsomme end tendenser i hiv. HCV er mere smitsomt end hiv og overføres lettere gennem andet sprøjteudstyr end sprøjter, som f.eks. bomuld, skeer og vand (men overføres i langt mindre grad seksuelt). Der er fundet både stigninger og fald i forskellige regioner ([38]).

Figur 12: Forekomst af smitte med hepatitis C-virus blandt intravenøse stofbrugere i EU-medlemsstaterne og Norge



NB: Tallene i parentes er lokale data.
Forskelle landene imellem bør tolkes med forsigtighed, da der er forskelle i typer af kilder og brugen heraf og i visse tilfælde af lokale data eller spyttest, som undervurderer prævalensen. Farven for et land viser midtpunktet for skønnene over forekomsten, som er hentet fra forskellige datakilder.
Denne sammenfattende oversigt giver et samlet overblik over HCV-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere i EU. I oversigten er de indberettede data fra det seneste tilgængelige år. Data fra stikprøver uden oplysninger om de intravenøse stofbrugeres status samt selvindberettede testresultater er ikke medtaget. Hvis dette har medført udelukkelse af kilder, som klart forbedrer den almene gyldighed (f.eks. nationale data, oplysninger om misbrugere, som ikke er i behandling), er der kombineret data fra mere end et år. Data for Irland og Luxembourg er begrænset til intravenøse stofbrugere i fængsler, mens dataene for Italien er begrænset til HCV-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere i behandling og er ikke repræsentative for HCV-forekomsten blandt intravenøse stofbrugere, der ikke er i behandling. Sundhedsmæssige problemer er et af kriterierne for at opnå adgang til behandling for misbrug i visse lande og byer (Grækenland, Portugal, Rom) som følge af lange ventelister eller særlige programmer for smittede intravenøse stofbrugere, hvilket kan medføre fejlagtige og overdrevne prævalensoplysninger. Prævalensen i denne oversigt bør ikke sammenlignes med tidligere versioner for at følge ændringerne over tid, da de indeholdte kilder kan variere alt efter datatilgængeligheden. For tidstendenser, metodologiske detaljer og kilder, se statistisk tabel 16 og boks 6 OL.

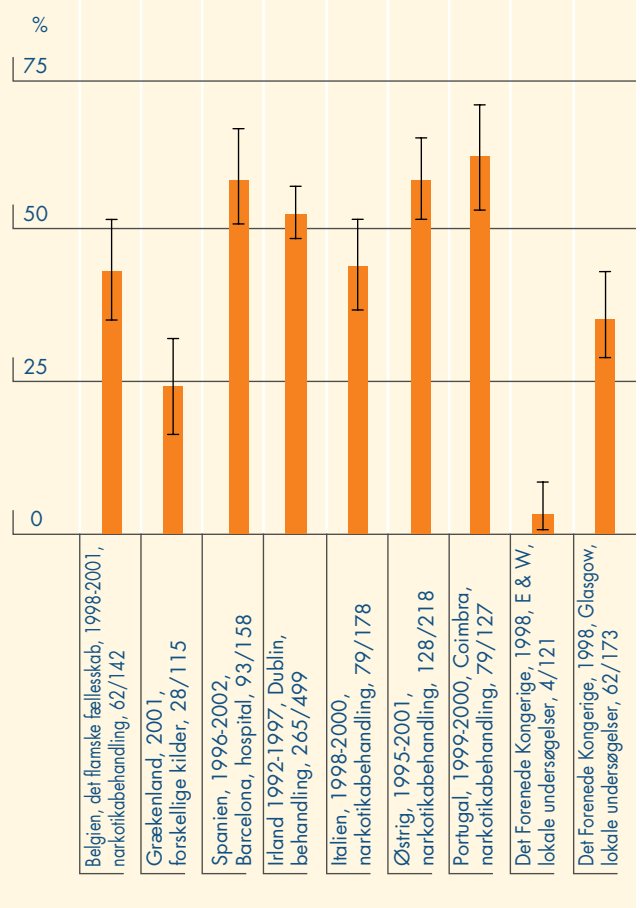
Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter. For primære kilder se statistisk tabel 16: Forekomsten af hepatitis C-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU (onlineversion).

([35]) Se statistisk tabel 15: Nye hiv-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge (onlineversion).
([36]) Figur 12 OL: Udbredelse af aids blandt intravenøse stofbrugere i EU-medlemsstaterne (onlineversion).
([37]) Boks 5 OL: Tendenser i forekomst af hepatitis C-virus (onlineversion).
([38]) Se boks 5 OL: Tendenser i forekomst af hepatitis C-virus (onlineversion).

I den udstrækning, de er tilgængelige, peger data fra behandlingsprogrammer på, at forekomsten af HCV-smitte blandt intravenøse stofbrugere under 25 år varierer fra 12 % i Tammerfors, Finland (2001), til cirka 60 % i Dublin, Irland (1997), og Italien (1999). Forekomsten blandt unge intravenøse stofbrugere synes at være faldende i Belgien og Grækenland, men stigende i England og Wales (1998-2001).

Informationer vedrørende forekomsten af HCV-smitte blandt nye intravenøse stofbrugere (personer, som har sprøjtet sig i mindre end 2 år) er stadig ikke tilgængelige fra de fleste kilder. De tilgængelige data angiver generelt, at forekomsten er meget høj — 40 % eller derover — selv om der er indberettet lavere tal fra Belgien og Det Forenede Kongerige (figur 13).

Figur 13: Forekomst af smitte med hepatitis C-virus blandt intravenøse stofbrugere, der har injiceret i mindre end to år



NB: Parenteser viser 95 % konfidensintervallet.
Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter. For primære kilder se statistisk tabel 18: Forekomsten af hepatitis C-smitte blandt nye intravenøse stofbrugere i EU (onlineversion).

Udbredelse og tendenser vedrørende smitte med hepatitis B-virus

Tilstedeværelsen af antistoffer over for en virus i blodet viser, at en person på et givet tidspunkt er blevet smittet med eller vaccineret mod denne virus. Modsat hiv og HCV findes der en effektiv vaccine mod hepatitis B-virus (HBV). For HBV betyder det, at andelen af intravenøse stofbrugere, som ikke har antistoffer (aHBs eller aHBc) mod virussen, udgør den potentielle vaccinationspopulation og er en vigtig indikator for behovet for et vaccinationsprogram. I EU er der større variation i andelen af stofbrugere, som har (enhver type af) antistoffer mod HBV, end i dem med antistoffer mod HCV. I hele EU har ca. 20-60 % af intravenøse stofbrugere antistoffer mod hepatitis B. Dette forhold angiver et stort potentiale for vaccinationsprogrammer rettet mod intravenøse stofbrugere (40-80 %).

Aktuel smitte med hepatitis B kan være enten nylig eller kronisk og angives i blodet af en serologisk markør, kaldet HbsAg. Høje aktuelle smitteniveauer angiver en risiko for et højt niveau af alvorlige, langsigtede komplikationer og for udstrakt spredning til andre gennem intravenøs smitteadfærd eller usikker sex. Oplysninger om forekomsten af aktuel HBV-smitte er kun tilgængelige i et begrænset antal lande, men forekomsten synes at variere meget og er i visse tilfælde høj.

Anmeldte tilfælde af hepatitis B og C

Anmeldelsesdata for HBV og HCV er kun tilgængelige for visse lande. Selv om definitionerne varierer og ikke muliggør direkte sammenligninger, kan tendenserne over tid give nyttige oplysninger. Antallet af indberettede hepatitis C-tilfælde synes at være faldet over tid i Danmark, Finland og Sverige, mens det er steget i Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Hvad angår hepatitis B, ses der et fald i antallet af tilfælde i Danmark og Finland, mens antallet er steget i Norge og i Det Forenede Kongerige. Øget testning kan delvis være årsagen til de stigende tendenser. Det samlede antal tilfælde, som udgøres af intravenøse stofbrugere, er meget højt (ca. 90 % for HCV og 40-70 % for HBV) i de fleste lande, hvilket antyder, at de fleste tilfælde af HBV- og næsten alle tilfælde af HCV-smitte i EU skyldes intravenøs stofbrug ([39]).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for yderligere informationer i relation til dette afsnit:

Boks 6 OL: Datakilder — forekomst (se statistiske tabeller 10-14, 16-20)

Boks 7 OL: Datakilder — indberetninger (se statistiske tabeller 21 og 22)

Statistisk tabel 10: Sammenfattende tabel over forekomsten af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 11: Sammenfattende tabel over forekomsten af HCV-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU

([39]) Se statistisk tabel 21: Indberettede tilfælde af hepatitis C-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU; og statistisk tabel 22: Indberettede tilfælde af hepatitis B-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge (onlineversion).

Statistisk tabel 12: Forekomsten af hiv-smitte (antal smittede i procent) blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge

Statistisk tabel 13: Forekomsten af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere under 25 år i EU

Statistisk tabel 14: Forekomsten af hiv-smitte blandt nye intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 15: Nye hiv-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge

Statistisk tabel 16: Forekomsten af hepatitis C-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 17: Forekomsten af hepatitis C-smitte blandt intravenøse stofbrugere under 25 år i EU

Statistisk tabel 18: Forekomsten af hepatitis C-smitte blandt nye intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 19: Forekomsten af aktuel hepatitis B-smitte (HbsAg) blandt intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 20: Forekomsten af antistoffer mod hepatitis B-virus blandt intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 21: Indberettede tilfælde af hepatitis C-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU

Statistisk tabel 22: Indberettede tilfælde af hepatitis B-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU og Norge

Statistisk tabel 23: Forekomsten af hepatitis C-smitte blandt intravenøse stofbrugere i EU.

Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed blandt stofbrugere ([40])

Nationale statistikker over »narkotikadødsfald« refererer som regel til akutte dødsfald, der kan henføres direkte til stofmisbrug eller »overdoser« ([41]). Der er dog forskel EU-landene imellem. EONN-nøgleindikatoren »Narkotikarelaterede dødsfald« er ligeledes defineret som sådanne dødsfald ([42]). Udviklingen af nøgleindikatoren har sat fornyet skub i arbejdet i forskellige medlemsstater med at forbedre indberetningsprocedurerne i forbindelse med narkotikarelaterede dødsfald.

Direkte sammenligninger af nationale statistikker bør fremdeles ske med forsigtighed som følge af forskelle i definitioner, indberetningskvalitet og -dækning. Men såfremt et land fortsætter med konsekvente indberetningsmetoder over tid, kan antallet af stofrelaterede dødsfald blive en nyttig indikator for tendenser inden for alvorlige former for stofmisbrug, navnlig når de analyseres sammen med andre indikatorer.

I de fleste EU-lande er overdoser en vigtig dødsårsag blandt unge mennesker, herunder især blandt unge mænd. Dødsfald som følge af aids og andre årsager (vold, ulykker mv.) tegner sig for yderligere narkotikarelateret dødelighed — med vigtige forskelle lande og byer imellem. Generelt indberettes disse dødsfald fra forskellige datakilder.

Narkotikarelaterede dødsfald blandt injektions- og opiatmisbrugere er langt højere end blandt befolkningen som helhed, og problematisk stofbrug er i de fleste EU-lande en væsentlig dødsårsag blandt unge voksne. Undersøgelser i nogle EU-byer i 1990'erne (Glasgow, Madrid, Rom) påviste, at en signifikant del af dødsfaldene blandt unge voksne kunne tilskrives problematisk stofbrug (navnlig intravenøs brug af opiater). Selv om antallet af aids-dødsfald er faldende, ligger antallet af dødsfald som følge af overdoser stabilt eller er fortsat stigende.

Betydningen af narkotikarelaterede dødsfald

I de seneste ti år har det samlede antal årligt indberettede akutte narkotikadødsfald i EU-landene varieret fra 7 000 til 9 000 ([43]). Disse tal kan anses for at være minimumsestimater, da det er sandsynligt, at der i de fleste lande er en tendens til underrapportering (som ind imellem kan være ret markant). De fleste ofre er unge mennesker, og mange af dødsfaldene kan forebygges.

Trods visse opløftende tegn på stabilisering eller fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald i visse EU-lande fortsætter tallet med at stige i en række andre EU-lande (og i andre egne af verden).

Risikofaktorer

Opiater findes i blodet på de fleste ofre, der dør af en overdosis narkotika. Men der er stor forskel på de toksikologiske koncentrationer, og hyppigt er der tilstedeværelse af andre stoffer ([44]).

Der kendes adskillige risikofaktorer for opiatoverdoser: intravenøs indtagelse; kombineret brug med andre beroligende stoffer (f.eks. alkohol eller benzodiazepiner);

([40]) Boks 8 OL: Metode og definitioner til estimering af narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed (onlineversion).

([41]) Boks 9 OL: Definitioner af »akutte narkotikarelaterede dødsfald« i EU-medlemsstaterne, som anvendt i EONN's årsberetning og indberettet i de nationale rapporter (onlineversion).

([42]) Boks 10 OL: Narkotikarelaterede dødsfald — EONN-definition (onlineversion). Se også EONN's protokol over narkotikarelaterede dødsfald (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/drd_standard_3.pdf).

([43]) Se statistisk tabel 24: Antal »akutte narkotikarelaterede dødsfald« registreret i EU-lande (i henhold til de nationale definitioner, der bruges til at indberette tilfælde til EONN), 1985-2001 (onlineversion).

([44]) Figur 13 OL: Andel af narkotikarelaterede dødsfald med eller uden tilstedeværelse af opiater i EU-landene i 2000-2001; og statistisk tabel 25: Sammendrag af karakteristika for ofre for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene (onlineversion).

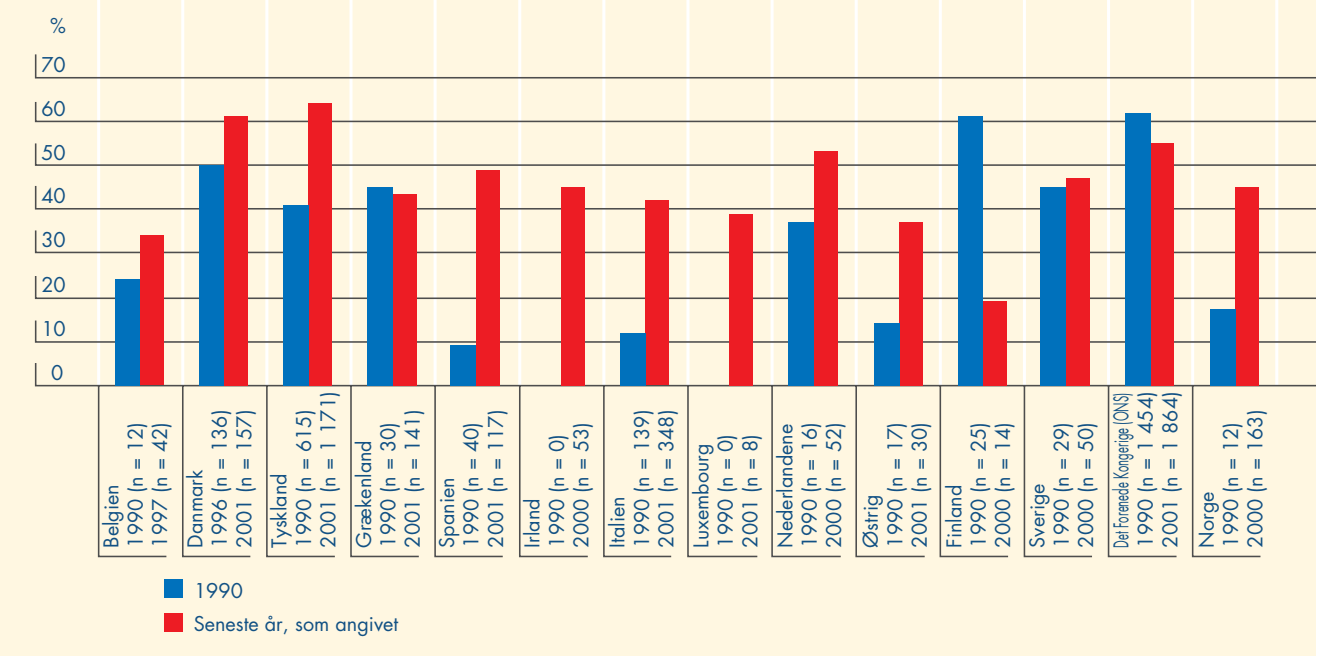
tolerancetab efter en periode med afholdenhed (f.eks. efter løsladelse fra fængsel eller udskrivning fra behandling); intravenøs stofbrug på offentlige steder (hvilket kan være forbundet med brug af uprøvede stoffer); længerevarende afhængighed af opiater; alderdom (måske som følge af ledsagende lever- eller luftvejslidelser); eventuelt uventede ændringer i renhedsgraden (selv om undersøgelserne viser divergerende resultater). Hertil kommer, at de fleste opiatoverdoser finder sted i andre brugeres nærvær, og da døden som regel ikke indtræffer straks, er der tid til at gribe ind. Ulykkeligvis er vidner ofte ude af stand til eller uvillige til at hjælpe — enten på grund af uvidenhed eller af frygt for indblanding fra politiet.

At risikofaktorerne er velkendte, og at døden ikke indtræffer straks, bør indebære, at det skulle være muligt at forhindre en stor del af overdoserne eller i mange tilfælde undgå dødelig udgang. Dette faktum understreger behovet for indførelse af passende indgreb, navnlig for ældre intravenøse stofmisbrugere og personer, der har mistet tolerancen efter en periode med relativ afholdenhed.

Karakteristik af ofrene

I de fleste EU-lande er størsteparten (80-90 %) af ofrene for overdoser mænd (varierer fra 69-90 %) ([45]). Dette kan afspejle den høje andel af mænd blandt opiatnarkomaner, idet visse undersøgelser angiver, at risikoen for en overdosis er tilsvarende for mænd og kvinder. I mange tilfælde er andelen af mandlige ofre for overdoser imidlertid højere end andelen af mænd, der indlægges til behandling. De fleste ofre er i slutningen af 20'erne og 30'erne og har brugt opiater i adskillige år. Gennemsnitsalderen for narkotikarelaterede dødsfald som følge af overdoser varierer i EU-landene fra 30,2 til 40 år, og i de fleste lande er der en stigende alderstendens (figur 14). Denne tendens er også blevet rapporteret fra lande uden for Europa. I Finland og i mindre grad i Det Forenede Kongerige har der været en stigning i antallet af yngre ofre, en konklusion, som kræver særlig opmærksomhed, da det kan være en indikation for, at der i de senere år har været en stigende forekomst af injektions- eller opiatmisbrug, og i Grækenland og Sverige er der ikke set tendenser mod en stigning i ofrenes alder.

Figur 14: Udvikling i andelen af personer over 35 år blandt de narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene fra 1990 ([1]) indtil 2000-2001



([1]) Danmark: 1996. De år, der er angivet, er dem med den fornødne opdeling i grupper, eller de år, hvor det var muligt at foretage en komparativ analyse (samme aldersfordeling).
Alderen varierer i nogle lande (Grækenland: 1990, ≥ 31; og 2001, ≥ 30; Tyskland: 1990 og 2001, ≥ 30). I Irland og Luxembourg var andelen af tilfælde over 35 år i 1990 0 %.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2002, taget fra generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre). Baseret på nationale definitioner som angivet i boks 9 OL: Definitioner af »akutte narkotikarelaterede dødsfald« i EU-medlemsstaterne, som anvendt i EONN's årsberetning og indberettet i de nationale rapporter (onlineversion). Se også statistisk tabel 25: Sammendrag af karakteristika for ofre for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene (onlineversion).

([45]) Figur 14 OL: Forholdet mellem mænd og kvinder blandt narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene i 2000-2001.

Dødsfald som følge af andre stoffer end opiater

I mangel af opiater sker der i Europa sjældent dødsfald som følge af en overdosis af kokain, amfetamin eller ecstasy. Dog har en række lande (Spanien, Frankrig, Italien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) indberettet nationale eller lokale stigninger i antallet af ofre, hvori der er fundet kokain — generelt sammen med andre stoffer — skønt informationerne er indberettet på forskellig vis. Nogle lande (f.eks. Spanien og Portugal) rapporterede om hyppig tilstedeværelse af kokain hos ofre for en overdosis af opiater. Dertil kommer, at kokain kan være en medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjerte-kar-sygdomme, og sådanne dødsfald bliver måske ikke registreret.

Skønt dødsfald som følge af brug af ecstasy vækker betydelig bekymring i offentligheden, og brugen af ecstasy er langt mere udbredt, er de relativt sjældne i sammenligning med dødsfald forbundet med brug af opiater. Antallet af tilfælde, hvor de toksikologiske resultater for ecstasy er positive, er steget, da brugen af ecstasy er blevet mere populær, men ofte er der også andre stoffer involveret, og det er uklart, om dødsfaldet udelukkende kan tilskrives ecstasy. Der er behov for en mere præcis opgørelse over kort- og langtidsrisici knyttet til brugen af ecstasy. Skønt de forskellige reaktioner på ecstasy synes at være uforudsigelige, ville nogle dødsfald kunne forebygges gennem relativt simple forholdsregler (f.eks. uddeling af vand) i danseklubber, samt ved forbedret sundhedsuddannelse.

Selv om dødsfald forbundet med misbrug af flygtige stoffer generelt tiltrækker mindre opmærksomhed i lande, hvor der findes informationer herom, kan antallet af sådanne dødsfald langt fra negligeres. I Det Forenede Kongerige har der f.eks. i perioden 1992-2000 været 64-85 årlige dødsfald som følge heraf, og i de fleste tilfælde har ofrene været meget unge (Field-Smith et al., 2000). Indsamlingen af data om sådanne dødsfald bør forbedres i andre lande.

Forskningen viser klart, at substitutionsbehandling mindsker projektdeltagernes risiko for at dø af en overdosis. I adskillige lande og byer i EU er der dog fundet metadon i et betragteligt antal narkotikarelaterede dødsofre. Adskillige undersøgelser har vist, at det er mere sandsynligt, at dødsfaldene er forbundet med brug af illegal snarere end med ordineret metadon, mens andre undersøgelser har fundet en højere risiko i den indledende fase af substitueringen med metadon. Disse resultater fortæller, at der er behov for at kvalitetssikre standarden af substitutionsprogrammerne.

Tendenser for akutte narkotikarelaterede dødsfald

Tendenserne for narkotikarelaterede dødsfald varierer fra land til land og sågar fra den ene region eller by i samme land til den anden. Ud fra disse begrænsninger kan man ridse nogle generelle tendenser op for EU-landene. Op gennem 1980'erne og i begyndelsen af 1990'ere observeredes en mærkbar stigning i antallet af narkotikarelaterede dødsfald (figur 15 A). I tiåret 1990-2000 fortsatte den samlede stigningstendens, dog med en lavere takt. I 2000 blev der i hele EU indberettet 731 akutte narkotikadødsfald sammenholdt med 6 394 i 1990 (en stigning på 36,5 %) (figur 15 B) ([46]).

Denne samlede tendens kan skyldes den hurtige vækst i den intravenøse brug af heroin i mange europæiske lande i 1980'erne og i begyndelsen af 1990'ere. De seneste tendenser kan være relateret til den tilsyneladende stabilisering i forekomsten af problematisk stofbrug i visse lande, faldet i den intravenøse stofbrug i andre og — sandsynligvis — stigningen i behandlingstilbud, herunder substitutionsprogrammer. På den anden side kan aldersstigningen blandt de problematiske stofbrugere og blandingsbrug måske bidrage til en stigning i antallet af dødsfald.

Det skal understreges, at der i EU findes forskellige og somme tider divergerende nationale tendenser ([47]). Mange EU-lande rapporterer fortsat om stigninger i antallet af narkotikadødsfald til dato eller indtil for ganske nyligt, mens andre melder om en stabilisering eller et fald. Ved fortolkningen af nationale eller lokale tendenser skal der altid tages højde for ændringer i indberetningsprocedurer og indberetningernes kvalitet.

Mange lande rapporterede om en stabilisering af eller nedadgående tendens i antallet af akutte narkotikadødsfald i anden halvdel af 1990'erne. For Frankrigs og Spaniens vedkommende var der tilsyneladende tale om en ensartet nedadgående tendens. Resultaterne kan være præget af underrapportering (Frankrig) eller begrænset dækning (kun fem storbyer i Spanien), men ikke desto mindre er det vigtigt at gå videre med en undersøgelse af årsagerne til disse tendenser. Ændringer i formen for indtagelse af heroin og væsentligt flere behandlingstilbud (navnlig substitutionsbehandling) kan påvirke disse tendenser ([48]). I andre lande (Tyskland, Italien og Østrig) er antallet af narkotikadødsfald i de senere år svinget frem og tilbage. Selv om antallet af narkotikadødsfald synes at være stabiliseret —- dog på et højt niveau — er der således ingen garanti for, at et fald igennem to til tre år ikke vil blive fulgt af en stigning.

Atter andre lande har indberettet væsentligt opadgående tendenser i anden halvdel af 1990'erne (f.eks. Grækenland,

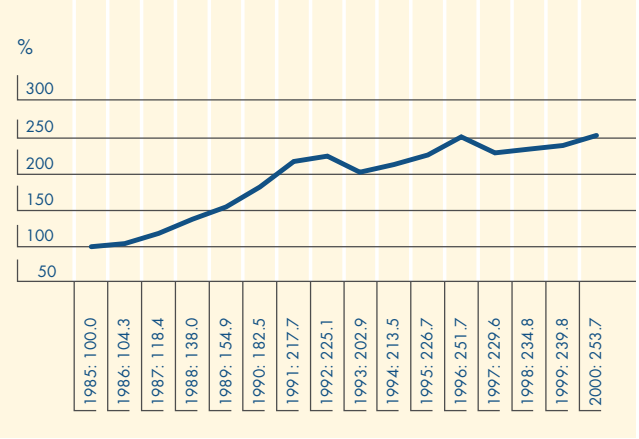
([46]) Bemærk, at der kun eksisterer tal for og tendenser i narkotikarelaterede dødsfald for EU som helhed frem til år 2000. Ni lande har indberettet data for 2001, men for syv lande var der kun data for år 2000 tilgængelige på tidspunktet for dataindsamlingen (efteråret 2002). Hvor det har været muligt, er informationerne for 2001 benyttet for de lande, der havde indberettet dem.

([47]) Figur 15 OL: Historiske tendenser for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene i perioden 1985-2001 (onlineversion).

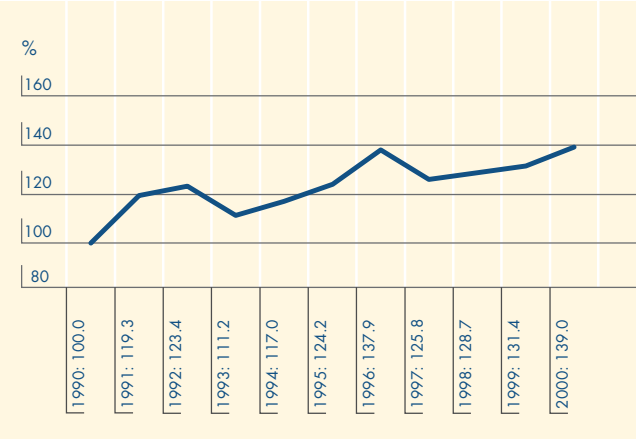
([48]) Se EONN's årsberetning (2002a, s. 17), figur 10 (Form for indtagelse af heroin i Spanien, første behandlinger 1991-2000), og afsnittet »Behandling« (s. 49) og tabel 3 (Udviklingen af substitutionsbehandling i de 15 EU-medlemsstater og Norge) i denne rapport.

Figur 15: Tendenser for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU, 1985-2000 ([1])

Figur 15 (A): Generel historisk tendens for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU, 1985-2000 (indeks: 1985 = 100 %)



Figur 15 (B): Generel tendens for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU, 1990-2000 (indeks: 1990 = 100 %)



([1]) Nogle få lande har ikke leveret data for alle årene (se statistisk tabel 24: Antal »akutte narkotikarelaterede dødsfald« registreret i EU-lande (i henhold til de nationale definitioner, der bruges til at indberette tilfælde til EONN), 1985-2001 (onlineversion). For at afhjælpe dette forhold er anvendt beregningsmetoden som defineret i EONN-projekt CT99.RTX.04,(2001) (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/situation/guidelines_deaths_report.pdf).
Ti lande har leveret data for 2001, mens seks ikke har. Indekset for 2001 er ikke blevet beregnet. Tendenserne for de lande, som har leveret data, kan ses i figur 15 OL: Historiske tendenser for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene i perioden 1985-2001 (onlineversion). Antallet af tilfælde pr. land pr. år er vist i statistisk tabel 24.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter 2002, taget fra generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre). Baseret på nationale definitioner som angivet i boks 9 OL: Definitioner af »akutte narkotikarelaterede dødsfald« i EU-medlemsstaterne, som anvendt i EONN's Årsberetning og indberettet i de nationale rapporter (onlineversion).

Irland, Portugal, Finland og Norge), som i visse tilfælde delvis kan skyldes en forbedret indberetning. I Portugal har tendensen været modsat i 2000, og det samme synes at være tilfældet i Finland i 2001. Disse stigninger kan skyldes den senere udbredelse af heroinbrug i disse lande, ligesom forbedrede indberetningssystemer i visse tilfælde kan have spillet en rolle.

For Det Forenede Kongeriges vedkommende kan der konstateres en støt — om end moderat — stigende tendens i antallet af akutte dødsfald frem til 2000 efter den traditionelle definition, (som inkluderer nogle medicin-relaterede tilfælde; Office for National Statistics), men hvis heroin-/morfintilfældene vurderes uafhængigt, aftegner der sig en langt stejlere opadgående tendenskurve: en femdobling i 2000 sammenlignet med 1993 i England og Wales (Griffiths, 2003) ([49]).

Endelig er tendenserne i nogle lande mindre klart definerede, eller ændringerne er vanskelige at vurdere på grund af skiftet mellem ICD-klassifikationerne (fra 9. til 10. udgave), ændringer i nationale definitioner, eller fordi antallet af tilfælde har været begrænset.

Det faktum, at der på EU-plan ikke er nogle indikationer for et samlet fald, understreger, at narkotikarelaterede sundhedsproblemer langt fra er et overstået kapitel, ligesom det understreger behovet for yderligere undersøgelser af risikofaktorer for narkotikarelaterede dødsfald såvel som for en passende, målrettet indsats.

([49]) Den nyligt udviklede »Narkotikastrategidefinition« fokuserer på misbrugsstoffer (kontrol af narkotiske stoffer i henhold til Det Forenede Kongeriges »Stofmisbrugslov af 1971«, men ikke indirekte relaterede dødsfald såsom aids-dødsfald) og svarer stort set til EONN's definition. Ved brug af narkostikastrategidefinitionen blev antallet af indberettede tilfælde i England og Wales mellem 1993 (864) og 2001 (1 623) næsten fordoblet. Ved anvendelse af EONN's definition ville der være 1 606 tilfælde i England og Wales i 2000 og 1 443 i 2001.

Samlet dødelighed blandt problematiske stofbrugere

Problematiske stofbrugere udgør mindre end 1 % af den voksne befolkning i EU, men mærkbare sundheds- og sociale problemer er koncentreret i denne lille befolkningsgruppe.

Kohorteundersøgelser af dødeligheden viser, at dødeligheden blandt problematiske stofbrugere er op til 20 gange højere end for befolkningen som helhed i samme aldersgruppe. Den høje dødelighed kan for en stor dels vedkommende tilskrives overdoser, men også aids og andre smitsomme sygdomme, ulykker og selvmord. Overdoser og ydre årsager tegner sig for en stor del af denne dødelighed i områder, hvor hiv-forekomsten blandt stofbrugerne er lav, mens hiv spiller en betydelig rolle i lande med høj hiv-forekomst blandt intravenøse stofbrugere.

Dødeligheden blandt de intravenøse stofbrugere er to til fire gange højere end blandt problematiske stofbrugere, der ikke bruger sprøjte, og dødeligheden blandt hiv-smittede stofbrugere var (indtil for nyligt) to til seks gange højere end blandt ikke-smittede brugere. Med de seneste forbedringer i hiv-behandlingen synes denne forskel at blive mindre.

Tendenser i dødeligheden blandt problematiske stofbrugere

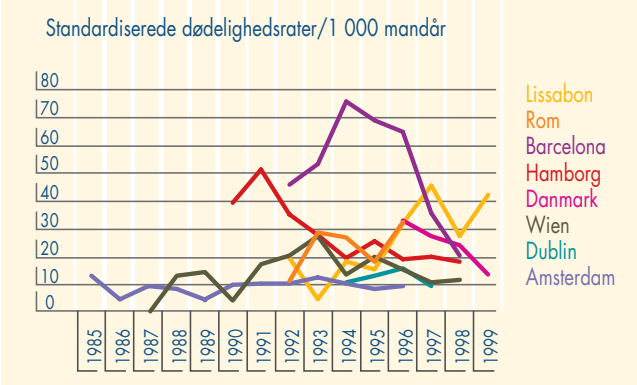
Multisiteundersøgelsen koordineret af EONN ([50]) viser forskelle i de samlede mortalitetsrater og fordelingen af dødsårsager mellem de deltagende »sites«. Undersøgelsen afslører endvidere relevante ændringer over tid i den samlede og årsagsspecifikke dødelighed ([51]).

Barcelona fremviste den højeste dødelighed, mens Wien og Dublin fremviste den laveste. I mange miljøer er dødeligheden faldet siden begyndelsen eller midten af 1990'erne. I Barcelona var tallene særligt høje mellem 1992 og 1996, men er i de seneste år faldet markant — primært på grund af faldende dødstal som følge af aids. I Lissabon har dødeligheden indtil for nyligt været stigende (figur 16).

Direkte sammenligninger mellem de forskellige »sites« skal ske med varsomhed, da typologien i behandlingscentrene, hvor kohorterne rekrutteres, er forskellige, selv om de tilbyder de gængse behandlingstyper, der findes. Alders- og kønsstandardiserede mortalitetsrater blandt stofbrugere kan imidlertid være en nyttig målestok for problematisk stofbrugs indflydelse på dødeligheden i forskellige lande.

Analyser af de standardiserede mortalitetsrater (SMR) ([52]) fra kohorter tilmeldt multisite-undersøgelsen viste, at

Figur 16: Samlet dødelighed blandt problematiske stofbrugere i flere EU-byer og -lande



NB: Standardiserede mortalitetsrater, mænd og kvinder. Dødelighed, uanset årsag i kohorter af stofbrugere tilmeldt behandling i behandlingscentre.
Der er en række forskelle i rekrutteringsmiljøernes typologi (behandlingscentre) og behandlingsmetoder, om end behandlingsmiljøerne og -måderne har en tendens til at udgøre fælles typer af tilgængelig behandling på hvert sted. Kohorterne har derfor en tendens til at være repræsentative for den »behandlingsbrugende« population hvert sted.
EONN's multisiteundersøgelse omfattede også en svensk kohorte (se karakteristik af deltagerne i Statistisk tabel 26 og Bargagli et al., 2002). Fremlæggelsen af de yderligere resultater fra denne kohort er blevet udsat, så der er tid til en svensk revidering af kohorten og yderligere dataanalyse.
For mere detaljerede data se statistisk tabel 26: Dødelighedskohorter, der deltager i EONN's multisiteundersøgelse — karakteristik af deltagere og resultater (onlineversion).

Kilder: EONN-projekt: CT.99.EP.07 og CT.00.EP.13, »Mortality of drug users in the EU«, koordineret af Department of Epidemiology, Rome E Health Authority.

dødsfaldsrisikoen blandt mandlige og kvindelige problematiske stofbrugere i Barcelona var henholdsvis 24 og 64 gange højere end for individer af samme køn og alder i den øvrige spanske befolkning. I Lissabon, Hamborg og Rom er dødsfaldsrisikoen blandt kvindelige problematiske stofbrugere 30 til 40 gange højere end blandt befolkningen som helhed. De høje standardiserede mortalitetsrater blandt kvindelige problematiske stofbrugere kan til en vis grad forklares ved den lave referencedødelighed blandt unge kvinder i befolkningen som helhed.

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for yderligere informationer i relation til dette afsnit:

Boks 9 OL: Definitioner af »akutte narkotikarelaterede dødsfald« i EU-medlemsstaterne, som anvendt i EONN's årsberetning og indberettet i de nationale rapporter

Boks 10 OL: Narkotikarelaterede dødsfald — EONN-definition

Statistisk tabel 24: Antal »akutte narkotikarelaterede dødsfald« registreret i EU-lande (i henhold til de nationale definitioner, der bruges til at indberette tilfælde til EONN), 1985-2001

([50]) EONN-projekter CT.99.EP og CT.00.EP.13, Mortality of drug users in the EU (dødelighed blandt stofbrugere i EU), koordineret af afdeling for epidemiologi, Rome E Health Authority (http://www.emcdda.eu.int/situation/themes/death_mortality.shtml).

([51]) Se statistisk tabel 26: Dødelighedskohorter, der deltager i EONN's multisiteundersøgelse — karakteristik af deltagere og resultater (onlineversion).

([52]) SMR vurderer overdødeligheden (antal gange) for problematiske stofbrugere sammenlignet med folk af samme alder og køn blandt befolkningen som helhed.

Statistisk tabel 25: Sammendrag af karakteristika for ofre for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-landene

Statistisk tabel 26: Dødelighedskohorter, der deltager i EONN's multisite-undersøgelse — karakteristik af deltagere og resultater:

— krakteristik af opiatbrugere tilmeldt kohorterne fordelt på sted

— standardiserede mortalitetsrater (SMR) fordelt på køn og undersøgelsessted

— fordeling af dødsårsager blandt kohortedeltagere.

Stofbrug og kriminalitet: Nogle data ([1])

Adskillige kilder viser, at størsteparten af stofbrugerne i behandling har været i kontakt med det kriminalretlige system. Undersøgelser i Grækenland (Aristotelian University of Thessaloniki, 2000) og England og Wales (Bennett, 2000), foretaget blandt personer anklaget for forbrydelser og dømte fanger, viser, at der er større sandsynlighed for, at stofbrugere har begået forskellige former for kriminalitet end personer, der ikke bruger stoffer. Berigelseskriminalitet ses generelt som den primære type af kriminalitet begået af stofbrugere (Aristotelian University of Thessaloniki, 2000; Bennett, 2000; Meijer *mfl.*, 2002).

Med hensyn til forbindelsen mellem stofbrug og kriminalitet viste en undersøgelse af indsatte i irske fængsler (Hannon *mfl.*, 2000), at 51 % af alle mænd og 69 % af alle kvinder hævdede at have været under indflydelse af narkotika, da de begik den forbrydelse, de sad inde for. En anden undersøgelse (Millar *mfl.*, 1998) af mistænkte ungdomskriminelle i Irland anslog, at 42 % af tilfældene havde forbindelse med indtagelse af alkohol, 17 % med brug af stoffer, og i 4 % af tilfældene var det en kombination af de to, hvor alkohol som regel blev forbundet med overtrædelse af den offentlige orden, mens narkotika som oftest blev forbundet med røverier.

Hvor interessante disse resultater end måtte være, skal de mere ses som et eksempel end som værende repræsentative for sammenhængen mellem brug af narkotika og kriminalitet: for det første kommer de fra undersøgelser, der er foretaget i specifikke befolkningsgrupper; og for det andet kan de variere stærkt alt efter det anvendte stof; og for det tredje fordi det er yderst vanskeligt at påvise en sammenhæng — især en årsagssammenhæng — mellem stofbrug og kriminalitet.

([1]) Resultaterne i den viste boks stammer fra de nationale rapporter for 2002 til EONN for Grækenland, Irland, Holland og Det Forenede Kongerige.

Narkotikarelateret kriminalitet

Narkotikarelateret kriminalitet kan siges at omfatte kriminelle handlinger, der medfører overtrædelse af narkotikalovgivningen, forbrydelser begået under indflydelse af illegale stoffer, forbrydelser begået af brugere til støtte for deres narkotikavaner (primært berigelseskriminalitet og narkotikahandel) og systemiske forbrydelser begået som del i de illegale markeders funktion (kamp om territorier, bestikkelse af embedsmænd osv.). Med undtagelse af narkotikalovovertrædelser giver rutinemæssigt tilgængelige data ingen oplysninger om disse kategorier, og hvor de findes, stammer de fra lokale ad hoc-undersøgelser og er ikke egnet til ekstrapolering.

Overtrædelser af narkotikalovgivningen

»Indberetninger« ([53]) om overtrædelser af den nationale narkotikalovgivning (brug, besiddelse, handel osv.) afspejler ikke alene lovgivningsmæssige forskelle, men også de forskellige måder, hvorpå loven håndhæves og anvendes samt de prioriteringer og ressourcer, der af kriminalretlige institutioner er afsat til specifikke problemer. Dertil kommer, at informationssystemerne om overtrædelser af narkotikalovgivningen/narkotikalovovertrædere varierer betragteligt fra land til land, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer, definitioner og statistiske enheder. Disse forskelle giver store problemer, når man sammenligner data fra en række EU-lande. Derfor er det — hvor det er muligt — tendenser og ikke faktiske tal, der sammenlignes.

Flertallet af de indberettede overtrædelser af narkotikalovgivningen er relateret til stofbrug eller besiddelse med brug for øje ([54]). Denne type overtrædelser varierer fra 39 % af alle narkotikalovovertrædelser i Portugal ([55]) til 89 % i Østrig. I Spanien, Italien og Nederlandene, hvor stofbrug ikke er forbudt, er alle narkotikalovovertrædelser relateret til narkotikahandel med store mængder eller gadesalg. Endelig tegner Luxembourg og Norge ([56]) sig for de fleste lovovertrædelser vedrørende både brug/gadesalg af narkotika og narkotikahandel.

I 2001 var cannabis stadig det stof, der oftest var involveret i forbindelse med overtrædelser af narkotikalovgivningen — cannabis tegnede sig således for 34 % af alle indberetninger i Portugal og Sverige og hele 86 % i Frankrig. I Luxembourg er heroin det oftest involverede stof, mens de fleste overtrædelser af narkotikalovgivningen i Nederlandene handler om »hårde stoffer« (andre stoffer end cannabis og stoffer beslægtet hermed) ([57]).

([53]) Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser dækker over forskellige begreber, der varierer fra land til land (politirapporter over mistænkte narkotikalovovertrædere, sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivningen mv.). Se boks 11 OL: Definitioner af »indberetninger af narkotikalovovertrædelser« i EU-landene og Norge for en præcis definition for hvert land (onlineversion). (Udtrykket »arrestationer« er blevet benyttet i tidligere årsberetninger.)

([54]) Statistisk tabel 27: Hyppigste form for overtrædelse i »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge (onlineversion).

([55]) I Portugal er stofbrug blevet afkriminaliseret siden juli 2001. Som følge heraf er andelen af stofbrugsrelaterede narkotikalovovertrædelser lavere i 2001 end i 2000, da den var på 55 %.

([56]) Norge skelner ikke mellem »narkotikasalg/-handel« alene og »narkotikabrug/-salg og -handel«. De resterende narkotikalovovertrædelser vedrører alene »narkotikabrug«.

([57]) Statistisk tabel 28: Hyppigst involverede stof i »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge (onlineversion).

Tendenser

I EU som helhed har »indberetningerne« af narkotikalovovertrædelser været støt stigende i 15-års perioden fra 1985 til 2001 ([58]). Der var tale om en firedobling i EU som helhed, mens stigningen varierede fra under fordobling i Danmark, Luxembourg og Nederlandene til over en seksdobling i Irland og Finland.

I løbet af de seneste tre år, for hvilke der findes data, er antallet af narkotikarelaterede »indberetninger« steget i de fleste EU-lande. De højeste stigninger blev indberettet af Irland, Finland og Norge. For 2001 har Danmark, Frankrig, Italien, Luxembourg og Portugal ([59]) imidlertid oplevet et fald i antallet af narkotikarelaterede »indberetninger« ([60]) (figur 17).

I alle lande, for hvilke der fandtes informationer, er andelen af alle narkotikalovovertrædelser, der har sammenhæng med brug/besiddelse af narkotika til eget brug generelt steget mellem 1996 og 1999-2000 ([61]). Efterfølgende er tendenserne gået i forskellige retninger med en fortsat stigende tendens i Frankrig, Tyskland og Norge, en udfladning i Luxembourg, Østrig, Portugal og Sverige og en stabilisering i Det Forenede Kongerige ([62]).

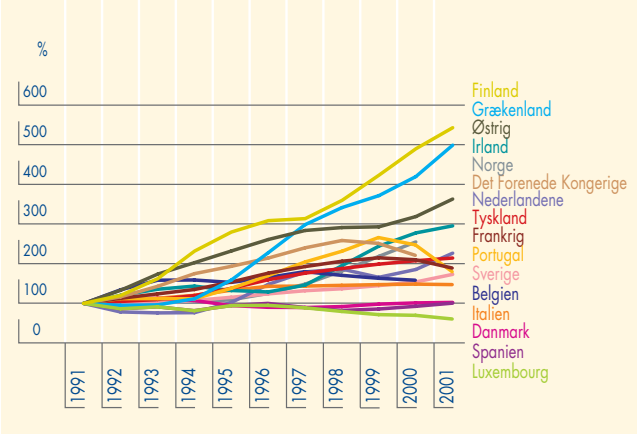
For ti EU-medlemsstater gør de tilgængelige data det muligt at fastlægge tendensen for perioden 1996-2001 for stoffer, der indgår i indberetninger af narkotikalovovertrædelser. I løbet af denne periode er andelen af alle cannabis-relaterede narkotikalovovertrædelser generelt steget i Frankrig, Tyskland, Italien, Luxembourg, Portugal og Spanien, mens den har været stabil i Sverige og er faldet i Irland, Østrig og Det Forenede Kongerige ([63]). I 2001 er der indberettet markante stigninger i Spanien, Luxembourg og Portugal ([64]).

I samme 5-års periode faldt andelen af indberetninger af heroin-relaterede lovovertrædelser i alle medlemsstater, for hvilke der findes data, på nær i Det Forenede Kongerige, hvor heroin-relaterede lovovertrædelser er steget år for år siden 1996 ([65]). Den modsatte tendens ses for kokain-relaterede lovovertrædelser, hvor andelen er stigende i alle andre lande end Tyskland og Portugal ([66]).

Stofbrugere i det strafferetlige system: indsatte

Nationale rutineinformationer om typer af og mønstre for stofbrugen såvel som dens konsekvenser blandt indsatte i fængsler er sjældne. De fleste af de tilgængelige data i EU stammer fra lokale ad hoc-undersøgelser med stærkt varierende prøvestørrelser, som generelt er små. Dertil kommer, at de undersøgte fængsler ofte ikke er

Figur 17: »Indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge, 1991-2001 — tre års glidende gennemsnit indekseret (1991 = 100)



NB: For definitioner af indberetninger af narkotikalovovertrædelser se statistisk tabel 29: Antal »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge, 1985-2001 (onlineversion). De reelle værdier er indregnet for alle lande i 2001, for Belgien i 1995 og 1997, for Spanien i 1996 og for Det Forenede Kongerige og Norge i 2000, da de tilgængelige data ikke gør det muligt at beregne det glidende gennemsnit i disse tilfælde. Serierne er afbrudte for Belgien i 1996 (hvor ingen data var tilgængelige).

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

repræsentative for fængselssystemet som helhed, og at manglende gentagne undersøgelser i de fleste lande forhindrer en analyse af tendenser. Disse faktorer gør en ekstrapolering af resultaterne særdeles vanskelig.

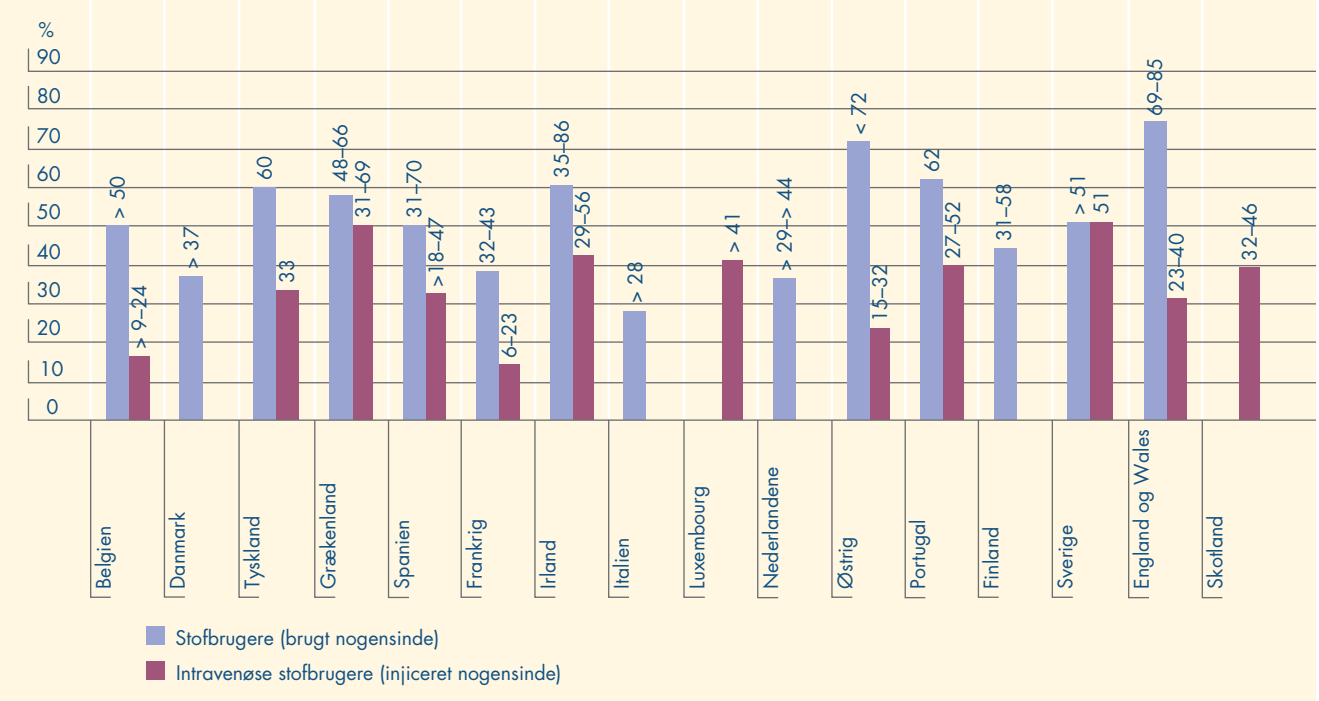
Undersøgelserne viser imidlertid, at i forhold til befolkningen som helhed er stofbrugerne overrepræsenteret i fængslerne ([67]). Andelen af indsatte i EU, der angiver på et eller andet tidspunkt at have brugt et illegalt stof, varierer fra 29 % til 86 % afhængigt af fængsel og land (over 50 % i de fleste undersøgelser) (figur 18). Ligesom i det omgivende samfund er cannabis det oftest benyttede stof, men en række undersøgelser viser også høje niveauer for heroinmisbrug (50 % af de indsatte eller i visse tilfælde flere).

Ifølge flere undersøgelser udgør andelen af indsatte, der angiver mere regelmæssig og/eller skadelig brug, som eksempelvis intravenøs stofbrug, regelmæssig brug eller afhængighed, 6-69 % af de indsatte. Især afslører flere EU-undersøgelser, at ca. en tredjedel af de voksne indsatte i fængslerne er intravenøse stofbrugere (Bird og Rotily, 2002).

De fleste stofbrugere stopper eller nedsætter deres stofforbrug efter at have siddet i fængsel. Nogle fortsætter dog med at tage stoffer, og andre begynder først, efter at de er kommet i fængsel. Mellem 12 og 60 % af de indsatte angives at bruge

([58]) Statistisk tabel 29: Antal »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge, 1985-2001 (onlineversion).
([59]) Faldet i Portugal skyldes primært afkriminaliseringen af stofbrug siden juli 2001.
([60]) I skrivende stund fandtes der ikke 2001-data for Belgien, Norge og Det Forenede Kongerige.
([61]) Se figur 16 OL: Andel af anmeldte lovovertrædelser for brug/besiddelse af stoffer i forhold til de samlede narkotikalovovertrædelser, 1996-2001 (onlineversion).
([62]) Frem til 2000, da der i skrivende stund ikke fandtes 2001-data for Det Forenede Kongerige.
([63]) Frem til 2000, da der i skrivende stund ikke fandtes 2001-data for Det Forenede Kongerige.
([64]) Se figur 17 OL: Andel af indberetninger af cannabis-relaterede lovovertrædelser i forhold til det samlede antal narkotikalovovertrædelser i 1996-2001 (onlineversion).
([65]) Se figur 18 OL: Andel af indberetninger af heroin-relaterede lovovertrædelser i forhold til det samlede antal narkotikalovovertrædelser i 1996-2001 (onlineversion).
([66]) Se figur 19 OL: Andel af indberetninger af kokain-relaterede lovovertrædelser i forhold til det samlede antal narkotikalovovertrædelser i 1996-2001 (onlineversion)
([67]) Se statistisk tabel 30: Andelen af stofbrugere blandt fængselsindsatte i EU-landene og Norge (onlineversion).

Figur 18: Skøn over langtidsbrugen af narkotika i fængsler i EU



NB: Hvor det er muligt, dækker tallene over voksne indsatte, men nogle tal kan indeholde unge lovovertrædere. De i figuren viste værdier er udledt fra de følgende data. Man skal være meget varsom med at drage sammenligninger, eftersom definitioner, referenceperioder og metoder varierer drastisk imellem landene. De fleste oplysninger stammer fra lokale ad hoc-undersøgelser (ikke-sammenlignelige). For yderligere informationer om hver undersøgelse se statistisk tabel 30: Andelen af stofbrugere blandt fængselsindsatte i EU-landene og Norge.

Belgien

- 50 % har brugt stoffer inden for den sidste måned inden fængselsopholdet, 1999 (n = 246).
- 9 % regelmæssig injicering af stoffer før fængsel, 1999 (n = 246); 24 % injicering før fængsel, 1997 (n = 115).

Danmark

- 37 % gentaget stofbrug sidste 6 måneder før fængsel, 2001 (n = 445).

Tyskland

- 60 % stofbrugere, 1996 (n = 16).
- 33 % injektionsmisbrug inden fængselsopholdet, 1997 (n = 437).

Grækenland

- 48 % langtidsbrug før fængsel (n = 136), 2000; 66 % langtidsbrug af heroin før fængsel, 1995 (n = 544).
- 34 % langtidsinjicering af stoffer, 1996 (n = 861); 31 % intravenøse stofbrugere, 1995 (n = 1 183); 69 % intravenøs stofbrug inden før fængsel, 1995 (n = 544).

Spanien

- 43 % cannabisbrug sidste måned før fængsel, 2000 (n = 5 028); 31 % kokainbrug sidste måned før fængsel, 1998 (n = 2 223); 70 % (kvinder) langtidsstofbrug (inklusive alkohol), 1998 (n = 356); 35 % (kvinder) regelmæssig stofbrug (inklusive alkohol), 1998 (n = 356); 56 % stofbrugere, 1998 (n = 1 011).
- 18 % injicering af heroin sidste måned før fængsel, 1998 (n = 2 223); 47 % injicering af stoffer før fængsel, 1997 (n = 101).

Frankrig

- 43 % stofbrug sidste år inden fængsel, 1998 (n = 1 212); 32 % regelmæssig stofbrug sidste år inden fængsel, 1997 (n = 8 728); 35 % cannabisbrug sidste år inden fængsel, 1997 (n = 960).
- 12 % langtidsinjicering af stoffer før fængsel, 1998 (n = 1 212); 9 % injicering af stoffer sidste år inden fængsel, 1998 (n = 1 212); 6 % injicering af stoffer sidste år inden fængsel, 1997 (n = 8 728); 14 % injicering af stoffer inden fængsel, 1997 (n = 960); 23 % langtidsinjicering af stoffer før fængsel, 1996 (n = 574).

Irland

- 35 % langtidsbrug af heroin, 1999 (n = 607); 52 % langtidsbrug af heroin, 1998 (n = 1 205); 70 % langtidsbrug af heroin, 1997 (n = n.a.); 86 % (mænd) langtidsstofbrug, 1996 (n = 108).
- 29 % langtidsinjicering af stoffer, 1999 (n = 607); 43 % langtidsinjicering af stoffer, 1998 (n = 1 205); 56 % (mænd) langtidsinjicering af stoffer, 1996 (n = 108).

Italien

- 1 % langtidsnarkotikaafhængighed inden fængselsopholdet, 2001 (n = 55 275).

Luxembourg

- 41 % regelmæssige injektionsmisbrugere, 1998 (n = 362); 32 % regelmæssigt injektionsmisbrug inden fængselsopholdet, 1998 (n = 362).

Nederlandene

- 29 % problemer med stofafhængighed, 1997 (n = 528); 44 % narkomaner, 1997 (n = 319).

Østrig

- 772 % langtidsstofbrug (i et fængsel specialiseret i narkotikarelaterede lovovertrædelser), 1994 (n = 307).
- 26 % (mænd) og 32 % (kvinder) injicering af stoffer før fængsel, 1999 (n = hhv. 143 og 69); 15 % intravenøse stofbrugere, 1996 (ekspertskøn).

Portugal

- 62 % langtidsstofbrug, 2001 (n = 2 057).
- 27 % langtidsinjicering af stoffer før fængsel, 2001 (n = 2 057); 52 % injicering af stoffer før fængsel, 1997 (n = 535).

Finland

- 58 % langtidsstofbrug, 2001 (n = 825); 31 % langtidsstofbrug, 1995 (n = n.a.).

Sverige

- 51 % injektionsmisbrug eller daglig stofbrug inden for det sidste år inden fængselsopholdet, 2000 (n = 3 352).
- 51 % injektionsmisbrug eller daglig stofbrug inden for det sidste år inden fængselsopholdet, 2000 (n = 3 352).

England og Wales

- 84 % (kvinder) langtidsbrug af stoffer før fængsel, 2001 (n = 301); 69-85 % langtidsbrug af stoffer før fængsel, 1997 (n = 3 140).
- 38 % (kvinder) langtidsinjicering af stoffer før fængsel, 2001 (n = 301); 24 % (mænd) og 29 % (kvinder) langtidsbrug af stoffer, 1997-98 (n = hhv. 2 769 og 407); 23-40 % langtidsinjicering af stoffer, 1997 (n = 3 139).

Skotland

- 32 % (mænd) og 46 % (kvinder) langtidsinjicering af stoffer, 1991-96 (n = hhv. 2 286 og 132).

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter. Se også statistisk tabel 30: Andelen af stofbrugere blandt fængselsindsatte i EU-landene og Norge (onlineversion).

stoffer i fængslerne, mens 10-42 % bruger stoffer regelmæssigt. Mellem 3 % og 34 % af de indsatte har på et eller andet tidspunkt sprøjtet stoffer, mens de har været i fængsel ([68]).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller med relation til dette afsnit:

Statistisk tabel 27: Hyppigste form for overtrædelse i »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge

Statistisk tabel 28: Hyppigst involverede stof i »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge

Statistisk tabel 29: Antal »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i EU-landene og Norge, 1985-2001

Statistisk tabel 30: Andelen af stofbrugere blandt fængselsindsatte i EU-landene og Norge.

Narkotikamarkeder og -tilgængelighed

Antallet af narkotikabeslaglæggelser i et land anses sædvanligvis for at være en indirekte indikator for forsyningen og tilgængeligheden af stoffer. Det afspejler også ressourcer, prioriteringer og strategier for håndhævelse af loven såvel som de handelendes sårbarhed over for håndhævelsen. De beslaglagte mængder ([69]) kan variere meget fra det ene år til det næste — eksempelvis hvis nogle få beslaglæggelser et år er meget store. Derfor anses antallet af beslaglæggelser ([70]) i adskillige lande for at være en bedre indikator for tendenserne ([71]). I alle lande inkluderer beslaglæggelserne en stor andel små beslaglæggelser på detailniveau ([72]). Hvor den kendes, kan oprindelsen af og det tiltænkte bestemmelsessted for beslaglagte stoffer være en indikator for afsætningsveje og produktionsområder. Stoffernes pris og renhedsgrad på detailniveau indberettes af de fleste medlemsstater. Dataene stammer imidlertid fra en række forskellige kilder, som ikke altid er sammenlignelige eller pålidelige, hvilket gør det vanskeligt at foretage præcise sammenligninger mellem landene.

Eftersom data for beslaglæggelser for 2001 ([73]) fra Belgien, Italien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige ikke forelå, da beretningen blev udarbejdet, er analyserne af 2001-situationen og tendenserne frem til 2001 ufuldstændige. Data om narkotikabeslaglæggelser i EU og Norge i 2001 fremgår i enkeltheder af tabel 1. I teksten herunder er tendenserne mellem 2000 og 2001 blevet udledt på basis af udviklingen i de få EU-lande, for hvilke der var tilgængelige data for begge år.

Stoftilgængelighed blandt 15- til 24-årige

Eurobarometerundersøgelsen (EORG, 2002) — foretaget i 2002 om holdningen til og synspunkterne om stoffer blandt unge i EU-medlemsstaterne — giver data om eksponeringen for cannabis samt den skønnede tilgængelighed af illegale stoffer. I EU som helhed hævder 65 % af respondenterne at kende nogen, der bruger cannabis, og 46 % er allerede blevet tilbudt cannabis. Afhængigt af landet finder 34-69 % (55 %) ([1]) det let at få fat i stoffer nær deres skole/uddannelsesinstitution, 39-71 % (62 %) nær deres hjem, 46-90 % (72 %) på værtshuse/klubber og 49-90 % (76 %) til fester.

([1]) Tal i parentes relaterer til EU-gennemsnittet.

Ifølge Europol viser globale statistikker en koncentration af narkotikabeslaglæggelserne, idet omkring 75 % af verdens beslaglæggelser af alle typer af illegale stoffer sker i ganske få lande. Blandt disse er Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige for cannabisharpiks sammen med Marokko og Pakistan; Spanien for kokainhandel sammen med De Forenede Stater, Colombia, Mexico og Panama; og Nederlandene og Det Forenede Kongerige, når det gælder handel med syntetiske stoffer — sammen med De Forenede Stater, Thailand og Kina ([74]).

Cannabis

Cannabis er det mest beslaglagte stof i alle medlemsstater undtagen Portugal, hvor heroinbeslaglæggelserne er dominerende. Siden 1996 har man i Spanien beslaglagt de største mængder cannabis — mere end halvdelen af den samlede beslaglagte mængde i EU. Frem til år 2000 indberettede Det Forenede Kongerige et større antal cannabisbeslaglæggelser end Spanien, men her drejede det sig gennemsnitligt om mindre mængder ([75]).

I 2001 var Marokko fremdeles det største produktionsland for cannabisharpiks beslaglagt i EU. Cannabis kan smugles direkte fra Marokko, men i mange tilfælde kommer det direkte via Den Iberiske Halvø. Cannabisharpiks smugles også fra de nordiske og de baltiske lande til Finland og fra Albanien til Italien og Grækenland. De fleste cannabisplanter, der beslaglægges i Belgien, Tyskland, Frankrig, Luxembourg og Nederlandene, stammer fra Nederlandene ([76]). Desuden

([68]) Se figur 20 OL: Skøn over omfanget af stofbrug i fængsler i EU-landene og Norge (onlineversion).
([69]) Se figur 21 OL: Mængder beslaglagt narkotika i EU-landene og Norge (indeks 1996 = 100) 1996-2000; og figur 22 OL: Mængder beslaglagt cannabis, kokain, heroin og amfetamin i EU-landene og Norge, 1985-2000 (onlineversion).
([70]) Se figur 23 OL: Antal narkotikabeslaglæggelser i EU-landene og Norge (indeks 1996 = 100), 1996-2000; og figur 24 OL: Antal cannabis-, heroin-, kokain-, amfetamin-, ecstasy- og lsd-beslaglæggelser i EU-landene og Norge, 1985-2000 (onlineversion).
([71]) Man skal være varsom med at analysere tendenser på EU-niveau, idet undersøgelserne i de forskellige lande ikke blev indledt samme år. For yderligere informationer se statistiske tabeller 31-43 (onlineversion).
([72]) Se figur 25 OL: Narkotikabeslaglæggelser i EU-landene i mængde og antal (indeks 1996 = 100) i årene 1996-2000 (onlineversion).
([73]) For Italien og Nederlandene: 2001-data for antallet af beslaglæggelser mangler. For Belgien og Det Forenede Kongerige mangler 2001-data for antallet og mængden af beslaglæggelser.
([74]) Yderligere informationer fra Europol kan findes i boks 12 OL: Narkotikahandel i EU.
([75]) Dette bør holdes op mod data for Det Forenede Kongerige, når de foreligger.
([76]) Som indberettet i de nationale rapporter fra disse lande.

Tabel 1: Narkotikabeslaglæggelser i EU-landene og Norge, 2001

Land	Amfetaminer		Kokain		Cannabis		Heroin		Lsd		Ecstasy	
	Antal	Mængde (kg)	Antal	Mængde (kg)	Antal	Mængde (kg)	Antal	Mængde (kg)	Antal	Mængde (doser)	Antal	Mængde (tabletter)
Belgien	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Danmark	954	161	815	26	5 788	1 763	1 304	25	29	159	331	150 080
Tyskland (1)	3 459	263	4 044	1 288	29 824	8 942	7 538	836	289	11 441	4 290	4 576 504
Grækenland (2) (3)	n.a.	0.078	n.a.	297	n.a.	11 926	n.a.	330	n.a.	577	n.a.	58 845
Spanien (4)	4 574	18	26 127	33 681	74 391	518 620	11 800	631	n.a.	26 535	11 947	860 164
Frankrig	111	57	1 583	2 094	45 789	62 121	2 652	351	115	6 718	1 589	1 503 773
Irland (5) (6)	162	18	300	5	6 233	10 157	802	30	6	323	1 485	469 862
Italien	n.a.	0.6	n.a.	1 808	n.a.	53 078	n.a.	2 005	n.a.	1 139	n.a.	n.a.
Luxembourg	7	0	58	8	490	16	211	1	1	1	17	8 359
Nederlanden (7) (8) (9)	n.a.	579	n.a.	8 389	n.a.	33 419	n.a.	739	n.a.	28 731	n.a.	3 684 505
Østrig	161	3	768	108	5 249	456	895	288	32	572	352	256 299
Portugal (10) (11) (12)	4	0	1 100	5 575	2 411	6 707	2 430	316	6	3 588	160	126 451
Finland (13)	3 778	137	55	7	5 846	622	557	8	14	1 026	465	81 228
Sverige	5 513	231	328	39	6 935	739	1 271	32	28	629	595	86 336
Det Forenede Kongerige	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.	n.a.
Norge	4 214	93	477	21	10 254	861	2 501	68	52	417	829	61 575
Total	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**	**n.a.**

NB: n.a., Ingen tilgængelige data.
(1) Data for amfetaminer inkluderer metamfetaminer.
(2) Et mindre antal amfetamintabletter blev også beslaglagt i 2001.
(3) En lsd-tablet blev også beslaglagt i 2001.
(4) 11 026 amfetamintabletter blev også beslaglagt i 2001.
(5) 23 beslaglæggelser og 0,975 kg metylamfetaminer blev også beslaglagt i 2001.
(6) 10 lsd-tabletter blev også beslaglagt i 2001.
(7) 20 592 amfetamintabletter blev også beslaglagt i 2001.
(8) 884 609 »nederwiet planter« blev også beslaglagt i 2001 (cannabis).
(9) 113 gram ecstasy blev også beslaglagt i 2001.
(10) 25 amfetamintabletter blev også beslaglagt i 2001.
(11) Antallet af heroinbeslaglæggelser inkluderer heroin i flydende form.
(12) 100 gram ecstasy blev også beslaglagt i 2001.
(13) Antallet af cannabis-beslaglæggelser inkluderer kun hash.
Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

nævner Frankrig sit eget nationale territorium, Italien og Belgien som andre leverandører af cannabisplanter. Cannabisplanter kommer også til Grækenland og Italien fra Albanien og til Portugal fra Angola. Der indberettes lokal produktion af cannabis fra de fleste medlemsstater.

I 2001 blev detailprisen på cannabisharpiks angivet til gennemsnitligt at ligge mellem 2,3 EUR (Det Forenede Kongerige) og 26,6 EUR (Norge) pr. gram, mens prisen på cannabisblade gennemsnitligt lå mellem 1,9 EUR (Spanien) og 8 EUR (Belgien, Sverige) pr. gram. Indholdet af den aktive ingrediens, tetrahydrocannabinol (THC) i cannabisharpiks varierer som regel mellem 5 % og 14 %, men i 2001 er der i EU også meldt om prøver med et THC-indhold på 0,15-39 %. Det gennemsnitlige THC-indhold i cannabisblade er tilsvarende på ca. 5-11 %, selv om det i Norge typisk er lavere (1-3 %), og det siges i visse stikprøver fra Tyskland at nå op på 34 %.

Tendenser

Antallet af cannabisbeslaglæggelser ([77]) i EU steg støt fra 1985 og frem, men synes at have stabiliseret sig siden 1999. I 2001 steg antallet af cannabisbeslaglæggelser i Danmark, Spanien, Irland, Luxembourg, Østrig, Finland, Sverige og Norge. De beslaglagte mængder ([78]) steg også fra 1985, men har stabiliseret sig siden 1995.

([77]) Se figur 26 OL: Antal cannabisbeslaglæggelser, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([78]) Se figur 27 OL: Mængder beslaglagt cannabis, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).

Detailprisen på cannabis har generelt ligget stabilt i EU med undtagelse af Det Forenede Kongerige, som melder om en nedadgående tendens i de seneste 4 år. I 2001 steg prisen i Belgien, Frankrig, Luxembourg, Nederlandene (blade) og Norge (harpiks). I 2001 indberettede Portugal og Det Forenede Kongerige en stigning i renheden af cannabisharpiks og -blade på gadeniveau. Renheden af cannabisharpiks steg ligeledes i Belgien og Italien.

Heroin

I 2000 blev der i EU beslaglagt næsten 9 tons heroin, hvoraf over en tredjedel blev beslaglagt i Det Forenede Kongerige. Heroin, der beslaglægges i EU, stammer overvejende fra Afghanistan (og Pakistan) fulgt af de sydøstasiatiske lande via Iran, Tyrkiet og Balkanruten. Der meldes imidlertid om øget smugling via Østeuropa (Rusland, Estland, Belarus, Bosnien) og centralasiatiske lande fra det tidligere Sovjetunionen.

På tværs af EU varierede gadepriserne på heroin i 2001 gennemsnitligt fra 31 til 194 EUR pr. gram. De højeste priser er indberettet i de nordiske lande og Irland. Den gennemsnitlige heroinrenhed (hvid eller brun) varierer fra 14 til 48 % i, men i 2001 indberettede Norge en højere gennemsnitlig renhedsprocent af hvid heroin.

Tendenser

Beslaglæggelserne af heroin ([79]) steg på EU-niveau frem til 1991-92, hvorefter de er stabiliseret. I 2001 faldt de i Danmark, Tyskland, Frankrig, Luxembourg og Portugal. Sammenlignet med situationen på EU-plan i 1985 har de beslaglagte mængder ([80]) været stigende. De stabiliseredes i perioden 1991-98, men er siden steget på ny. I 2001 indberettede et flertal af landene en stigning i mængden af beslaglagt heroin. Ifølge Europol har det bemærkelsesværdige fald i den afghanske opiumproduktion i 2001 ikke i samme grad været afspejlet i tilgængeligheden af heroin på narkotikamarkedet i EU — sandsynligvis på grund af de enorme opium- og heroinlagre, der blev opbygget efter rekordhøsten i 1999 og 2000.

Gadepriserne på heroin er generelt stabile eller faldende, selv om der i 2001 blev indberettet en stigning i Belgien (brun heroin) og Danmark. Heroinrenhedsgraden indberettes generelt som værende stabil eller faldende i alle lande. På det seneste er renheden af den brune heroin dog steget i Belgien, Danmark, Irland og Det Forenede Kongerige.

Kokain

Spanien er stadig det EU-land, der har det højeste niveau af kokainbeslaglæggelser, der i 2001 udgjorde mere end halvdelen ([81]) af de samlede beslaglæggelser i EU — både hvad angår antal og mængder. Den kokain, der beslaglægges i Europa, kommer fra Latinamerika (primært fra landene omkring Andesbjergene, såsom Peru og Colombia, men også fra Ecuador) — enten direkte eller via Mellemamerika, Spanien og/eller Nederlandene. Selv om Spanien af nogle lande angives som transitland for kokainen ind i EU, indberetter de spanske myndigheder, at der ikke har været tegn på forsendelser af kokain i Spanien i mængder, der modsvarer den internationale smugling. Ifølge Europol kommer der hvert år ca. 200 tons kokain ind i EU via skibsforsendelser og luftkurerer, hvilket de store havne og lufthavne har gjort lettere ([82]).

Detailprisen på kokain varierede i 2001 gennemsnitligt fra 47 til 187 EUR pr. gram. De laveste priser fandt man i Spanien, og de højeste i Finland og Norge. Kokainrenhedsgraden er generelt høj, mellem 45 % og 80 % i de fleste lande undtagen Irland, hvor den gennemsnitligt var lavere (23 %) i 2001.

Tendenser

Det samlede antal kokainbeslaglæggelser ([83]) i EU har været støt stigende siden midten af 1980'erne — bortset fra et fald i 2000 — og stigningen synes at være fortsat i 2001 ([84]). Mængderne af beslaglagt kokain ([85]) har ligeledes varieret inden for en samlet opadgående tendens mellem 1985 og 2001. For 2001 er der indberettet en markant stigning — primært som følge af en stor stigning I den samlede mængde kokain beslaglagt i Spanien.

Gadepriserne på kokain er i de senere år stabiliseret eller faldet i alle lande, men i 2001 steg de i Norge. Kokainens renhedsgrad er generelt stabil eller faldende i alle medlemsstater, men for 2001 er der dog indberettet stigninger i Danmark, Tyskland, Portugal og Det Forenede Kongerige.

Syntetiske stoffer: amfetaminer, ecstasy og lsd

I Finland, Sverige og Norge er amfetaminer nummer to blandt de mest almindeligt beslaglagte stoffer (efter cannabis). Ecstasy er det næstmest beslaglagte stof i Irland. I løbet af de seneste fem år er de største beslaglæggelser af amfetaminer og ecstasy set i Det Forenede Kongerige ([86]).

([79]) Figur 28 OL: Antal heroinbeslaglæggelser, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([80]) Figur 29 OL: Mængder beslaglagt heroin, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([81]) Denne oplysning bør dog holdes op mod de manglende data for 2001, når de foreligger.
([82]) Yderligere oplysninger fra Europol findes i boks 13 OL: Kokainhandel (onlineversion).
([83]) Se figur 30 OL: Antal kokainbeslaglæggelser, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([84]) Dette bør holdes op mod de manglende data for 2001, når de foreligger.
([85]) Se figur 31 OL: Mængder beslaglagt kokain, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([86]) Denne situation bør holdes op mod data for 2001 for Det Forenede Kongerige, når de foreligger.

Ifølge Europol ([87]) ligger antallet af fundne produktionssteder af syntetiske stoffer i EU konstant i intervallet 50-70. Selv om antallet af produktionsfaciliteter er relativt stabilt, fører forbedrede metoder, mere avanceret produktionsudstyr og stigende brug af specialister til stadigt stigende produktionseffektivitet og -kapacitet. På nuværende tidspunkt er Nederlandene og i mindre grad Belgien er de store lande for produktion af ecstasy, amfetaminer og lignende stoffer, men der meldes også om produktion i andre medlemsstater (Spanien, Frankrig, Det Forenede Kongerige) samt i de central- og østeuropæiske lande (Tjekkiet, Estland, Litauen, Polen) samt i Thailand. Mens EU-området ifølge Europol fremdeles er den primære kilde for »ecstasy«, spredes produktionen til hele verden. Der er således fundet faciliteter i Sydøstasien, Kina, Nordamerika, Sydafrika og Sydamerika.

Prisen på amfetaminer angives gennemsnitligt til mellem 12 og 40 EUR pr. gram, mens ecstasytabletter koster fra 6 til 20 EUR stykket i gennemsnit. Data for 2001 viser, at syntetiske stoffer er billigst i Belgien og Det Forenede Kongerige. Renhedsgraden af amfetamin varierer stærkt fra 2 % i Irland til 52 % i Norge. De fleste tabletter, der sælges som ecstasy, indeholder rent faktisk ecstasy eller ecstasylignende stoffer (MDMA, MDEA, MDA), varierende fra 58 % af analyserede tabletter i Finland til 99 % i Tyskland, Spanien, Det Forenede Kongerige og Norge og 100 % i Portugal. Amfetaminer (eller metamfetaminer) findes i 2-20 % af tabletterne, men der kan også findes forskellige andre psykoaktive stoffer (2-CB, 2-CT7, 4-MTA, MDE, PMA og PMMA).

Tendenser

Beslaglæggelserne af amfetamin — både i antal ([88]) og mængder ([89]) — steg i hele EU mellem 1985 og 1998 eller 1999. Antallet af amfetaminbeslaglæggelser på EU-plan faldt i 1999 og 2000, primært på grund af et fald i Det Forenede Kongerige, men er tilsyneladende steget igen i 2001 ([90]). De beslaglagte mængder faldt mellem 1998 og 2000, men er i de fleste lande steget igen i 2001 ([91]). I størsteparten af EU er beslaglæggelserne af ecstasy ([92]) øget siden 1985 — undtagen i 1997 og 1998 — med markante stigninger i 2001 — navnlig i Spanien, som indberettede 11 947 ecstasybeslaglæggelser i 2001 (mod 3 750 i 2000). Mængderne af beslaglagt ecstasy ([93]) har fulgt samme opadgående tendens fra 1985 og frem til 1993, hvor kurven blev stabiliseret. Herefter fulgte imidlertid en top i 1996, og siden 1999 har mængderne igen været stigende. I 2001 synes antallet af beslaglagte ecstasytabletter i EU at være stabiliseret, men denne tendens bør bekræftes yderligere af data for Det Forenede Kongerige, som er det EU-land, der har flest ecstasybeslaglæggelser. Beslaglæggelser af lsd er mindre almindelige. På EU-niveau steg både antal ([94]) og mængder ([95]) frem til 1993, hvorefter de er faldet ([96]) — bortset fra en beskeden stigning i 2000.

Efter markante fald i 1990'erne har priserne på amfetaminer og ecstasy stabiliseret sig i EU. I 2001 meldte Norge dog om et markant fald i prisen på amfetaminer solgt på gadeniveau. I de fleste lande faldt gennemsnitsprisen på ecstasytabletter i 2001. Samme år steg andelen af tabletter indeholdende ecstasy eller ecstasylignende stoffer i Belgien, Danmark, Portugal og Spanien, mens amfetaminer (og metamfetaminer) oplevede et fald. Finland indberettede det modsatte samt en høj andel af tabletter indeholdende buprenorphin (23 %).

Se **http://annualreport.emcdda.eu.int** for statistiske tabeller med relation til dette afsnit:

- Statistisk tabel 31: Antallet af beslaglæggelser og beslaglæggelsernes størrelse (alle stoffer), 2001
- Statistisk tabel 32: Antal amfetaminbeslaglæggelser, 1985-2001
- Statistisk tabel 33: Antal cannabisbeslaglæggelser, 1985-2001
- Statistisk tabel 34: Antal kokainbeslaglæggelser, 1985-2001
- Statistisk tabel 35: Antal ecstasybeslaglæggelser, 1985-2001
- Statistisk tabel 36: Antal heroinbeslaglæggelser, 1985-2001
- Statistisk tabel 37: Antal lsd-beslaglæggelser, 1985-2001
- Statistisk tabel 38: Mængder af beslaglagt amfetamin, 1985-2001 (kg)
- Statistisk tabel 39: Mængder af beslaglagt cannabis, 1985-2001 (kg)
- Statistisk tabel 40: Mængder af beslaglagt kokain, 1985-2001 (kg)
- Statistisk tabel 41: Mængder af beslaglagt ecstasy, 1985-2001 (tabletter)
- Statistisk tabel 42: Mængder af beslaglagt heroin, 1985-2001 (kg)
- Statistisk tabel 43: Mængder af beslaglagt lsd, 1985-2001 (doser).

([87]) Yderligere oplysninger fra Europol findes i boks 14 OL: Handel med syntetiske stoffer (onlineversion).
([88]) Se figur 32 OL: Antal amfetaminbeslaglæggelser, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([89]) Se figur 33 OL: Mængder beslaglagt amfetamin, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([90]) Denne tendens bør holdes op mod de manglende data for 2001, (navnlig for Det Forenede Kongerige) når de foreligger.
([91]) Denne tendens bør holdes op mod de manglende data for 2001, (navnlig for Det Forenede Kongerige) når de foreligger.
([92]) Se figur 34 OL: Antal ecstasybeslaglæggelser, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([93]) Se figur 35 OL: Mængder beslaglagt ecstasy, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([94]) Se figur 36 OL: Antal lsd-beslaglæggelser, 1996-2001 (indeks) (onlineversion).
([95]) Se figur 37 OL: Mængder beslaglagt lsd, 1996-2001 (indeks) (onlineversion)
([96]) Denne tendens bør holdes op mod de manglende data for 2001, når de foreligger.

Kapitel 2

Initiativer til bekæmpelse af stofbrug

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 områderne uddannelse, sundhed, social- og strafferet og udbudsbegrænsende initiativer.

Den narkotikapolitiske udvikling på nationalt plan

Reorganisering af narkotikakoordineringssystemer

De seneste års tendens til at organisere den nationale narkotikapolitik gennem nationale handlingsplaner og koordinerede systemer fortsatte i 2002 ([97]). Tyskland, Italien, nogle østrigske delstater, Sverige og Norge gik sammen med andre EU-partnere om en sammenhængende narkotikaplan, -program eller -strategi. Det er dog værd at bemærke, at dette område undergår hyppige forandringer. Skiftende regeringer fører ofte til ændrede narkotikastrategier eller en ændret opbygning af narkotikatjenester.

Den nye regering, som kom til magten i Portugal i 2002, lagde det portugisiske institut for narkotika og narkotikamisbrug (IPDT) og afdelingen for forebyggelse og behandling af narkotikamisbrug (SPTT) sammen under navnet IDT (Instituto da Droga e da Toxicodependência) og flyttede ansvaret for det nye institut fra rådets formandskab til sundhedsministeriet. Efter at være blevet genvalgt i 2001 fremlagde regeringen i Det Forenede Kongerige en opdateret narkotikastrategi i december 2002 for England, og samtidig blev der iværksat visse strukturændringer inden for det lokale partnerskab til bekæmpelse af kriminalitet. Narkotikaaktivitetsgrupperne blev omstruktureret i 2000 for at følge de lokale myndigheders afgrænsninger. I Norge blev den centrale sundheds- og socialforvaltning omorganiseret for at lægge mere vægt på viden og erfaring som grundlag for den strategiske planlægning og udvikling i narkotikapolitikken. I Irland fik det nyligt oprettede Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs — af den nye regering (2002) — overdraget ansvaret for den nationale narkotikastrategi 2001-2008. Der blev udpeget en minister med ansvar for den nationale narkotikastrategi og samfundsforhold samt for bolig- og byfornyelse, som i Irland anses for at være kædet sammen. Desuden fremhævede regeringen initiativer til bekæmpelse af narkotikamisbrug og -kriminalitet og fornyelse af ugunstigt stillede samfund med det formål at »skabe et samfund, der bekymrer sig«. I Østrig blev der oprettet en føderal kriminalitetsmyndighed under indenrigsministeriet for at sikre en bedre koordinering af kriminalitetsbekæmpelsen. Hertil kommer — som noget nyt i Østrig — at der specifikt er blevet afsat mandskab til den statslige narkotikakoordinering, som er ansvarlig for at koordinere narkotikapolitikken på føderalt plan.

EONN følger hele tiden disse tendenser, mønstre og ændringer, og i december 2002 offentliggjordes en online sammenlignende undersøgelse af narkotikastrategier og koordinering på narkotikaområdet ([98]).

Offentlighedens syn på narkotika og narkotikapolitik

Borgerne bliver stadigt mere opmærksomme på narkotikamisbruget og dets konsekvenser og interesserer sig i stigende grad for den nationale narkotikapolitik. Resultaterne af adskillige undersøgelser og meningsmålinger viser imidlertid, at der inden for EU er forskellige holdninger til narkotikaproblematikken.

En undersøgelse gennemført i Voralberg i Østrig påviste, at 63 % af alle studerende og 40-45 % af alle voksne er modstandere af at straffe personer over 18 år for brug af cannabis. I Wien mente 78 % af de adspurgte, at cannabis skulle forbydes, men var tilhængere af en afkriminalisering for narkomaner. 86 % af de adspurgte var enige om, at narkomaner skulle have behandling i stedet for straf. En anden undersøgelse gennemført i Spanien i 2002 af »Centro de Investigaciones Sociológicas« viste, at narkotika og alkohol opfattes som et vigtigt socialt problem — efter arbejdsløshed og terrorisme, men før kriminalitet og social usikkerhed. I Frankrig steg andelen af personer, der går ind for, at cannabis skal sælges frit, fra 17 % i 1999 til 24 % i 2002, og næsten tre fjerdedele af franskmændene (Beck *mfl.*, 2002) tror ikke på en verden uden stoffer. Halvdelen af respondenterne mente dog, at det var farligt at eksperimentere med cannabis. To tredjedele af de adspurgte troede på »gateway-effekten« ([99]), og 65 % var modstandere af en afkriminalisering af cannabis, selv på visse vilkår (mens 88 % var modstandere af en afkriminalisering af

([97]) Denne rapport fokuserer på nye udviklingstendenser. Der gives et samlet billede af nationale strategier og koordination på narkotikaområdet på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml

([98]) Findes på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/strategies.shtml

([99]) »Gateway-effekten eller -teorien« (vanedannende effekt) forudsætter en sekvensmæssig udvikling i stofbrugen. Yderligere oplysninger findes i ODCCP (2000).

heroinbrug). I Irland viste en undersøgelse af holdningerne til cannabisbrug, foretaget af Lansdowne Market Research (som omfattede personlige interview med et nationalt repræsentativt udsnit på 1 159 voksne i aldersgruppen 15 år og derover), at der er store holdningsforskelle. Mens næsten to tredjedele af de stemmeberettigede personer (18 år og derover) mente, at cannabis burde tillades af medicinske grunde (forudsat, at en gavnlig medicinsk effekt var bevist), var kun et mindretal (en ud af syv) tilhængere af direkte legalisering. Den ringe støtte til en legalisering afspejler sandsynligvis det forhold, at cannabis menes at være et vanedannende stof. I Det Forenede Kongerige har omklassificeringen af cannabis fra et klasse B- til et klasse C-narkotikum ført til en udbredt debat, hvor nogen har været for, mens andre har været imod omklassificeringen.

Udviklingen på lovområdet

Udviklingen på lovområdet i indberetningsperioden har fundet sted på områder som forbedrede behandlings- og rehabiliteringsforhold for narkomaner, offentlig overvågning af handlere og brugere og stærkere indgreb mod brud på den offentlige orden og gener, som skyldes handel med narkotika på gaden.

Behandling og rehabilitering

Sidste år indførte en række EU-lande lovgivningsmæssige ændringer for at lette behandlingen og rehabiliteringen af narkomaner. Ved hjælp af en national lovforordning fastsattes retsgrundlaget i Luxembourg for substitutionsbehandling på nationalt plan i form af et licenssystem for læger, indlæggelseskriterier for patienter og et udvalg til at føre kontrol med programmet. I Grækenland gennemførtes et pilotprojekt, som giver de offentlige hospitaler på Rhodos tilladelse til at benytte buprenorphin som substitutionsmiddel. I Finland har opiatnarkomaner ret til afvænnings- og substitutionsbehandling suppleret med vedligeholdelsesbehandling, og som følge heraf har der været en stigning i antallet af afdelinger, der behovsvurderer og sørger for medicinsk behandling af narkomaner. Og efter at den 9. lovbog om socialsikring i Tyskland trådte i kraft i juli sidste år, har de tyske narkomaner fået bedre rettigheder og lovgivning, der mere klart definerer, hvordan og hvornår sundhedsforsikringsordninger skal betale for afvænning, og hvornår pensionsforsikringsordninger skal betale for rehabilitering.

I april 2002 besluttede det danske folketing at afskaffe de juridiske bestemmelser, der, selv om de aldrig var blevet gennemført, tidligere tillod amtslige myndigheder at tilbageholde narkomaner i behandling. Og sidste år i juni gav Italien i en ministeriel forordning i overensstemmelse med den nationale narkotikaplan og med det formål at forbedre abstinensbehandling de private behandlingsinstitutioner ret til at attestere stofafhængighed. Som følge heraf kunne narkotikabehandlingscentre indlægge beboere direkte fra alle egne i landet og — med tilladelse gennem en afhængighedsattest — kræve, at narkomanens lokale SerT (narkotikatjeneste) skal betale for den givne behandling. Efter ændringen af den italienske forfatning, ifølge hvilken ansvaret for sundhed og social omsorg blev flyttet fra centraladministrationen til de regionale administrationer, besluttede forfatningsdomstolen imidlertid, at forordningen var forfatningsstridig, fordi den vedrørte et regionalt spørgsmål. I Norge overtog staten ejerskabet af og ansvaret for driften af hospitalerne i 2002, og ansvaret for lavtærskelsundhedstjenester og medicinsk støttet rehabilitering af stofmisbrugere ligger hos sundhedsministeriet. Amtets ansvar for specialiserede sundhedstjenester for stofmisbrugere vil overgå til staten i 2004, og socialministeriet har foreslået, at amtets ansvar for de specialiserede sociale institutioner og tilbuddene til stofmisbrugere overgår til kommunerne fra 2004. Formålet er at give stofmisbrugerne adgang til et mere omfattende og kohærent omsorgs- og behandlingssystem.

I Østrig er der problemer med at leve op til de sundhedsrelaterede initiativer, der kræves i artikel 11 i loven om narkotiske stoffer. Officielt skal indsatsen rettes mod elimineringen af (den organiserede) narkotikahandel, men til trods herfor drejer en stor del af lovovertrædelserne sig om brug af cannabis, for hvilken distriktssundhedsmyndighederne som regel — under artikel 11 — ordinerer sundhedsrelaterede initiativer. Som følge heraf har narkotikabehandlingscentrene ikke tilstrækkelige ressourcer til at efterkomme behovet og er ude af stand til at leve op til deres ansvar.

Overvågning af narkotikahandelen

Med henblik på at øge sikkerheden er der i en række lande indført lovændringer, der skal sikre bedre overvågning af handlere og brugere. I Danmark trådte en ny lov i kraft i juni 2002, der stiller krav til udbydere af telekommunikationstjenester om at registrere og i et år opbevare alle telekommunikations- og internetkommunikationsdata, som kan være relevante for politiets efterforskning. Med en dommerkendelse i hånden kan politiet nu ved hjælp af edb-programmer eller andet udstyr aflæse ikke-offentlige data, der ligger på computere. Tilsvarende i Portugal, hvor der blev indført en lov i januar 2002, der medfører specielle forholdsregler (på områder som bevisindsamling, informationsfortrolighed og konfiskering af aktiver) i kampen mod den organiserede økonomiske kriminalitet og andre alvorlige forbrydelser, herunder narkotikahandel. I Finland har en ændring af

politiloven givet politiet ret til at skaffe sig oplysninger via telekommunikationsudstyr (f.eks. i tilfælde, hvor der er mistanke om narkotikarelateret kriminalitet) og til at foretage teknisk overvågning. I 2002 fremlagde regeringen en tvangslov, som skal give udvidede muligheder for telefon- og kommunikationsovervågning, dog er de nærmere detaljer endnu ikke er fastlagt.

I januar 2002 blev de kriminalretretlige procedurer i Nederlandene ændret, så det ud over søgning i kropshuler er tilladt at tage røntgenbilleder og foretage ultralydsskanning af enhver, der er mistænkt for at have slugt små pakker narkotika — forudsat, at disse undersøgelser udføres af en læge. Teknikkerne til opdagelse af brugere er også øget, og sidste sommer blev Det Forenede Kongeriges narkotikatestpilotprogram i England og Wales udvidet. Med denne ordning er det tilladt at tage prøver fra voksne i politiets varetægt, som er anklaget for en »udløserforbrydelse« (primært berigelses- og narkotikakriminalitet), for at teste dem for heroin og kokain. De, der testes positive, får tilbud om at tale med en arresthenvisningsmedarbejder for en vurdering med henblik på behandling, og narkotikatestresultaterne er gjort tilgængelige for domstolene til hjælp for kautions- og domsafgørelser. De første pilotresultater blev offentliggjort i marts 2003. Narkotikatestningen udvides i 2003 med 30 såkaldte »Police Basic Command Units« (politienheder inden for et politiområde) på områder med alvorlig kriminalitet i Det Forenede Kongerige.

Skridt til begrænsning af overtrædelser af den offentlige orden

I løbet af det seneste år er der i visse medlemsstater truffet lovgivningsmæssige foranstaltninger med henblik på at minimere stofbrugens sociale følgevirkninger ved at indføre strengere kontrol med den offentlige orden og offentlig ulempe.

Den irske strafferetslovgivning (om offentlig orden) fra 2002 blev indført med henblik på at styrke loven fra 1994 vedrørende den offentlige orden. Personer, der er dømt i henhold til 1994-loven for overtrædelse af den offentlige orden, herunder offentlig indtagelse af rusmidler (ved narkotikabrug), og som kan bringe sig selv eller andre i fare, kan få udstedt et tilhold, der forbyder dem adgang til eller ophold på visse etablissementer, herunder værtshuse, dansesteder eller steder, der serverer mad.

I Det Forenede Kongerige blev afdeling 8 i stofmisbrugsloven, som gælder for individuelle indehavere og bestyrere af visse typer af etablissementer, ændret til at omfatte ulovlig indtagelse af ethvert kontrolleret stof (hvor den tidligere kun omfattede rygning af cannabis eller opium) med henblik på komme de såkaldte »crack houses« til livs. Der er imidlertid tale om brede beføjelser, og regeringen har efterfølgende besluttet, at paragraf 8-forslagene ikke er tilstrækkeligt effektive til at tackle dette problem. Derfor vil regeringen indføre ny lovgivning, i form af en lov om antisocial adfærd, som er rettet mod steder i stedet for personer, og som vil gøre det muligt for politiet, i samråd med de lokale myndigheder, at lukke »crack houses« inden for 48 timer. Det Forenede Kongerige har således ikke til hensigt at gennemføre ændringen af afdeling 8, litra d), på nuværende tidspunkt, selv om dette kan blive tilfældet, hvis foranstaltningerne i loven om antisocial adfærd ikke viser sig at være tilstrækkeligt effektive i løbet af de næste to år.

I Nederlandene gav »Victorialoven« i 1997 borgmestrene ret til at lukke etablissementer, hvor brug af eller handel med stoffer forårsager offentlige gener. Da lukningen af bygninger kan have en negativ effekt på et lokalområdes fremtræden og sociale struktur, gav den nye »Victorialov« af maj 2002 myndighederne tilladelse til at overdrage de lukkede bygninger, f.eks. ved at give nye lejere tilladelse til at rykke ind. I byen Venlo sigter et 4-årigt pilotprojekt med deltagelse af politi, anklagemyndighed og bystyret mod at inddæmme de negative konsekvenser af de mange besøgende narkoturister, som køber cannabis på cafeer og restauranter uden bevilling. I juli 2002 gjorde borgmesteren i Rotterdam brug af de beføjelser, der er nedfældet i kommunalloven, og udstedte personligt et 6-måneders forbud mod omkring 50 narkomaner, som generede beboerne i et lokalområde. En regional domstol fandt imidlertid, at selv om borgmesteren havde ret til at bekæmpe offentlig ulempe, var et 6-måneders forbud for lang tid og ikke retfærdigt: til trods herfor vil bystyret i Rotterdam fortsætte sin forbudspolitik.

I juni 2001 trådte en lov i kraft i Danmark, der forbyder besøg i visse etablissementer. Formålet med loven er at kunne skride mere effektivt ind over for cannabisklubber og andre typer af organiseret kriminalitet, der finder sted i lokalerne og vækker bekymring blandt naboerne. Loven tillader politiet — efter forudgående advarsel — at udstede et 3-måneders tilhold til ejeren af et sådant etablissement, der forbyder gæster at færdes på stedet. Overtrædelse af et tilhold straffes med bøde. Ved gentagne overtrædelser kan der straffes med fængsel i op til 4 måneder.

Udviklingen på EU-plan

I november 2002 offentliggjorde Europa-Kommissionen en meddelelse om midtvejsevalueringen af EU's handlingsplan for bekæmpelse af narkotikamisbrug (2000-2004) ([100]). Formålet med denne midtvejsevaluering var at evaluere gennemførelsen af handlingsplanens aktiviteter. Da EU's handlingsplan omfatter aktiviteter, som skal gennemføres af medlemsstaterne, Europa-Kommissionen, EONN og

([100]) KOM(2002) 599 endelig.

Europol, var midtvejsevalueringen baseret på supplerende værktøjer, herunder medlemsstaternes svar på et spørgeskema samt et opfølgningsskema over Kommissionens, EONN's og Europols resultater. Disse blev suppleret af resultaterne af ekspertvurderingen af retshåndhævelsen i medlemsstaterne og information om narkotikarelaterede initiativer på EU-plan. Meddelelsen sammenfattede resultaterne på hvert af handlingsplanens områder og fremhævede de områder, hvor der krævedes fremskridt på samtlige niveauer.

Kommissionen anerkendte de hidtil opnåede resultater, men understregede samtidig, at der stadig er et stort stykke arbejde, der skal gøres, herunder udvikling af systemer til evaluering af nationale aktiviteter og EU-aktiviteter. Den understregede også behovet for et tæt samarbejde med kandidatlandene med henblik på at sikre disses fremtidige bidrag til Den Europæiske Unions narkotikastrategi. Dokumentet fastlægger metodologiske grundlag for den endelige evaluering. Kommissionen foreslog især at følge evalueringsprocessen med støtte fra en styregruppe bestående af repræsentanter for Kommissionen, Europa-Parlamentet, Rådets formandskab, Europol og EONN. Denne styregruppe vil hjælpe med at skabe rammerne for den endelige evaluering. Som en del af den endelige evaluering vil EONN sammenligne de tilgængelige data på narkotikaområdet i 2004 med den 1999-baseline, den producerede i samarbejde med Europol. EONN vil ligeledes hjælpe Kommissionen med at implementere den anden Eurobarometer-undersøgelse om unges holdninger til narkotika og ajourføre opfølgningsskemaet over EONN's aktiviteter. Det er værd at bemærke, at ifølge en særlig Eurobarometer-undersøgelse, kaldet »Attitudes and opinions of young people in the European Union on drugs« (2002) (EU-ungdommens indstilling og holdning til narkotika) ([101]), er de to mest effektive måder at tackle narkotikarelaterede problemer på i Europa at iværksætte skrappere forholdsregler mod narkotikahandlere og -smuglere (støttet af 59,1 % af prøvedeltagerne, EU-15) og bedre behandling og rehabiliteringstjenester for stofbrugere (støttet af 53,2 %, EU-15) ([102]).

Rådet for Den Europæiske Union har ligeledes vedtaget en gennemførelsesplan, som indeholder de foranstaltninger, der skal træffes i forbindelse med syntetisk narkotika, samt en række spørgsmål vedrørende forsyningen af syntetisk narkotika, som skal behandles nærmere af Den Europæiske Union i de kommende år. Planen omfatter foranstaltninger til tackling af de identificerede problemer og definerer de organer, som skal gå videre med arbejdet inden for de fastsatte tidsfrister.

Den 28. februar 2002 traf Det Europæiske Råd afgørelse om kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger med hensyn til den nye syntetiske narkotika, PMMA. PMMA er ikke i øjeblikket opført på nogen af listerne i De Forenede Nationers Konvention af 1971 om psykotrope stoffer, men som følge af denne beslutning er PMMA nu underlagt kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger i medlemsstaterne ([103]).

En anden vigtig udvikling er Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse Nr. 1786/2002/EF af 23. september 2002 om vedtagelse af et program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008) ([104]). Målene for programmet er:

- højnelse af informations- og vidensniveauet på sundhedsområdet med henblik på at udbygge folkesundheden
- forbedring af mulighederne for hurtig og koordineret reaktion på sundhedsrisici
- sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse både gennem aktioner vedrørende sundhedsdeterminanter og aktioner på tværs af alle Fællesskabets politikker og aktiviteter.

Dette program vil blandt andet støtte indførelsen af overvågnings- og hurtige reaktionssystemer og aktioner på området sundhedsdeterminanter. Begge områder bør tillade opfølgende initiativer iværksat af interessegrupper i medlemsstaterne i sammenhæng med fællesskabsprogrammet vedrørende forebyggelse af narkotikamisbrug inden for rammerne af indsatsen på folkesundhedsområdet (1996-2000, udvidet til 2002).

I 2002 stillede Europa-Kommissionen også nogle forslag på narkotikaområdet, som blev drøftet af Rådet i rapporteringsperioden (marts 2003): det ene er relateret til nedbringelse af risiciene ved narkotikamisbrug, det andet til prækursorer til fremstilling af narkotika ([105]).
I december indgik Det Europæiske Fællesskab en aftale med Republikken Tyrkiet om prækursorer og kemiske stoffer, der ofte anvendes i forbindelse med ulovlig fremstilling af narkotika og psykotropiske stoffer ([106]).

([101]) Se http://europa.eu.int/comm/public_opinion/archives/eb/ebs_172_en.pdf

([102]) Holdninger og synspunkter blandt unge i alderen 15-24 år i en repræsentativ EU-undersøgelse.

([103]) 2002/188/RIA: Rådets afgørelse af 28. februar 2002 om kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger med hensyn til den nye syntetiske narkotika PMMA (EFT L 63 af 6.3.2002, s. 14). Forslag til Rådets afgørelse om definition af PMMA som en ny form for syntetisk narkotika, der skal underlægges kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger (KOM(2001) 734 endelig).

([104]) Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1786/2002/EF af 23. september 2002 om vedtagelse af et program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008) (EFT L 271 af 9.10.2002, s. 1-12).

([105]) Forslag til Rådets henstilling om forebyggelse af narkotikamisbrug og reduktion af de med misbruget forbundne risici (KOM/2002/0201 endelig). Forslag til Europa-Parlamentets og Rådets forordning om narkotikaprækursorer (KOM(2002) 494 endelig, EFT C 20 af 28.1.2003, s. 160-170).

([106]) Aftale mellem Det Europæiske Fællesskab og Den Tyrkiske Republik om prækursorer og kemiske stoffer, der ofte anvendes til ulovlig fremstilling af narkotika eller psykotrope stoffer (EUT L 64 af 7.3.2003, s. 30-35).

Forebyggelse

Forebyggelse inddeles ofte i »overordnet« forebyggelse (rettet mod børn og unge i almindelighed med en målsætning om intet brug) og »specifik« eller »målrettet« forebyggelse (rettet mod særlige højrisikogrupper). Sidstnævnte drøftes i kapitel 3 (s. 63). Skoler udgør den foretrukne ramme for overordnede forebyggelsesforanstaltninger, fordi dette miljø sikrer langsigtet og varig tilgang til store grupper af unge mennesker. Et nyt forskningsprojekt om god praksis i det skolebaserede præventive arbejde, finansieret af Europa-Kommissionen ([107]), er kommet med forslag til skolebaserede forebyggelsesprogrammer såvel som til de nødvendige rammer: skolepolitik og skolemiljø. Der trækkes på en bred vidensbase fra den internationale litteratur, der afdækker de metoder, som ser mest lovende ud, eller som har vist sig effektive ([108]).

I alle medlemslande indgår forebyggende aktivitet i skolernes læseplaner i den forstand, at emnet »narkotika« på en eller anden måde skal behandles, men det behøver ikke at betyde andet, end at lærerne eller politiet giver information om stoffer og risici. En rent informativ og ustruktureret indføring har vist sig at være ineffektiv (Hansen, 1992; Tobler, 2001). Kun enkelte medlemslande har nationale planer for den skolebaserede forebyggelse, der detaljeret beskriver, hvilke skridt der skal gøres (og hvilke, der skal undgås) og af hvem ([109]). Andre lande foretrækker imidlertid at udvikle planer på kommunalt eller ministerielt niveau, hvori den skolebaserede forebyggelse er integreret ([110]). Endnu færre medlemsstater har klare standarder for indholdet af den skolebaserede forebyggelse (kun obligatorisk i Irland og Det Forenede Kongerige) ([111]). EU-landene er imidlertid begyndt at vedkende sig behovet for at tilbyde forebyggelsesforanstaltninger af høj kvalitet i stedet for blot at gentage betydningen af forebyggelse i deres nationale strategier. Sverige er et af de få lande, der erkender, at dets skolebaserede forebyggelse »meget ofte har været gennemført ved hjælp af metoder, som ifølge forskningen giver begrænset eller intet resultat, mens effektive metoder sjældent har været anvendt« (Skolverket, 2000), og at manglen på kvalitetskontrol har ført til en situation, »hvor den enkelte skoleforstander suverænt selv har kunnet beslutte, hvordan narkotikaundervisningen skulle gennemføres«. Nu rettes fokus for hele strategien i stedet mod »regulære programmer baseret på evaluerede, effektive metoder«. Tilsvarende i Frankrig »har den relative stilhed … i love og bekendtgørelser og den tidlige inddragelse af foreninger … givet sig udslag i en mangfoldighed af aktive deltagere i forebyggelsen, … uden at der er nogen model eller handlingsteori, der bliver pålagt eller specifikt anbefalet« (fransk national rapport). Denne beskrivelse kunne i virkeligheden gælde langt flere medlemsstater. I modsætning hertil har Spanien, Irland og Det Forenede Kongerige udviklet en klar kvalitetskontrol og orientering i deres forebyggelsespolitikker, der er evidensbaseret, og de har til hensigt at styrke dette fokus yderligere ([112]). Hertil kommer, at der nu indføres strengere kvalitetskrav i Portugal.

Systematisk kortlægning og dokumentation af programmerne som hjørnestene i kvalitetsforbedringen ([113]) bliver vigtigere. På det seneste har Danmark, Tyskland og Portugal iværksat pilotprojekter til udvikling af overvågningssystemer i lighed med dem, der allerede findes i Belgien, Grækenland, Spanien, Frankrig, Nederlandene og Det Forenede Kongerige.

Ændrede læseplaner (dvs. formelle forebyggelsesprogrammer med detaljeret indhold og oplæg til lektionsplaner) er ifølge eksisterende viden (Tobler, 2001) den nyttigste måde at levere effektiv forebyggelse på en kontrolleret måde, der samtidig også giver mulighed for evaluering af både proces (god formidling) og resultater (gode resultater). Andelen af skoler, der er omfattet af sådanne læseplaner, er i visse medlemslande relativt lille. Enten fordi de nødvendige informationssystemer mangler (Tyskland, Italien), eller fordi man foretrækker en ikke-læseplansbaseret behandling af det forebyggende arbejde i skolernes dagligdag (Østrig og Finland) ([114]) ([115]).

Da det er et relativt veldefineret begreb, er skolebaseret forebyggelse det mest tilgængelige område for kortlægning og kvantificering af omfanget af den forebyggende indsats. I den henseende er informationssystemerne i EU begyndt at give resultater, mens informationerne på andre vigtige områder stadig trænger til at blive struktureret og forbedret ([116]).

Forebyggelse på lokalplan er på den anden side et meget sammensat begreb, delvis fordi det pr. definition er decentraliseret. Det eneste fælles træk over hele Europa er

([107]) Se http://www.school-and-drugs.org
([108]) Se *Fokus på narkotika* nr. 5 på http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DA.pdf
([109]) Se figur 38 OL: Nationale planer for skolebaseret forebyggelse (onlineversion).
([110]) Se figur 39 OL: Organisation af det forebyggende arbejde (onlineversion).
([111]) Se tabel 3 OL: Oversigt over politikker og rammer for forebyggelse (onlineversion).
([112]) Se *Fokus på narkotika* nr. 5 på http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DA.pdf
([113]) Se *Fokus på narkotika* nr. 5 på http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DA.pdf
([114]) Se *Fokus på narkotika* nr. 5 på http://www.emcdda.org/multimedia/publications/Policy_briefings/pb4_6/pb_05_DA.pdf
([115]) Se tabel 4 OL: Primære kvantitative parametre for forebyggelsesprogrammer (onlineversion).
([116]) Se tabel 5 OL: Forebyggelsesprogrammer i skoler og børnehaver (onlineversion).

selve rammen: »fællesskab«. Indsatsen er baseret på generelle aktiviteter (såsom personaleundervisning og uddannelse af undervisere), strukturelle foranstaltninger (udvikling af lokale politikker og netværk samt inddragelse af beslutningstagere) og specifikke handlinger som tilvejebringelse af lokale centre til forebyggelse af narkotikamisbrug og marginalisering (Frankrig) eller forældrepatruljer/«natteravne« (Danmark, Sverige og Norge) ([117]). Aktiviteterne er ikke nødvendigvis organiseret af grupper i lokalområdet, men kan — som eksempelvis i Luxembourg — være styret ovenfra og ned af et nationalt organ med ansvar for iværksættelse af projekter, herunder opmærksomhedsskabende programmer vedrørende narkotika. Ofte savnes der et solidt grundlag og et klart defineret mål. Kun i Grækenland er målene og strukturen i lokalstyrede projekter underlagt en vis form for overvågningsproces. Med undtagelse af Luxembourg og Irland er der ikke meldt om væsentlige evalueringer.

Selv om den ofte nævnes som et nøgleelement i nationale strategier, synes den familiebaserede forebyggelse at være udviklet på et uensartet, intuitivt og improviseret grundlag uden nogen betydende erfaring eller bevisbase. Et hyppigt træk er træning af forældre i forældrefærdigheder og/eller informationsformidling (Belgien, Danmark, Tyskland, Frankrig, Italien, Portugal og Norge). Kun i Irland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige er der indført fokuserede projekter, som henvender sig til risikofamilier og koncentrerer sig om socialt belastede kvarterer. Spanien har imidlertid udarbejdet en systematisk og udtømmende oversigt over familiebaseret forebyggelsespraksis ([118]), mens Grækenland ligeledes har udviklet velorganiserede og veldokumenterede familieprojekter i hele landet.

Indtil nu har det været umuligt at sammenligne, hvor mange penge de forskellige medlemsstater bruger på det forebyggende arbejde — selv hvis man kun ser på de ressourcer, der anvendes på den skolebaserede forebyggelse.

På trods af at det kun i få tilfælde kan påvises, at kampagner i massemedierne har den ønskede virkning på forbrugsadfærden, når de anvendes alene, (Paglia og Room, 1999), og selv om man tager de betydelige udgifter i forbindelse hermed i betragtning, er sådanne kampagner ofte vigtige grundelementer i forebyggelsesstrategierne.

Skadesreduktionsinitiativer

Foranstaltninger, der skal minimere narkotikarelaterede sundhedsskader, nedbringe antallet af dødsfald og afbøde de offentlige gener ([119]), er blevet en fast bestanddel af mange nationale narkotikastrategier og er en klar politisk prioritet i de fleste EU-lande ([120]). Indførelse af skadesreduktionsaktiviteter beskrives af de nationale knudepunkter som »særdeles vigtig«, »af central betydning«, »grundlæggende«, »en prioritet« eller »en central del af vores nationale narkotikastrategi«.

Sprøjtebytteordninger, opsøgende initiativer og lavtærskeltilbud udvikles fortsat og har i visse lande bredt sig til at omfatte grundlæggende sundhedsforsorg, vaccinationer, uddannelse i mere »sikker brug«, krisehjælp ved overdoser, førstehjælpskurser for narkomaner eller overvågede brugerrum. Tabel 2 viser en oversigt over udvalgte skadesreduktionsinitiativer i EU-medlemsstaterne og Norge. Øget geografisk dækning af sprøjtebytteordninger er blandt de vigtigste foranstaltninger til reduktion af injektionsrelateret smitte. Andre tiltag er generelt mindre udbredte og præsenteres her som »indikatorer« for orienteringen i narkotikatjenesternes indsats over for marginaliserede stofbrugeres basale sundhedsbehov. I alle lande yder narkotikabehandlingsinitiativer, navnlig substitutionsprogrammer ligeledes et vigtigt bidrag til at begrænse helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug.

([117]) Yderligere oplysninger om »natteravnene« findes på side 63.

([118]) http://www.mir.es/pnd/publica/pdf/intervencion_familiar.pdf

([119]) Se EONN's årsberetning 2002; EONN *Fokus på narkotika* nr. 4; Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug (Cordrogue 32).

([120]) Se tabel 6 OL: Skadesreduktionens rolle (onlineversion).

Tabel 2: Geografisk dækning af sprøjtebytteordninger og adgangen til andre udvalgte sundhedstjenester for stofbrugere i EU-medlemsstaterne og Norge

Land	Geografisk dækning af sprøjtebytteordninger (1)	Lavtærskelforsorg (2)	Uddannelse i sikker brug (3)	Førstehjælpskurser for stofbrugere (4)	Overvågede brugerrum	Heroin på recept
Belgien	> 40 steder, større byer		Ja	Ja		Forsøg til debat
Danmark	10 af 14 amter		Ja	Ja		
Tyskland	Næsten alle byer	Ja	Ja	Ja	20 faciliteter i 11 byer	Treårig medicinsk uddannelse startet i 2002
Grækenland	Athen	Ja	Ja	Ja		
Spanien	18 af 19 regioner, fængsler	Ja	Ja	Ja	2 faciliteter	Forsøg i Andalusien og Cataluña
Frankrig	87 af 100 departementer	Ja	Ja	Ja		
Irland	20 steder og ambulatorier, primært Dublinområdet		Ja			
Italien	SerT og ngo'er i »mange byer«; automater i mindre byområder	Ja		Ja		
Luxembourg	Specialiserede tjenester i tre større byer; automater i fem byer	Ja	Ja	Ja	1 (planlagt)	Retsgrundlag etableret
Nederlandene	> 95 % af de større byer	Ja	Ja	Ja	21 brugerrum i 11 byer	Randomiserede kliniske test fuldført; 300 klienter i fortsat behandling
Østrig	13 byer i de fleste delstater	Ja	Ja	Ja		
Portugal	National dækning via apoteksbaseret program sprøjtebytteordning/opsøgende netværk under etablering	Ja	Ja	Ja	Juridisk mulig, ikke planlagt	
Finland	Over 70 % af byer > 50 000 indbyggere, plus fem mindre byer	Ja	Ja	Ja		
Sverige	Malmö og Lund			Ja (ved sprøjtebytteordninger)		
Det Forenede Kongerige	Større programmer i de fleste engelske og skotske byer; sprøjtebytteordninger startet i Nordirland i 2001		Ja	Ja	Henstilling fra indenrigsministeriets udvalg med særlige undersøgelsesopgaver er ikke støttet af indenrigsministeren	Begrænset, heroinreceptordning. Udvidelse foreslået af udvalg med særlige undersøgelsesopgaver (og principgodkendt af regeringen)
Norge	Oslo siden 1988 og de fleste større kommuner	Ja		Ja		

(1) Se tabel 7 OL: Tilvejebringelse og typer af sprøjtebytteordninger, inddragelse af apoteker, antal distribuerede/solgte sprøjter (onlineversion).
(2) Mindst et medicinsk lavtærskeltilbud.
(3) Mindst en tjeneste tilbyder regelmæssige kurser i mere sikker brug.
(4) Løbende førstehjælpskurser for stofbrugere i mindst én by.
Se tabel 11 OL: Strategier og udvalgte initiativer til nedbringelse af narkotikarelaterede dødsfald i EU-medlemsstaterne og Norge.

Forebyggelse af smitsomme sygdomme

Der findes sprøjtebytteordninger i alle lande, men den geografiske dækning er stærkt begrænset i Sverige og Grækenland. I Sverige er der for nylig stillet forslag om at fortsætte de to eksisterende ordninger og om at udvide nålebytteordningerne til at omfatte hele landet. I mange andre lande er adgangen til sterilt injektionsudstyr blevet bedre, og der er opnået bedre dækning i landdistrikterne gennem opstilling af salgsautomater og ved at inddrage apotekerne ([121]).

Hiv

Tilbud om frivillig rådgivning og hiv-test (VCT) er almindeligt tilgængelige i alle EU-lande, og som regel er de gratis ([122]). Indsatsen for at nå de narkomaner, der er »svære at få i tale«, og opfordre dem til at gøre brug af VCT gennem nye lavtærskeltilbud og opsøgende arbejde er intensiveret, men adgangen til gratis test med fuld anonymitet er fortsat begrænset i en række lande.

Standardkombinationsbehandling af hiv-infektion (HAART) ([123]) tilbydes af sundhedssystemerne i alle EU-lande, men der kan konstateres alvorlige problemer både i relation til adgangen til og samarbejdsviljen hos de hiv-smittede narkomaner. Aktive narkomaner er ikke særligt godt inddraget i hiv-behandling, og det gælder navnlig de hjemløse eller narkomaner, der fører et ustabilt liv. Af andre forhindringer kan nævnes holdninger blandt behandlerne samt mangel på information blandt narkomanerne om det drastiske fald i sygeligheden og dødeligheden, der kan opnås gennem behandling. Visse lande (f.eks. Belgien, Tyskland, Østrig, Portugal og Finland) har indført nye tiltag, som f.eks. at yde hiv-behandling i narkotikatjenester og lavtærskeltilbud eller ændre måder for uddeling af medicin, så de passer til klienternes livsstil, men det er fortsat en udfordring at få narkomanerne til at søge behandling og gennemføre den.

Hepatitis B

For tiden indføres gratis vaccinationskampagner mod hepatitis B i visse lande ([124]). Der er også indført mere proaktive tilbud om vaccination hos narkotikatjenester, ligesom narkotikatjenesterne har søgt at gøre vaccination mere tilgængelig for stofbrugere via kontaktpunkter for højrisikogrupper. Pilotprogrammer i Tyskland, Nederlandene og Østrig har haft succes med at øge vaccinationsraterne. Kombineret vaccination mod hepatitis virus A og B anbefales for narkomaner (BAG, 1997).

Selv om vaccinationerne findes og er dækket af sundhedssystemerne i de fleste lande, er de indberettede vaccinationsrater lave.

Det er ikke sikkert, narkomanerne forbliver længe nok i kontakt med en behandlingstjeneste til at fuldføre vaccinationsforløbet og opnå fuld immunitet. De løsninger, der har været afprøvet på dette problem, har blandt andet været at give vaccine på forskellige tjenester, hurtige behandlingsforløb med store doser vaccine og specialiserede lettilgængelige ordninger.

Hepatitis C

Behandling for hepatitis C tilbydes i alle lande, men i praksis er adgangen besværlig for stofbrugere (Wiessing, 2001). Ifølge de eksisterende retningslinjer bør narkomanerne først behandles, når de er stoffri eller har deltaget stabilt i oral substitutionsbehandling i mindst et år, fordi der er risiko for fornyet smitte blandt aktive brugere. Mange lande melder om begrænset adgang til behandlingen eller ringe gennemførelsesprocent ([125]). Nye muligheder for at forbedre optagelsen og gennemførelsesprocenten blandt narkomanerne inkluderer pegyleret interferon, som medfører et mindre krævende system og udvikling af evidensbaserede retningslinjer for behandling.

Der findes kun et fåtal nationale handlingsplaner for nedbringelse af smitte med hepatitis C-virus. Der er i flere lande indført undervisning i mere sikker brug og informations- og bevidsthedskampagner for narkomaner. I nogle lande er der indført fængselsprogrammer, der skal skabe større opmærksomhed om infektionssygdomme, og der er bestræbelser i gang for at øge kendskabet til hepatitis C-forebyggelse blandt ansatte, der arbejder med narkomaner.

Reduktion i antallet af narkotikarelaterede dødsfald

I hele EU og Norge registreres der hvert år ca. 8 000 akutte narkotikarelaterede dødsfald, hvoraf størsteparten er unge mennesker. Omkostningerne for samfundet ved narkotikarelaterede dødsfald kommer endnu tydeligere til udtryk, hvis de gøres op i antal »mistede leveår« ([126]). Omkostningerne ved narkotikarelaterede dødsfald i England og Wales i 1995 udgjorde således 70 % af omkostningerne ved dødsulykker i trafikken (ACMD, 2000).

([121]) Se tabel 7 OL: Tilvejebringelse og typer af sprøjtebytteordninger, inddragelse af apoteker, antal distribuerede/solgte sprøjter. (2001-data findes i tabel 8 OL i årsberetningen for 2002 på: http://ar2002.emcdda.eu.int/en/popups/oltab08-da.html).

([122]) Se tabel 8 OL: Tilbud om frivillig hiv-rådgivning og testning samt behandling (onlineversion).

([123]) Stærkt aktiv anti-retrovirbehandling.

([124]) Se tabel 9 OL: Tilbud om hepatitis B-vaccination (HBV) for injektionsmisbrugere i nogle europæiske lande (onlineversion).

([125]) Se tabel 10 OL: Behandling af intravenøse stofbrugere, som er smittet med hepatitis C (onlineversion).

([126]) Mistet levetid i år: baseret på den alder, enhver person ville forventes at leve, hvis han eller hun ikke var død som følge af narkotikabrug (ACMD, 2000, s. 56).

Undersøgelser peger på, at der er et stort potentiale for at nedbringe antallet af døde ad medicinsk og uddannelsesmæssig vej ([127]). Stigende adgang til substitutionsbehandling, som reducerer dødeligheden væsentligt (WHO, 1998), har vist sig at have sammenhæng med en nedbringelse af antallet af døde som følge af overdoser i Frankrig og Spanien. Men også et faldende antal intravenøse stofbrugere i Spanien kan være en væsentlig del af forklaringen (EONN, 2002a). Uddannelsesprogrammer for stofbrugere med henblik på at identificere risici, genkende tegn på overdoser og reagere korrekt, har haft en positiv effekt på narkomanernes evne til at hjælpe, når de bliver vidne til en overdosis.

Lokale strategier for nedbringelse af antallet af døde ved overdoser i Oslo, København, Amsterdam og Frankfurt har været emne for en undersøgelse, som konstaterede, at selv om de eksisterende niveauer og mønstre for stofbrug sætter grænser for, hvad der er opnåeligt, kan lokale responspolitikker medvirke til at reducere antallet af døde (Reinås *mfl.*, 2002).

En reduktion i antallet af narkotikarelaterede dødsfald, som er en central målsætning i mål 2 i EU's narkotikastrategi (2000-04), anses i stigende grad for at være et opnåeligt mål. Det indgår som en prioritet i de nye nationale narkotikastrategier i Tyskland, Grækenland, Irland, Luxembourg, Portugal, Finland og Det Forenede Kongerige. Der er også eksempler på lokale strategier for reduktion i antallet af dødsfald som følge af overdoser ([128]).

Informationsmateriale om forebyggelse af overdoser er tilgængeligt i de fleste lande. Undervisning af narkomaner i basale genoplivningsmetoder tilbydes af narkotika- og sundhedstjenester, men den geografiske dækning af disse førstehjælpskurser er ofte begrænset til de større bycentre ([129]).

I visse lande uddeles der en opiatantagonist, naloxon, med det formål at nedbringe antallet af heroinoverdoser (Sporer, 2003). I Italien uddeler mange Unità de Strada (gadenarkotikatjenester) naloxon til narkomanerne. Stoffet kan gives som en midlertidig akutforanstaltning, mens der ventes på lægehjælp. En pilotundersøgelse i Berlin over kombineret førstehjælpsundervisning og uddeling af naloxon viste, at der er en stigende evne til at reagere hensigtsmæssigt i akutsituationer, og at der er i langt de fleste tilfælde er tale om en medicinsk forsvarlig brug af antagonisten (93 %) (Dettmer, 2002). Samme undersøgelse pegede også på, at naloxon kan være relevant for akutsituationer i hjemlige omgivelser.

Overdosisdødsfald på offentlige steder har været en særlig kilde til bekymring i europæiske byer med store, åbne narkotikamiljøer. I nogle tyske og spanske byer er der indført overvågede faciliteter for indtagelse, som henvender sig til de ofte marginaliserede grupper i de åbne narkotikamiljøer. Overvågede brugerrum findes også i Nederlandene. De yder blandt andet akut førstehjælp i tilfælde af overdoser. En undersøgelse af fixerum i Tyskland (Poschadel *mfl.*, 2003) viste, at disse bidrog signifikant til en reduktion i antallet af narkotikarelaterede dødsfald på byplan og forbedrede adgangen til yderligere sundheds- og behandlingstilbud for problematiske stofbrugere, som ikke blev nået på anden vis.

Behandling

Medicinsk støttet behandling og stoffri behandling er de to primære behandlingsformer i relation til illegal stofbrug. Medicinsk støttet behandling tilbydes næsten udelukkende ambulant, mens stoffri behandling kan ydes stationært eller ambulant. I EU anvendes der i praksis kun agonister (f.eks. metadon) eller kombinerede antagonister/agonister (f.eks. buprenorphin) ved langvarig behandling, mens antagonister (f.eks. naloxon) kan anvendes i forbindelse med abstinensbehandling.

Medicinsk støttet behandling

Metadon er det klart mest benyttede substitutionsstof. Buprenorphin, som i årevis har været anvendt som det mest benyttede substitutionsstof i Frankrig, ordineres også af alment praktiserende læger i Portugal og Luxembourg. Sverige forbereder restriktioner på receptudskrivning af buprenorphin, og i Finland har misbrug af buprenorphin skabt efterspørgsel efter behandling — med enkelte indberettede dødsfald forbundet med misbrug af buprenorphin og beroligende midler. På nuværende tidspunkt benyttes buprenorphin i væsentligt mindre omfang end metadon i Belgien, Danmark, Tyskland, Grækenland, Spanien, Østrig og Det Forenede Kongerige.

Der har eksisteret informationer om antallet af personer i substitutionsbehandling i nogle år (Farell *mfl.*, 1996, 2000), og det er nu muligt at følge udviklingen på området. Tabel 3 sammenligner informationer om substitutionsbehandling indberettet i 1997/1998 med de seneste informationer fra medlemslandene. Tabel 3 viser, at der har været en markant stigning i den generelle

([127]) Der er foretaget undersøgelser af toksikologiske aspekter, sociale og personlige sammenhænge og risici, og de omstændigheder, hvorunder dødelige og ikke-dødelige overdoser finder sted, f.eks. Varescon-Pousson *mfl.* (1997), Hariga *mfl.* (1998), Seaman *mfl.* (1998), Villalbi og Brugal (1999), ACMD (2000), Ferrari *mfl.* (2001), Lepère *mfl.* (2001), Brugal *mfl.* (2002), Buster (2002), Kraus og Püschel (2002), Origer og Delucci (2002) og Pant og Dettmer (2002).
([128]) Tabel 11 OL: Strategier og udvalgte initiativer til nedbringelse af narkotikarelaterede dødsfald i EU-medlemsstaterne og Norge (onlineversion).
([129]) Tabel 11 OL: Strategier og udvalgte initiativer til nedbringelse af narkotikarelaterede dødsfald i EU-medlemsstaterne og Norge (onlineversion).

Tabel 3: Udviklingen af substitutionsbehandling i de 15 EU-medlemsstater og Norge

	Skønnet antal indberettede personer i substitutions-behandling (1)		Ændring (%)
	1997/1998	2001/2002	
Belgien	6 617	7 000	5,8
Danmark	4 298	4 937	14,9
Tyskland (2)	45 300	49 300	8,8
Grækenland	400	1 060	165,0
Spanien	51 000	78 806	54,5
Frankrig	53 281	85 757	61,0
Irland	2 859	5 865	105,1
Italien	77 537	86 778	11,9
Luxembourg (3)	931	1 007	8,2
Nederlandene	13 500	13 500	0
Østrig	2 966	5 364	80,8
Portugal	2 324	12 863	453,5
Finland	200	400	100,0
Sverige	600	621	3,5
Det Forenede Kongerige (4)	28 776	35 500	23,4
Norge	204	1 853	808,3
Total	**290 793**	**390 611**	**34,3**

(1) For nogle lande henviser tallene til klienter og for andre lande til det skønnede antal pladser.
(2) For Tysklands vedkommende dækker tallene også over patienter, der får dihydrocodein, hvilket skønnedes at være ca. 8 800 patienter i 1998 og 3 700 patienter i 2000.
(3) Der var registreret henholdsvis 186 og 156 klienter i det statslige metadonprojekt i 1998 og 2001, mens henholdsvis 745 og 849 modtog substitutionsbehandling gennem praktiserende læger.
(4) Kun England og Wales.
Kilder: EONN's årsberetning for 1998 (med data fra 1997 eller tidligere nationale rapporter) og nationale rapporter fra 2001 og 2002.

tilgængelighed af medicinsk støttet behandling. Den samlede stigning udgør på EU-plan 34 % på ca. 5 år.

Samordinering af heroin

Nederlandene har allerede gennemført et forsøg med medicinsk samordinering af heroin, og resultaterne blev fremlagt i februar 2002 (http://www.ccbh.nl), Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts, 2002). Klienter, der deltog i forsøget, fik både metadon og heroin. Evalueringen viste, at klienterne i eksperimentgruppen oplevede betragtelige sundhedsmæssige fordele sammenlignet med kontrolgruppen, som fik ren metadonbehandling.

Mellem marts 2002 og februar 2003 gennemførte de tyske byer Bonn, Köln, Frankfurt, Hamburg, Hannover, Karlsruhe og München et heroin-støttet behandlingsprogram inden for rammerne af et videnskabeligt randomiseret og kontrolleret forsøg. I alt deltog 1 120 klienter i heroinforsøget, som vil blive nøje fulgt og evalueret af Center for tværfaglig misbrugsforskning i Hamburg (Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung), i to undersøgelsesperioder på hver 12 måneder (http://www.heroinstudie.de/).

I Spanien forbereder de autonome regioner Cataluña og Andalusien forsøg med samordinering af heroin. I Barcelona (Cataluña) vil den samlede undersøgelseskohorte bestå af 180 mandlige klienter i alderen 18-45 år. Der vil blive ordineret heroin til oral indtagelse.

I Luxembourg giver en forordning af 30. januar 2002 tilladelse til, at et forsøg med heroin på recept kan gennemføres inden for rammerne af et pilotprojekt, der ledes af sundhedsdirektoratet.

I Det Forenede Kongerige ordineres heroin gennem praktiserende læger til skønsmæssigt 500 klienter.

Stoffri behandling

I den stoffri behandling inddrages psykosociale og pædagogiske teknikker med henblik på at opnå en vedvarende afholdenhed fra stoffer.

De tilgængelige data om stoffri behandling tillader ikke en kvantitativ sammenligning, dels fordi de både stammer fra centre, der udelukkende henvender sig til illegale stofbrugere og centre, der henvender sig til generel misbrugsbehandling, dvs. behandling af alkoholisme og andre former for misbrug, og dels fordi »behandling« ikke er let definerbart (f.eks. som minimum så og så mange konsultationer) og ikke lader sig måle i kvantificerbare enheder, såsom registrerede recepter, som det er tilfældet med medicinsk støttet behandling.

Der er tendens til en skillelinje mellem nord/syd med hensyn til behandlingstilbuddene, hvor behandlingen i overvejende grad tilbydes gennem specialiserede tjenester for illegal stofbrug i den sydlige del af Europa og gennem generelle misbrugstjenester i nord (med Danmark som undtagelsen). En forklaring kan være, at de nordlige lande (undtagen Danmark) har større tradition for stoffri behandling af alkoholikere end de sydlige lande. Da den illegale stofbrug først begyndte at stige, blev de allerede eksisterende behandlingsfaciliteter måske tilpasset til at tage sig af denne særlige gruppe inden for de eksisterende rammer. Omvendt havde de andre lande ikke det samme netværk af behandlingsfaciliteter, hvorfor der blev skabt ekstra tilbud til illegale stofbrugere ([130]).

([130]) Se figur 40 OL: Problematiske stofbrugere i stoffri behandling (onlineversion).

Standarder og kvalitet i behandlingen

Etablering af akkrediteringssystemer, fastlæggelse af kvalitetsstandarder, udformning af retningslinjer, uddannelse af personale og overvågning og evaluering er alt sammen eksempler på foranstaltninger, der sigter på at sikre en vis standard og et vist kvalitetsniveau i behandlingen i relation til illegale stoffer.

I Tyskland, Frankrig, Luxembourg, Østrig og Portugal kender man til akkrediterings- eller certificeringssystemer, hvilket indebærer, at et autoriseret, uafhængigt, eksternt organ overvåger tjenesterne med henblik på at sikre, at de lever op til specifikke, foruddefinerede krav. I nogle lande, f.eks. Frankrig og Luxembourg, skal behandlingsudbydere være certificerede eller godkendte for at kunne få finansieret behandlingen. I andre lande er en national certificering mulig, men frivillig, selv om muligheden for at blive certificeret efter internationale standarder som f.eks. ISO findes i hele Europa.

Mange medlemsstater, herunder Grækenland, Italien, Nederlandene, Østrig og Finland har udarbejdet retningslinjer for behandlingsforløbet med henblik på kvalitetssikring. Der er imidlertid store udsving i brugen, gennemførelsen og arten af disse retningslinjer. Retningslinjer kan være ikke-bindende vejledning, som er alment tilgængelige, eller de kan være delvist bindende principper, som skal efterleves, for at der kan ydes tilskud. På EU-plan er der udviklet ikke-bindende retningslinjer for udbud af metadonbehandling, som findes på tysk, engelsk, fransk og spansk ([131]).

Tilbud om uddannelse af personale eksisterer i alle medlemsstater, og i nogle lande findes der en landsdækkende, systematisk uddannelse af behandlerpersonale. Tilgængeligheden, alsidigheden og uddannelsesniveauet varierer stærkt i EU, og det samme gør de behandlingsansvarlige myndigheders inddragelse i etablering af sådanne aktiviteter.

Evaluering af og forskning i behandling

I alle lande kender man til evaluering af og forskning i forskellige former for narkotikabehandling. Den altovervejende del af undersøgelserne er imidlertid små og er gennemført på institutionelt eller lokalt plan. I Det Forenede Kongerige blev der gennemført en landsdækkende undersøgelse af behandlingsresultater over fem år i England og Wales ([132]). Italiens VEdeTTE-undersøgelse, som omfatter knap 12 000 klienter i 118 ambulante behandlingscentre (SerT), er stadig i gang, og indtil videre er kun de indledende resultater tilgængelige. De indledende resultater viser, at den daglige gennemsnitsdosis metadon var 40 mg, og kun 10 % af klienterne fik 60 mg eller mere, der ifølge den videnskabelige litteratur er den nødvendige dosis. De årlige frafaldsrater for stoffri behandling og for metadonvedligeholdelsesbehandling var henholdsvis 52 % og 35 %. Det fremgår også, at højere metadondoser mindsker frafaldsrisikoen. Undersøgelsen bekræftede også, at psykosocial påvirkning er effektiv ([133]). Formålet med den danske DANRIS-undersøgelse ([134]), som startede i maj 2000, er at overvåge behandlingen og dens effektivitet i ca. 40 døgnbehandlingscentre. På europæisk niveau har Treat 2000-projektet, der er delvist finansieret af det 5. forskningsrammeprogram, til formål at analysere og sammenligne sundhedssystemerne og deres effektivitet ved behandling af opioidnarkomaner i seks EU-regioner.

Initiativer rettet mod stofbrugere i kriminalretlige miljøer

Politisk ramme

Stofmisbrug spiller en central rolle, når det gælder overtrædelse af narkotikalove samt simpel berigelseskriminalitet. Der arresteres mange stofbrugerne, og en stor del af dem ender i fængsel. Dertil kommer, at nogle indsatte begynder at tage stoffer, mens de er i fængsel. Disse kendsgerninger indgår i de kriminalretlige systemer i alle EU-medlemsstaterne og Norge. For de fleste landes vedkommende er der i narkotikastrategierne sat fokus på forbedring af de psykosociale tjenester og sundhedstjenester, der henvender sig til indsatte narkomaner.

På grund af det stigende antal fængslede narkomaner og de deraf følgende overfyldte fængsler, er der opstået et behov for fleksible strafferetlige systemer. Opfattelsen af, at narkomaner måske ikke er bedst anbragt i fængselsmiljøer, har ført til udvikling af foranstaltninger som alternativ til retsforfølgelse og fængselsdomme. Generelt ses der et behov for et forbedret samarbejde mellem de kriminalretlige strukturer, dvs. fængsel og betinget fængsel, og mellem disse og strukturer i sundhedssystemet, og der er ved at blive udarbejdet passende foranstaltninger ([135]).

Fængselsbaserede psykosociale påvirkninger og sundhedspåvirkninger

Fængslerne giver i stadigt stigende omfang behandlingstilbud til de indsatte narkotikabrugere. I de fleste lande, hvor generel stofafvænningsbehandling er tilgængelig i fængslerne, er der også tilbud om skadesreduktionsforanstaltninger (tabel 4). En analyse af fængselsbaserede programmer indeholdt i EDDRA (udveksling i forbindelse med programmet for begrænsning af

([131]) Se retningslinjer på Euromethwork's websted: http://www.q4q.nl/methwork/home2.htm
([132]) http://www.ntors.org.uk
([133]) http://www.studio-vedette.it/pubblicazioni.htm
([134]) http://www.crf-au.dk/danrisenglish/default2.asp
([135]) Se tabel 12 OL: Seneste narkotikastrategier i fængsler, ministerielle vejledninger og servicestandarder i EU og Norge (onlineversion).

Tabel 4: Tilgængelighed af sundhedssociologiske tilbud rettet mod stofbrugere i EU-fængsler ([1]) ([2])

Procentdel af fængsler, der har disse tilbud	Abstinensorienteret			Substitutions-behandling	Skadesreduktionsorienteret				
	Afvænning	Narkotikafri afdelinger	Terapeutiske grupper i fængslet		Blodscreening	Vaccinations-programmer	Desinfektions-midler forefindes	Nålebytteordning	Formidling af kondomer
Alle	Belgien Danmark Spanien Frankrig Luxembourg Nederlandene Østrig Portugal Sverige			Belgien Danmark Spanien Frankrig Østrig Portugal	Belgien Grækenland Spanien Frankrig Irland Luxembourg Nederlandene Østrig Portugal Sverige	Danmark Grækenland Spanien Frankrig Irland Luxembourg Østrig Portugal	Belgien Danmark Spanien Frankrig Østrig Portugal Norge		Belgien Danmark Spanien Frankrig Østrig Portugal Sverige Norge
Over halvdelen	Irland Finland Det Forenede Kongerige	Finland Det Forenede Kongerige		Luxembourg	Finland	Finland Det Forenede Kongerige	Finland		Luxembourg Finland Det Forenede Kongerige
Under halvdelen	Grækenland Italien Norge	Danmark Nederlandene Belgien Grækenland Spanien Irland Østrig Portugal Sverige Norge	Belgien Danmark Spanien Grækenland Østrig Portugal Finland Norge	Irland Italien Finland Det Forenede Kongerige			Det Forenede Kongerige	Tyskland Spanien	
Ingen		Italien Frankrig Luxembourg	Frankrig Irland Italien Luxembourg Nederlandene Sverige Det Forenede Kongerige	Grækenland Nederlandene Sverige	Danmark Det Forenede Kongerige Norge	Belgien Nederlandene Sverige	Grækenland Irland Italien Luxembourg Nederlandene Sverige	Belgien Danmark Grækenland Frankrig Irland Italien Luxembourg Nederlandene Østrig Portugal Finland Sverige Det Forenede Kongerige Norge	Grækenland Irland Italien Nederlandene

([1]) Data for Tyskland mangler på grund af retssystemets føderale struktur.
([2]) En udvidet version af denne tabel findes som tabel 13 OL: Fængselsbaserede tiltag for stofbrugere (onlineversion).
Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2002).

narkotikaefterspørgslen) ([136]) konkluderede, at det primære mål med tiltagene ikke er sundhedsspecifikt, men mere handler om at nedbringe den narkotikarelaterede kriminalitet ([137]).

For de enkelte lande gælder generelt, at der enten findes specifikke behandlingstilbud i så godt som alle fængsler eller i næsten ingen. Dette gælder især for skadesreduktionsforanstaltninger, som er vist i tabel 4. Blodscreening og vaccinationsprogrammer er tilgængelige, og desinfektionsmidler samt kondomer stilles til rådighed i næsten alle fængsler i ca. to tredjedele af landene, men savnes fuldkommen i ca. en tredjedel af medlemsstaterne. Dette forhold afspejler den centrale rolle, som de nationale politikker har i bestemmelsen af spektret af tilbud i fængsler. Som regel gennemføres der dog pilotprojekter i enkelte udvalgte fængsler, før en ny politik gøres landsdækkende.

Stofafvænning er den mest universelt tilbudte foranstaltning. Behandlingen er tilgængelig i næsten alle fængsler i ni lande og i mindre grad i blot tre lande, Grækenland (2001-data), Italien og Norge. Sprøjtebytning er den mest ualmindelige af de undersøgte foranstaltninger:

([136]) http://eddra.emcdda.eu.int
([137]) EMCDDA Criminal justice based drug demand and harm reduction interventions in the EU — an analysis of police station, court and prison-based programmes (http://eddrapdf.emcdda.eu.int/eddra_cjs.pdf).

Nålebytteordninger er kun tilgængelige i Spanien (11 af 68 fængsler) og i Tyskland (fire ud af 222 fængsler). Adgangen til substitutionsbehandling følger det tilsvarende mønster for adgangen i nærmiljøet (undtagen i Nederlandene) og findes i næsten alle fængsler i seks medlemsstater. Andre lande tilbyder behandlingen i ganske få fængsler eller slet ikke ([138]).

Alternativer til fængselsstraffe

Samfundsbaserede alternativer til indespærring ([139]) af stofbrugende lovovertrædere har siden slutningen af 1990'erne vundet indpas i EU-medlemsstaterne ([140]). De er blevet udviklet inden for rammerne af et omfattende kompleks af nye initiativer i strafferetspolitikken, hvis andre hovedkomponenter er mægling og erstatning (dvs. en tendens mod samfundstjeneste). Grundlæggende består alternativerne i tilvejebringelsn af narkotikabehandling. Der er indicier for, at behandling er et effektivt middel til nedbringelse af stofbrug og kriminalitet (Stevens *mfl.*, 2003). Behandling kan være et særligt effektivt middel til nedbringelse af kriminaliteten, hvis den rettes mod langtidsnarkomaner, som er ansvarlige for størsteparten af de mindre lovovertrædelser. Hertil kommer, at fængselsdomme har vist sig at være et ineffektivt forebyggende middel mod småkriminalitet (Brochu, 1999).

Der er ingen klare beviser for, at en delvis behandlingstvang bærer frugt. Europæisk forskning synes at forholde sig mere skeptisk hertil end amerikansk forskning, som siden 1970'erne har meldt om positive resultater. Der er behov for yderligere forskning i processen og resultaterne, og denne forskning bør indeholde både kvantitative og kvalitative undersøgelser. Evalueringen af en dansk ordning, der tillader kriminelle at afsone deres straf i en særlig behandlingsafdeling i fængsler, viste faldende kriminalitet, især når alternativet til fængselsstraf blev tilbudt mangeårigt kriminelle (dansk national rapport, 2002). Triple Ex-projektet i Haag, en form for tvangsbehandling, viste, at længerevarende behandling var forbundet med en reduceret tilbagefaldsrate (Vermeulen *mfl.*, 1999).

Mange af de faktorer, der menes at ligge til grund for alternativernes manglende succes i forhold til straf, udspringer af en manglende koordinering mellem de forskellige involverede sektorer — retssystemet, sundhedsvæsenet og den offentlige forsorg. Typisk afslører evalueringerne, at der er huller i finansieringen af behandlingen ([141]), at der mangler en klar afgrænsning af dommernes og behandlernes rolle i forhold til at bestemme, hvilken type af behandling der er bedst, og at samfundets behandlingstilbud er utilstrækkelige ([142]) (EONN, 2003a). En evaluering af bekendtgørelsen om samfundstjeneste (Community Service Order), et af de værktøjer, det irske retssystem har til sin rådighed til at flytte stofbrugere væk fra fængslerne og over til de alternative former for straf, viser, at et formelt og/eller uformelt samarbejde på tværs af retssystemet og social- og sundhedssystemerne er afgørende for at få succes (Expert Group on The Probation and Welfare Services, 1999).

Retssystemerne i medlemsstaterne har taget initiativ til særlige foranstaltninger rettet mod unge stofbrugere, herunder tidlig indsats og alternativer til retsforfølgning. Formålet med den tidlige indsats er at forebygge kriminalitet ved at gribe ind på et tidligt tidspunkt i den kriminelle karriere. En af de mest almindelige foranstaltninger, som benyttes i medlemsstaterne, er at undgå eller forsinke den første fængselsstraf ved at omdirigere unge fra det strafferetlige system til et alternativt social- og sundhedsprogram. I Portugal er kommissionerne for modvirkning af stofmisbrug blevet skabt med henblik på gennemførelse af alternativer til retsforfølgning. De blev oprettet, da besiddelse af narkotika til eget brug blev afkriminaliseret i 2001. En evaluering efter et år viser positive resultater for så vidt angår forebyggelsen af et narkotikaproblem og reducering af tidsperioden mellem starten på problematisk stofbrug og kontakten med behandlingsinstitutionerne (portugisisk årsrapport 2002).

Udbudsbegrænsende initiativer

Forbudsforanstaltninger

Ifølge Europols rapport om organiseret kriminalitet er narkotikafremstilling og -handel de primære aktiviteter udført af kriminelle grupper i EU. Intet andet område inden for den organiserede kriminalitet formår at generere en tilsvarende stor profit ([143]).

Ifølge »Interpol at work 2001« har et stigende internationalt samarbejde ført til en række relevante politioperationer. Eksempelvis har »Projekt Exit«, som er baseret på fælles efterretningskilder, ført til beslaglæggelser af store mængder ecstasy i Europa. Hertil kommer, at der er afsløret store smuglerladninger fra europæiske lufthavne til Nordamerika. Dataudvekslingsprogrammet Drug Data Sharing Program, som Interpol, UNDCP (FN's internationale narkotikakontrolprogram) og WCO (Verdenstoldorganisationen) deltager i, til udveksling

([138]) Se tabel 13 OL: Fængselsbaserede tiltag for stofbrugere (onlineversion).
([139]) Figur 41 OL: Alternativer til fængsel — begrebsramme (onlineversion).
([140]) Se tabel 14 OL: Alternativer til fængsel rettet mod stofbrugende lovovertrædere — en komparativ EU-beskrivelse (onlineversion).
([141]) Evalueringen af et svensk projekt om alternativer til fængselsstraf viste, at der mod slutningen af afsoningen ikke var økonomiske midler til at betale for behandlingen (svensk national rapport, 2003).
([142]) http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/alternatives_prison_expert.pdf
([143]) For yderligere oplysninger se boks 15 OL: Forbudsforanstaltninger (onlineversion).

af efterretninger, spiller fortsat en hovedrolle i kampen mod smugling af syntetiske stoffer.

Initiativer til bekæmpelse af hvidvaskning af penge

Europol skønner, at kokainhandelen genererer milliarder af euro i EU. Metoderne til hvidvaskning består både af fysiske og elektroniske pengetransaktioner. Det er fortsat vanskeligt at sammenkæde pengestrømme og relaterede narkotikahandelstransaktioner. Interpol har udviklet vigtige værktøjer til at imødegå specifikke systemer til hvidvaskning af penge. I 2001 blev der offentliggjort særlige undersøgelser, som skal give efterforskerne et bedre indblik heri ([144]) ([145]).

Ifølge årsrapporten for 2001-02 fra Den Internationale Finansielle Aktionsgruppe (FATF) ([146]) er der syv EU-medlemsstater, der lever helt op til 28 af dets 40 anbefalinger, som kræver specifik national handling — de øvrige EU-lande lever ikke helt op til disse anbefalinger ([147]).

Foranstaltninger mod spredning af kontrollerede kemikalier

I sin rapport fra 2002 om »kontrollerede kemikalier« noterer Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB), at de fleste eksportlande nu leverer data for eksporten, men at Frankrig, som tidligere har leveret omfattende data om dets eksport af kontrollerede stoffer, desværre ikke har leveret sådanne data for 2001. De fleste eksportlande har indberettet data om prækursorer, der anvendes ved fremstilling af stimulerende stoffer af amfetamintypen. Danmark, Spanien, Tyskland og Det Forenede Kongerige leverede data for eksporten af norephedrin, som i 2000 for første gang var indeholdt i INCB-rapportens tabel 1 (med krav om indberetning forud for eksporten). Herudover har de fleste P-2-P- og safrolproducerende EU-lande indberettet data ([148]). Myndighederne har fortsat held til at undgå spredning af kaliumpermanganat ([149]), som anvendes ved illegal kokainfremstilling, navnlig gennem »Operation Purple«. 2001 viste et fald i antallet af leverancer, og omfanget af den overvågede handel faldt ([150]).

Syv ulovlige laboratorier, som fremstillede kaliumpermanganat, blev afsløret i Colombia under »Operation Purple« fra april til september 2002. Da kaliumpermanganat bliver sværere at aflede fra den lovlige handel, forsøger kokainproducenterne selv at fremstille dette kemiske produkt.

Den internationale operation, »Operation Topaz«, som overvåger handelen med eddikesyreanhydrid ([151]), fungerer fortsat godt både med hensyn til international opsporing af lovlige leverancer og politimæssige efterforskninger for at spore oprindelsen af beslaglagte eller opdagede kemiske leverancer. I perioden januar til november 2002 blev der indberettet 2 800 eksportleverancer, hvori indgik næsten 300 000 tons eddikesyreanhydrid. Belgien og Nederlandene, hvorfra de fleste leverancer stammede, var særdeles behjælpsomme med at sørge for, at det internationale opsporingsprogram fungerede efter hensigten. Størsteparten af transaktionerne finder sted inden for EU, og i alt 92 % af de kontrollerede leverancer var indberettet af EU-medlemsstaterne. Koncentrationen af lovlig handel i EU og Operation Topaz-kontrolprocedurernes succes har medført, at man nu forsøger at finde et brugbart alternativ til opsporingen af hver enkelt leverance.

Europol vurderer, at op mod 90 % af den heroin, der beslaglægges på EU-markederne, stammer fra Sydvestasien (Afghanistan). Trods forsøg på at udrydde opiumkulturerne skønnes produktionen i 2002 at have udgjort 3 400 tons. I betragtning af, at noget af den eddikesyreanhydrid, der stammer fra lovlige forsyningskanaler, er smuglet ind i Afghanistan, blev der etableret en international indsatsgruppe med deltagelse af Tyskland, Det Forenede Kongerige og USA, som skal yde teknisk assistance i kampen mod handelen i denne region.

I 2001 blev der beslaglagt over 200 tons eddikesyreanhydrid. Det er den største mængde, der hidtil er blevet indberettet for et enkelt år. Den største »enkeltfangst« blev indberettet af Det Forenede Kongerige, hvor man afslørede et forsøg på at omdirigere 70 tons eddikesyreanhydrid til Jugoslavien. Andre europæiske lande, der rapporterede om beslaglæggelser af eddikesyreanhydrid var Belgien, Tyskland, Italien og Slovenien.

For at være med til at forhindre denne omdirigering af kemiske prækursorer, der anvendes ved fremstilling af stimulerende stoffer af amfetamintypen, såsom efedrin, norefedrin og 3,4-MDP-2-P, har INCB i samarbejde med Europa-Kommissionen og USA taget initiativ til at starte et frivilligt, internationalt projekt — »Project Prism«, som skal hjælpe regeringerne med at nå dette mål ([152]) ([153]).

([144]) http://www.interpol.int/Public/FinancialCrime/MoneyLaundering/EthnicMoney/default.asp
([145]) Se nærmere detaljer i boks 16 OL: Initiativer til bekæmpelse af hvidvaskning af penge (onlineversion).
([146]) http://www.fatf-gafi.org/pdf/AR2002_en.pdf
([147]) Boks 17 OL: Gennemførelsesniveau (FATF) (onlineversion).
([148]) Boks 18 OL: Initiativer til begrænsning af spredningen af kontrollerede kemikalier (INCB) (onlineversion).
([149]) Kaliumpermanganat er en lovlig forbindelse, som er en vigtig reagent i analytisk og syntetisk organisk kemi; den anvendes i blegemidler, desinfektionsmidler og antibakterielle og svampedræbende midler. Den anvendes også i forbindelse med vandrensningsprocesser.
([150]) Boks 19 OL: Operation Purple (onlineversion).
([151]) Eddikesyreanhydrid er et acetylerende middel og afvandingsmiddel, som anvendes i den kemiske og farmaceutiske industri til fremstilling af celluloseacetat, i tekstile appreturmidler og blegemidler, til polering af metaller og i produktionen af bremsevæske, farvestoffer og sprængstoffer.
([152]) http://www.incb.org/e/ind_ar.htm
([153]) Boks 20 OL: INCB (onlineversion).

Kapitel 3
Udvalgte problematikker

Dette kapitel fremhæver tre specifikke områder i forbindelse med narkotikaproblemet i Europa: stof- og alkoholbrug blandt unge, social udstødelse og reintegration og offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer.

Narkotika- og alkoholbrug blandt unge

Unge mennesker er ofte på forkant med samfundsudviklingen, og tendenser i retning af større brug af alkohol og illegale stoffer blandt ungdommen er en vigtig samfundsudvikling i EU. Som noget nyt er alkohol medtaget i denne del af beretningen. Alkohol er kommet med på grund af bekymring over de komplekse mønstre for stofbrug og dertil knyttet afhængighed, sundhedsskader og kriminel adfærd. Disse mønstre for psykoaktiv stofbrug stiller politikerne over for en særlig udfordring med henblik på rettidigt at udvikle et tilstrækkeligt bredt udvalg af idéer til effektiv indgriben.

EU har sat sig selv det mål, at der over en periode på fem år skal ske en markant reduktion i forekomsten af og rekrutteringen til den illegale stofbrug, navnlig blandt unge under 18 år. Endvidere skal der udvikles nye tilgange til forebyggelse (COR 32).

I forbindelse med udarbejdelsen af dette kapitel blev der brugt de nationale Reitox-rapporter samt data fra befolkningsundersøgelser. Sammenlignelige data om unge mennesker er i stor udstrækning baseret på det europæiske skoleundersøgelsesprojekts (ESPAD) rapporter fra 1995 og 1999 (ESPAD, 1999), som omfattede 15-16-årige skoleelever og studerende, og hvori deltog ni medlemsstater. Dataene i ESPAD-undersøgelserne for Nederlandene er ikke helt sammenlignelige med dem fra andre deltagende medlemsstater. Offentliggjort forskning, »grå« litteratur ([154]) og officielle publikationer om narkotika- og alkoholbrug blandt unge (navnlig fra Frankrig og Det Forenede Kongerige) er også brugt som referencer.

Forekomst, holdninger og tendenser

Forekomst

Bortset fra tobak og koffein er alkohol det mest anvendte psykoaktive stof blandt ungdommen i EU. Andelen af 15-16-årige skoleelever/studerende, som på et eller andet tidspunkt af deres liv har været fulde, varierer fra 33 % i Portugal til 87 % i Danmark ([155]) (figur 19) ([156]). Flertallet blandt de unge i EU har aldrig brugt illegale stoffer, men blandt dem, der har, er cannabis det mest almindeligt benyttede stof efterfulgt af inhalanter/opløsningsmidler ([157]). Ifølge ESPAD-undersøgelsen i 1999 i Grækenland og Sverige er langtidserfaringen med inhalanter/opløsningsmidler ligeså høj eller højere end langtidserfaringen med brug af cannabis blandt 15-16-årige skoleelever ([158]).

De nationale skoleundersøgelser måler ikke brugen af problematiske stoffer blandt de unge, men de er en værdifuld kilde til vurdering af den eksperimenterende brug af stoffer samt holdningerne blandt de unge. På basis af Reitox-rapporterne og dataene fra ESPAD 1999 var langtidserfaringen med cannabisbrug lavest i Portugal (8 %), Sverige (8 %), Grækenland (9 %) og Finland (10 %). Langtidserfaringen var højest i Frankrig (35 %), Det Forenede Kongerige (35 %) og Irland (32 %) tæt fulgt af Spanien (30 %). Stikprøvestørrelserne for skoleundersøgelsen findes i statistisk tabel 3 ([159]). Det er begrænset, hvor meget dataene kan sammenlignes, da ikke alle medlemsstater har benyttet samme undersøgelsesmetode.

Blandt de 15-16-årige skoleelever/studerende er langtidserfaringen med brug af cannabis, inhalanter, beroligende midler og sedativer (uden recept fra en læge) højere end brugen af stimulerende midler og hallucinogene stoffer. Antallet af skoleelever/studerende, som eksperimenterer med kokain og heroin, er temmelig begrænset i hele EU, idet langtidserfaringen med brug af disse stoffer varierer fra 0 % til 4 % (statistisk tabel 3).

De fleste unge, der har prøvet cannabis, vil have nogen erfaring med alkohol og tobak. Unge, der bruger ecstasy, amfetaminer, kokain og hallucinogener, har tendens til at udgøre en separat gruppe og tilhøre specifikke sociale grupperinger. Tallene for indtagelse af forskellige stoffer fremgår af tabel 15 OL (onlineversion), som er baseret på spanske skoleundersøgelsesdata (Observatorio Español sobre Drogas, 2002) ([160]). En vigtig udfordring er at agere i forhold

([154]) Defineret som »et dokument, der ikke er blevet offentliggjort i et valideret tidsskrift«. For yderligere informationer se *QED network journal* (http://qed.emcdda.eu.int/journal/bulletin27.shtml).

([155]) Baseret på svarene på spørgsmålet om, hvorvidt man er blevet »fuld af at drikke alkohol«.

([156]) Figur 42 OL: Fuldskab sammenlignet med cannabisbrug inden for de seneste 30 dage.

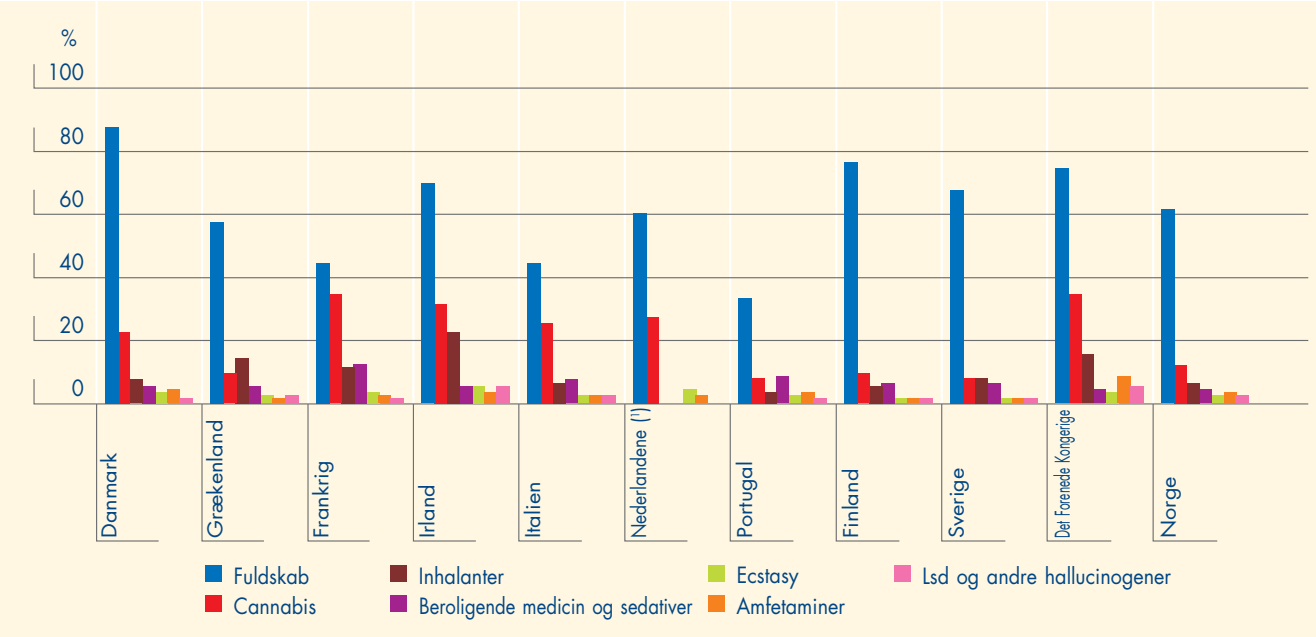
([157]) Baseret på svarene på spørgsmålet om, hvorvidt man har »sniffet et stof (lim, aerosoler, mv.) for at blive høj«.

([158]) Statistisk tabel 3: Skoleundersøgelser: Langtidsforekomst blandt elever/studerende, 15-16-årige (onlineversion).

([159]) Statistisk tabel 3: Skoleundersøgelser: Langtidsforekomst blandt elever/studerende, 15-16-årige (onlineversion).

([160]) Se tabel 15 OL: Forholdet til forbrug af forskellige stoffer blandt spanske skoleelever/studerende (14-18 år) (onlineversion).

Figur 19: Langtidserfaring med fuldskab og illegal stofbrug (15-16-årige skoleelever/studerende)



(1) Begrænset sammenlignelighed.
Kilder: Skoleundersøgelsesprojektet ESPAD (1999).

til de forskellige former for stofbrug og deres kompleksitet og særlige karakteristika (Calafat *mfl.*, 1999; Parker og Eggington, 2002; Smit *mfl.*, 2002).

En større grad af stofbrug blandt mænd end blandt kvinder er mere markant i voksne befolkningsgrupper end hos skoleelever. Blandt skoleeleverne er kønsforskellene imidlertid størst i Grækenland, Frankrig, Italien og Portugal. En undtagelse er, at brugen af ikke-ordinerede beroligende midler og sedativer samt af alkohol sammen med »piller« generelt er højere blandt piger.

Variationer i forekomsten findes også blandt forskellige regioner i medlemsstaterne. I Tyskland lukkes gabet mellem øst og vest hurtigere blandt studerende end hos voksne. Andre aspekter af narkotikaforekomsten, såsom spredningen af cannabis til landdistrikterne, svarer til dem, der observeres hos ældre befolkningsgrupper.

Holdninger

Holdninger til forskellige stoffer kan være med til at forudsige, hvordan stofbrugsituationen kan komme til at udvikle sig. I 1999 var der store udsving i den negative holdning til det at drikke sig fuld en gang om ugen — fra relativt lav i Danmark (32 %) til høj i Italien (80 %). Udsvingene i den negative holdning til at eksperimentere med cannabis var mindre. De var mindst i Frankrig (42 %) og højest i Portugal (79 %) og Sverige (78 %) ([161]). Holdninger kan bruges til at forudsige tendenser, men andre faktorer spiller ligeledes ind. I alle medlemsstater var den negative holdning til og opfattelsen af, at der er »store risici« forbundet med at eksperimentere med stoffer som ecstasy, kokain og heroin, generelt meget høj blandt 15-16-årige skoleelever/studerende. Den negative holdning til det at prøve ecstasy varierede fra 71 % i Grækenland til 90 % i Danmark.

Tendenser

De stigende forekomster af fuldskab og »umådeholden« brug af alkohol i fritiden vækker stadig større bekymring ([162]). Mellem 1995 og 1999 er der sket markante stigninger i langtidserfaringen med det at være fuld i Grækenland og Norge (figur 20). Der findes ikke præcist sammenlignelige data for alkoholbrugen for medlemsstater, der ikke deltager i ESPAD-undersøgelserne, men tendensdata for både Tyskland (1973-2001) og Spanien (1994-2000) peger på et nyligt fald i alkoholforbruget blandt unge mennesker (Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung, 2002; Observatorio Español sobre Drogas, 2002). Der kan dog forekomme et fald i det samlede forbrug, mens mønstrene for »umådeholden« brug af alkohol i fritiden stiger.

Op igennem 1990'erne steg langtidsforekomsten af cannabisbrug til et sådant niveau, at den i en række medlemslande kunne betegnes som udbredt. I 1999 udviste brugen af cannabis blandt unge i Irland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige imidlertid et fald. Det kan være en indikator for, at forekomsten har nået et mætningspunkt i disse lande, med en tendens til stabilisering på niveauer omkring 30 %.

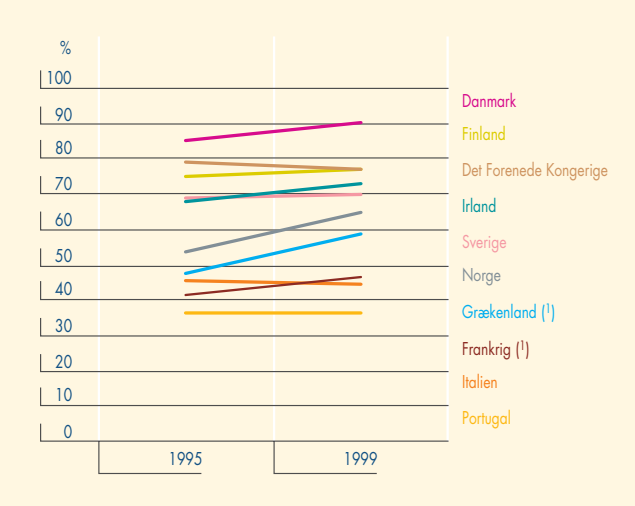
([161]) Se figur 43 OL: Andel af 15-16-årige skoleelever/studerende, som har en negativ holdning til fuldskab sammenlignet med det at prøve cannabis og ecstasy (onlineversion).
([162]) Figur 44 OL: Ændringer i indtagelsen af alkohol (mindst fem genstande efter hinanden) inden for de seneste 30 dage.

Der er ligeledes indikationer på en stabilisering af langtidsbrugen af ecstasy på langt lavere niveauer end for cannabis. For Det Forenede Kongeriges vedkommende blev faldet i langtidsforekomsten af både cannabis og ecstasy ledsaget af et fald i opfattelsen af tilgængelighed ([163]) ([164]) og en stigning i den negative holdning ([165]). I 1999 var andelen af studerende, som betragtede risikoen ved at prøve ecstasy en gang eller to som værende stor, højest i de to medlemsstater (Irland og Det Forenede Kongerige), hvor langtidsforekomsten af ecstasy også var højest ([166]), og hvor et relativt lille antal ecstasy-relaterede dødsfald havde fået kolossal mediedækning. Mediedækningen samt et stadigt mere negativt image synes at have medvirket til faldet i forekomsten af ecstasybrug i disse to medlemsstater.

De unge vurderer hinanden på basis af image, stil og statussymboler. Den slags symboler — som kan inkludere stoffer — ændrer sig hele tiden. Heroinbrugernes nuværende negative image og den store tilgængelighed af andre stoffer er vigtige faktorer for de aktuelle stofvalg (FitzGerald *mfl.*, 2003). En aktuel analyse af den engelsksprogede popmusik og af, hvor meget teksterne har kredset om emnet narkotika siden 1960'erne, har vist, at musikerne i dag er mere tilbøjelige end tidligere til at fordømme cannabis for dens skadelige virkninger ([167]) (Markert, 2001).

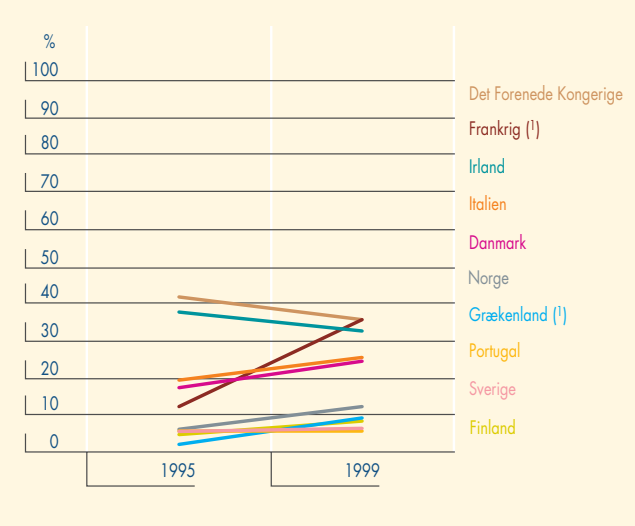
Figur 20: Langtidserfaring med A) at være fuld, B) at tage cannabis og C) at tage ecstasy (15-16-årige skoleelever/studerende)

Figur 20 (A): At være fuld

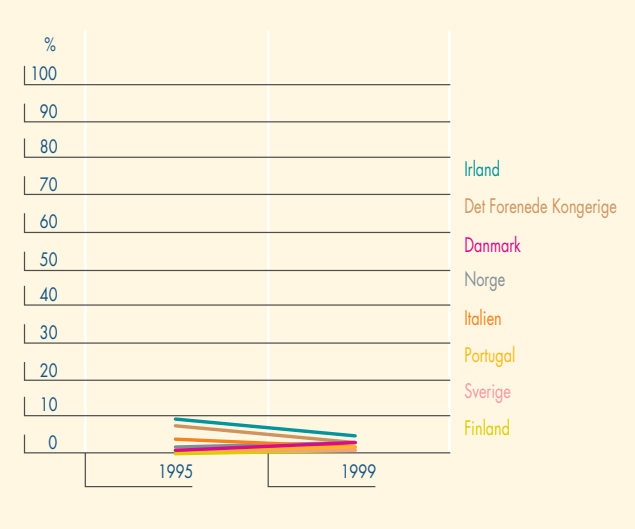


Resultaterne af en nylig undersøgelse af 878 unge i alderen op til 19 år, som er foretaget i ti byer i EU, signalerer en mulig tendens i den brede bykultur mod faldende amfetamin- og ecstasybrug og stigende kokainbrug. Denne stikprøve var ikke repræsentativ og omfattende nok til, at der kunne drages nogen endelige konklusioner. Samme undersøgelse fandt også, at respondenterne bruger flere penge på alkohol end på stoffer eller nogen andre former for fritidsforbrug, herunder entré til diskoteker, klubber eller biografer, mobiltelefoner og tobak (Calafat *mfl.*, 2003) ([168]).

Figur 20 (B): At tage cannabis



Figur 20 (C): At tage ecstasy



(1) Dataene for Frankrig og Grækenland for 1995 er baseret på undersøgelser i 1993.
Kilder: Skoleundersøgelsesprojektet ESPAD (1995 og 1999).

([163]) Baseret på svarene på spørgsmålet om, hvorvidt stoffet ville være »meget let« eller »temmelig let« at få fat på, hvis man ønskede det.
([164]) Figur 45 OL: Ændringer i opfattelsen af tilgængeligheden af (A) cannabis og (B) ecstasy (onlineversion).
([165]) Figur 46 OL: Ændring i andelen af 15-16-årige, som har en negativ holdning til det (A) at drikke sig fuld en gang om ugen eller (B) at prøve cannabis en enkelt gang eller to eller (C) at prøve ecstasy en gang eller to (onlineversion).
([166]) Figur 47 OL: Andel af 15-16-årige skoleelever/studerende, som har en opfattelse af, at der er en »stor risiko« forbundet med det at prøve ecstasy en gang eller to og det at have langtidserfaring med brug af ecstasy (onlineversion).
([167]) Figur 48 OL: Andel af positivt image i moderne popmusik, 1960'erne til 1990'erne (onlineversion).
([168]) Figur 49 OL: Weekendforbrug i euro for 13-19-årige teenagere i ti EU-byer i 2001-2002 (onlineversion).

Næsten alle EU-lande (Belgien, Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrig, Luxembourg, Italien, Nederlandene, Østrig, Portugal og Det Forenede Kongerige) melder om voksende bekymring for, at der kan opstå et stigende kokain- og base-/crackmarked for unge problematiske stofbrugere. Yderligere informationer om tendenser for tilgængeligheden findes på side 36.

Førstegangsbrug, mønstre og risikofaktorer

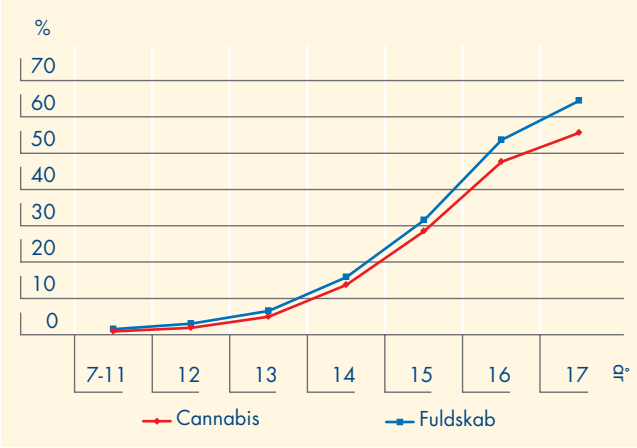
Det kan generelt siges, at sandsynligheden for, at de unge i 12-18-årsalderen drikker sig fulde eller bliver tilbudt cannabis eller et hvilket som helst andet illegalt stof samt deres tilbøjelighed til at prøve stoffer, stiger markant med alderen. Det illustreres her ved data fra den franske ESCAPAD-undersøgelse (Beck, 2001). Figur 21 A) viser, at blandt 13-14-årige drenge havde 15,9 % langtidserfaring med at være fulde, mens andelen, der havde eksperimenteret med cannabis var 13,8 %. Blandt de 17-18-årige var tallene steget til henholdsvis 64,5 % og 55,7 %.

I en nylig EU-undersøgelse blandt unge blev »nysgerrighed« angivet som hovedårsagen til at prøve stoffer (EORG, 2002). Blandt dem, der eksperimenterer med stoffer, holder størsteparten op med at bruge dem regelmæssigt. Hos et lille, men signifikant mindretal stiger brugen til markant høje niveauer. Det illustreres i figur 21 B), som viser fordelingen af cannabisbrug blandt den almindelige befolkning for 18-årige i Frankrig. Generelle befolkningsundersøgelser viser, at langtidserfaringen med illegal stofbrug er signifikant højere end nylig eller aktuel brug ([169]). Sammenlignelige informationer om brugsmønstre blandt regelmæssige stofbrugere er ikke så detaljerede som tilsvarende forskning på alkoholområdet. Dette forhold begrænser forståelsen af brugsmønstrene og dermed udviklingen af effektive tiltag. Definitioner af »problematisk cannabisbrug« undersøges i visse medlemsstater, og undersøgelserne peger i retning af, at personer, som har brugt cannabis ved 20 eller flere lejligheder i løbet af den sidste måned, har størst risiko for at udvikle et problematisk brugsmønster (Beck, 2001; national nederlandsk rapport). Ud fra denne definition kan en ud af fem personer i Nederlandene, som har brugt cannabis i løbet af den sidste måned, klassificeres som tilhørende »risikogruppen«. Ifølge figur 21 B tilhører 13,3 % af de 18-årige franske mænd risikogruppen — til sammenligning falder blot 3,6 % af de 18-årige franske kvinder ind under samme risikokategori.

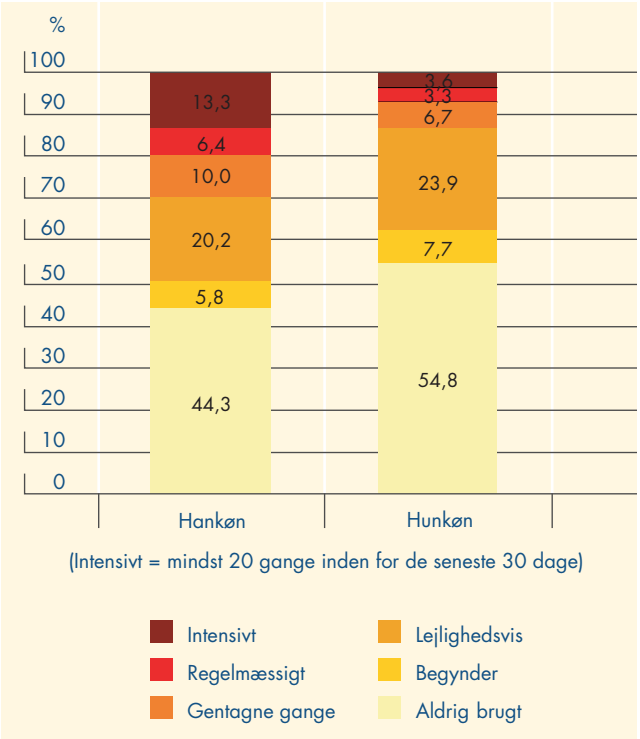
Megen af den bekymring, der gives udtryk for omkring den eksperimenterende brug af cannabis, hænger sammen med, at brug af cannabis kan have en »gateway-effekt« til brug af andre stoffer ([170]). Men forbindelsen mellem cannabisbrug og andre illegale stoffer er kompleks og kan ikke koges ned til en enkel årsagsmodel. En alternativ »model med fælles faktorer« viser, hvordan korrelationen mellem brugen af cannabis og hårde stoffer skyldes en række fælles risikofaktorer, herunder sårbarhed og adgang til stoffer og tilbøjelighed til at bruge

Figur 21: Brug af cannabis blandt 17-18-årige i 2001. A) Begyndelsesalder. B) Brugsomfang.

Figur 21 (A): Begyndelsesalder for at drikke sig fuld og brug af cannabis blandt 17-18-årige drenge i Frankrig i 2001



Figur 21 (B): Omfang af brug af cannabis blandt 17-18-årige i Frankrig i 2001



Kilder: ESCAPAD (2001), OFDT. National repræsentativ prøve.

([169]) Se figur 1 OL: Mønstre for brug af cannabis blandt befolkningen som helhed — langtidserfaring i forhold til aktuel brug (inden for de sidste 30 dage), national prævalensundersøgelse (stofbrug) i 2001 (Nederlandene).

([170]) Dette er baseret på hypotesen om, at brug af cannabis i sig selv øger risikoen for at begynde at bruge hårde stoffer.

stoffer. Resultater fra kohorteundersøgelser viser, at illegal stofbrug sjældent er det første tegn på problemer for de helt unge. Alkoholbrug, asocial adfærd, skulkeri og kriminalitet ses ofte i en yngre alder end cannabisbrug ([171]). Gruppen af helt unge bruger sjældent illegale stoffer uden samtidig påvirkning fra andre illegale brugere, og de tror, at de potentielle fordele ved brugen vejer tungere end de potentielle omkostninger (Engineer mfl., 2003). Når brug af cannabis kan føre til brug af andre stoffer, hænger det bl.a. sammen med, at cannabis bringer brugerne i kontakt med et illegalt marked, giver større adgang til andre illegale stoffer, samt at det skaber afsæt for en accept af at bruge andre illegale stoffer (Grant og Dawson, 1997; Petraitis *mfl.*, 1998; Adalbjarnardottir og Rafnsson, 2002; Brook *mfl.*, 2002; Morral *mfl.*, 2002; Parker og Eggington, 2002; Pudney, 2002; Shillington og Clapp, 2002).

I Nederlandene viste en ungdomsundersøgelse foretaget i 1999, at flertallet af de unge købte cannabis fra venner (46 %) og fra de såkaldte coffee shops (hashcaféer) (37 %) (De Zwart *mfl.*, 2000).

En metode, der er ved at vinde stadig større indpas, er at kortlægge en række risikofaktorer, som både påvirker førstegangsbrugen og optrapningen af stofbrugen i en særdeles heterogen pubertetspopulation. Disse faktorer spænder over hele spektret fra individ til samfund, til makromiljøfaktorer og er sandsynligvis forskellige for fritidsstofbrug og problematisk stofbrug.

Risikofaktorer

Specifikke undersøgelser har vist, at særlige grupper af unge har et langt højere stofbrug, end man finder blandt befolkningen som helhed. Det drejer sig ofte om unge, som er blevet smidt ud af skolen eller har skulket, begået en forbrydelse, været hjemløse eller er løbet hjemmefra samt om unge, hvis søskende er stofbrugere (Lloyd, 1998; Swadi, 1999; Goulden og Sondhi, 2001; Hammersley *mfl.*, 2003). En undersøgelse af unges livsstil (Youth Lifestyles Survey) i Det Forenede Kongerige i 1998/1999 viste, at forekomsten af stofbrug var signifikant højere blandt disse udsatte grupper ([172]). Størrelsen af disse udsatte grupper på nationalt plan peger i retning af, at eksisterende skolebaserede undersøgelser undervurderer forekomsten af stoffer, idet de ikke identificerer de grupper af særligt udsatte teenagere, som ikke er at finde i skolemiljøet. Der eksisterer i øjeblikket kun få sammenlignelige EU-data om »udsatte grupper«. Unge mennesker, som går ud om aftenen til særlige »dance«-miljøer, udgør en anden svag gruppe. Koblingen mellem specifikke ungdomskulturer og stoffer er veldokumenteret — senest i forbindelse med udbredelsen i brugen af ecstasy (MDMA) (Griffiths *mfl.*, 1997; Springer *mfl.*, 1999). I technodance-miljøer varierer langtidsforekomsten af ecstasybrug fra 12,5 % (Athen) til 85 % (London) sammenlignet med en langtidsforekomst på 1 % (Grækenland) og 8 % (UK) blandt almindelige grupper af unge voksne (EONN, 2002a).

Lokalsamfund

Der har i de senere år været stigende fokus på sociale, økonomiske og kulturelle determinanter, herunder det fysiske miljø (Spooner *mfl.* 2001; Lupton *mfl.*, 2002). Narkotikaproblemer er ofte koncentreret omkring særlige geografiske områder og boligkvarterer. Den nationale irske rapport omtaler f.eks., at børn i fokusgrupper berettede om, at de jævnligt kom i kontakt med stofbrugere, og henkastet bemærkede, at der fandtes narkotikaredskaber på trapper og altaner. Forældre, der boede der, udtrykte stor ængstelse på grund af deres børns høje eksponering for stoffer (O'Higgins, 1999).

Dødsfald og akutindlæggelser

Narkotika- og alkoholrelaterede dødsfald blandt unge under 20 år er relativt sjældne. I 1990'erne voksede det samlede antal narkotikarelaterede dødsfald blandt unge i EU imidlertid støt. Mellem 1990 og 2000 blev der i alt indberettet 3 103 dødsfald blandt unge i EU ([173]). Ved et ungt menneskes død vejer det tilsvarende tab af år tungere end for en ældre person, når den mistede forventede levealder ([174]) skal beregnes. Detaljerede informationer om narkotikarelaterede dødsfald findes på s. 28-32. Det Forenede Kongerige er den eneste medlemsstat, der indberetter dødsfald, som specifikt er relateret til inhalering af flygtige stoffer. Over en periode på 15 år kunne 1 923 dødsfald henføres hertil. De fleste af disse dødsfald ramte personer mellem 15 og 19 år (Field-Smith *mfl.*, 2002). Til trods for den mediebevågenhed, de ecstasy-relaterede dødsfald har været genstand for, udgør inhalanter formentlig en større sundhedsrisiko for gruppen af helt unge end andre former for stofbrug.

På grund af den illegale stofbrugs skjulte karakter, blandingsbrug med alkohol og andre stoffer samt manglende toksikologiske analyser (Tait *mfl.*, 2002) findes der ingen rutinemæssigt indsamlede EU-data om narkotikarelaterede akutindlæggelser. De begrænsede data, der er tilgængelige, peger på, at alkohol i visse medlemsstater er en større byrde for sundhedsvæsenet end illegal stofbrug. WHO skønner, at alkohol i de industrialiserede lande hvert år tegner sig for 10-11 % af alle sygdomstilfælde og alle dødsfald (Rehn *mfl.*, 2001). En dansk undersøgelse blandt unge i 2001 viste eksempelvis, at færre 17-årige havde anført, at de havde været indlagt på hospital som følge af narkotikarelaterede problemer end for alkoholrelaterede problemer (dansk

([171]) Figur 50 OL: Andel af 15-16-årige skoleelever/studerende, som har drukket sig fulde eller prøvet cannabis, da de var 13 år eller yngre (onlineversion).
([172]) Figur 51 OL: Sammenligning af brug af stoffer på udsatte grupper (onlineversion).
([173]) Figur 52 OL: Akutte narkotikarelaterede dødsfald indberettet i EU blandt unge op til 19 år (onlineversion).
([174]) Det aktuelle EU-gennemsnit for den forventede levealder er 75 år for mænd og 80 for kvinder.

national rapport). En regional irsk undersøgelse af hospitalssager over en 3-måneders periode viste, at næsten alle de 55 hospitalsindlæggelser blandt unge i alderen 10-18 år var relateret til alkohol alene eller bevidst selvforgiftning (Mid-Western Health Board, 2002; indberettet i den irske nationale rapport).

Lovinitiativer og anbefalinger

I næsten alle medlemsstater kontrolleres tilgængeligheden af alkohol ved hjælp af statsmonopoler eller bevillingssystemer. Der er gjort forsøg på at kontrollere tilgængeligheden af alkohol til unge i de fleste EU-lande ved indførelse af aldersrestriktioner (i reglen enten 16 eller 18 år) for butikssalg og udskænkning af alkohol. Portugal indførte sine aldersrestriktioner for relativt nyligt i januar 2002. Restriktionerne på alkoholreklame varierer fra totale forbud over frivillige reklamekodekser til slet ingen restriktioner (Rehn *mfl.*, 2001; Bye, 2002). I Det Forenede Kongerige blev der i 1999 vedtaget en lov, som forbyder salg af genopfyldelige lightere til unge under 18 år (Cigarette Lighter Refill (Safety) Regulations) (Field-Smith *mfl.*, 2002). Det menes, at loven sammen med informationskampagner rettet mod forældrene har medvirket til en reduktion i antallet af dødsfald. Der er visse variationer i lovgivningen, og der er kun lidt kendskab til praksis. Et eksempel på et nyt initiativ af praktisk karakter finder vi i Tyskland, hvor den nyligt indførte »æblejuicelov« stiller krav om, at udskænkningssteder skal tilbyde mindst en alkoholfri drik, som er billigere end den billigste alkoholiske drik (tyske og nederlandske nationale rapporter). Med støtte fra myndighederne har detailhandelen i Det Forenede Kongerige taget initiativ til en ny ordning, hvor de unge kunder udstyres med et særligt »pas«, der gør det lettere at håndhæve aldersrestriktioner i forbindelse med køb af alkohol og flygtige stoffer (BBC News).

I de seneste år har Nederlandene skærpet kontrollen med »coffee shop«-miljøet, og hashcaféer, der sælger cannabis nær skoler, er blevet lukket. I Nederlandene må unge under 18 år ikke købe cannabis. Det er forbudt at reklamere for salg af cannabisprodukter, og de seneste års skærpede kontrol med »coffee shop«-miljøet har ført til et signifikant fald i antallet af kunder under 18 år (nederlandsk national rapport). I København har politiet lukket ca. 50 såkaldte »hashklubber«, siden loven om adgangsforbud for besøgende i visse lokaler, trådte i kraft (dansk national rapport).

I Irland og Det Forenede Kongerige er der taget nylige initiativer til bekæmpelse af de problemer, der knytter sig til narkotika og alkohol blandt unge. Eksempelvis fastslår den irske »børnelov« (1999), at det er forældrenes ansvar at kontrollere børnene. Forældrene kan således dømmes til behandling for deres eget stofmisbrug samt tvungen uddannelse i forældrefærdigheder. Børn, der anses for at være ude af kontrol, kan pålægges natlige udgangsforbud. I Irland gennemføres to initiativer vedrørende den offentlige orden af politiet. Operation Oíche fokuserer på de mindreårige drikkeri, ulovlig stofbrug og alkoholsalg til mindreårige, mens Operation Encounter fokuserer på asocial adfærd på gader og i værtshuse, natklubber og fastfood-butikker. For yderligere informationer om lovinitiativer, se s. 42.

En bred vifte af behov og initiativer

Et vigtigt EU-mål i forhold til narkotika- og alkoholmisbruget er at iværksætte passende indgreb for at få den størst mulige effekt. Den primære fokus ligger på fem brede og somme tider overlappende målgrupper for indsatsstrategier: 1) unge i skolealderen; 2) unge eksperimenterende stofbrugere og fritidsstofbrugere; 3) unge i socialt belastede områder; 4) unge kriminelle; 5) unge med behov for narkotikabehandling ([175]).

Unge i skolealderen

Forebyggelse i skolerne er et udbredt initiativ i forhold til dette mål. For nærmere detaljer se s. 45.

På skolepolitisk plan har en række EU-lande udstedt anvisninger på tiltag i forhold til narkotikaforekomst og stofbrugende elever. I Frankrig er der stort fokus på »referencepunkter for forebyggelse af risikoadfærd i skoler« og løsning af problemer gennem målrettet rådgivning. Der er betydelig fokus på professionel uddannelse af skolepersonale, så lærerne bliver i stand til at håndtere unge med afvigende adfærd. I Østrig og Tyskland skal STEP-by-STEP-programmer ([176]) hjælpe skolelærere med at identificere og gribe ind i forhold til stofbrugende elever. I Norge er der udgivet en håndbog til dette formål.

Drug Prevention Advisory Service (den nationale rådgivningstjeneste om narkotikaforebyggelse i Det Forenede Kongerige) evaluerede et narkotikaforebyggelsesprogram rettet mod unge, der er smidt ud af skolen, og konkluderede, at der er et klart behov for narkotikaprogrammer, men at korte perioder med narkotikaundervisning er utilstrækkelige. Mange af de unge i programmets målgruppe tog allerede stoffer, hvilket antyder, at programmerne bør gennemføres ved en yngre alder, og at de klart bør identificere og håndtere problemer. Med Portugals nye nationale forbyggelsesstrategi er der afsat 400 000 EUR til alternativ skoleundervisning og tidlig faglig uddannelse af elever i den skolesøgende alder, der har forladt skolen. I Spanien har næsten alle selvstyrende regioner indført tilsvarende ordninger. I Grækenland rettes den hurtige indsats mod teenagere, som er stofbrugere, og

([175]) Figur 53 OL: Selektiv forebyggelse — mål for indgreb (onlineversion).
([176]) Se EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36

deres familier (familieterapi) samt mod teenagere, der har problemer med politiet.

Unge eksperimenterende fritidsstofbrugere i samfundet

Der er en stigende erkendelse af de skader, alkohol og illegal stofbrug vil kunne påføre en lille, men signifikant del af de unge. Et vigtigt mål for en mere effektiv indsats er udsatte grupper af unge, som drikker alkohol og eksperimenterer med stoffer til fritidsbrug, samtidig med at de ikke er klar over eller er ude af stand til at kontrollere de risici, der er forbundet med deres mønstre for stofbrug (overdoser, ulykker, kriminel adfærd, vold, tab af evne til at studere eller arbejde, seksuelt overførte sygdomme og vedvarende sundhedsskader på lever/hjerne, osv.) (Boys *mfl.*, 1999; Parker og Egginton, 2002). I EU er der voksende bekymring over ændrede mønstre for brug af alkohol og stoffer i fritiden, og bekymringen gælder især sundhedsrisiciene for kvinder. Fritidsfaciliteter, såsom værtshuse, diskoteker, sportsklubber og ungdomsklubber synes at være egnede miljøer, hvor der kan sættes ind med narkotikaforebyggelse, idet der de steder er vished for kontakt med et stort antal unge mennesker, hvoraf mange bruger stoffer eller risikerer at komme til det ([177]). Der er et uopsætteligt behov for metodologisk dokumentation og grundig evaluering af initiativer i dette miljø.

I 2001 traf mindst 30 % af de franske departementer forebyggende foranstaltninger eller ydede førstehjælp ved »danse«-arrangementer. I en irsk regional sundhedssektor er klubpersonale og gæsterne på danseklubberne målet for projektet »The sound decisions« ([178]). I Luxembourg findes der imidlertid ikke nogen retlig ramme for narkotikatjenesternes muligheder for at gribe ind på natklubber.

I Nederlandene afholdes »train-the-trainer«-kurser i førstehjælp for narkotikatilfælde i fritidsmiljøer.

Det nederlandske »Going out and drugs«-initiativ er rettet mod forskellige miljøer uden for skolen, hvor de unge bruger stoffer, herunder »coffee shops«, diskoteker, fester og klubber samt steder, hvor der afholdes større musikarrangementer.

Adskillige projekter henvender sig til stofbrugerne inden for musikscenen for at minimere risiciene ved indtagelse af legale og illegale stoffer. Somme tider kører projektpersonalet rundt til de forskellige arrangementer i en camper, hvilket giver en rolig atmosfære for uformel rådgivning. Særlige hotlines eller websteder ([179]) kan være ekstra elementer.

Der er i forbindelse med projekterne i EDDRA ([180]) foretaget en oversigt over og analyse af eksempler på forebyggelse i partymiljøer. En oversigt over aktuelle projekter og politikker findes i en række onlinetabeller ([181]).

Specifikke rådgivningstjenester på stedet og test af piller direkte i forbindelse med rave-arrangementer er — ifølge en nylig undersøgelse finansieret af Kommissionen — effektive midler til at nå de unge, der skønt de tager stoffer regelmæssigt, ikke ser sig selv som stofbrugere og ikke ville kontakte etablerede narkotikahjælpetjenester. Undersøgelsen fandt også, at pilletest ikke modarbejder abstinensrelaterede forebyggelsestilbud ([182]). Disse tilbud er udvidet i Østrig og Spanien, mens de i Nederlandene er begrænset til tilbud af høj standard, der skal sikre, at de anvendte metoder er præcise.

Af andre initiativer kan nævnes støtte fra jævnaldrende, selvhjælpsgrupper og alternativer til narkotikabrug, såsom information og psykosocial støtte samt inddragelse i kultur- og sportsaktiviteter (f.eks. på sommerlejre i Grækenland). I Spanien har alternative fritidsprogrammer i nogle år været tilgængelige I hele landet.

I Norge, Sverige og Danmark findes »natteravnene«, som er frivillige voksne, der på weekendaftener og -nætter patruljerer i gaderne i bycentrum. Deres opgave er at være synlige og til rådighed for de unge. Ideen er, at deres tilstedeværelse reducerer sandsynligheden for vold og skade.

Unge i socialt dårligt stillede områder

I Sverige har Narkotikakommissionen foretaget en gennemgang af den eksisterende forskningslitteratur om præventive tiltag (Narkotikakommissionen, 2000), og konklusionen var, at der er behov for tre typer af initiativer: specifikke initiativer rettet mod de fattigste i samfundet; generelle initiativer til forbedring af folkesundheden og initiativer, der sigter på at hjælpe udsatte familier.

Irland, Portugal og Det Forenede Kongerige er de eneste medlemsstater, som kortlægger særlige områder med det formål at tilbyde særlige programmer på disse områder. Irlands Young People's Facilities og Services Fund (YPFSF) har til formål at tiltrække »udsatte« unge i dårligt stillede områder til institutioner og aktiviteter, som afleder dem fra farerne ved stofbrug. I Det Forenede Kongerige opererer netværket »Positive Futures« i 57 dårligt stillede områder på at vende udsatte unge bort fra narkotika og kriminalitet gennem inddragelse i sport. De foreløbige resultater er opløftende, idet der ses fald i kriminaliteten og pjækkeriet

([177]) Figur 54 OL: Forebyggelse rettet mod målgrupper i fritidsmiljøer (onlineversion).
([178]) Se http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=356
([179]) Se http://www.emcdda.eu.int/responses/infosites.shtml
([180]) Se http://eddra.emcdda.eu.int:8008/FurtherReading/eddra_party_settings.pdf
([181]) Tabel 16 OL: Primære kvantitative parametre for forebyggelse i fritidsmiljøer; tabel 17 OL: Opsøgende arbejde/forebyggelse i fritidsmiljøer; og tabel 18 OL: Oversigt over politikker og rammer for opsøgende arbejde/forebyggelse i fritidsmiljøer (onlineversion).
([182]) Se http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828

samt en øget samfundsbevidsthed. Health Action Zones (HAZ'er) er partnerskaber mellem flere forskellige institutioner, der er placeret i nogle af de socialt dårligst stillede områder i England, og deres mål er at tage fat på de sundhedsmæssige uligheder gennem moderniseringsprogrammer inden for social- og sundhedsområdet, der skal dække et bredt spektrum af udsatte unge, som kunne risikere at misbruge stoffer (130 projekter og initiativer i de 26 HAZer). »Connexions« er en støtte- og rådgivningstjeneste i Det Forenede Kongerige for unge i alderen 13-19 år, som omfatter identifikation af udsatte unge og foretager henvisninger til specialiserede narkotikatjenester. 27 sådanne partnerskaber var klar i 2002, og yderligere 20 ventes etableret i 2003.

I Det Forenede Kongerige foretog samtlige narkotikaindsatsgrupper (Drug Action Teams) (DAT) en vurdering af de unges behov i 2001 og skal via Young People Substance Misuses Plans (YPSMPS) planlægge tilbud til de unge, bl.a. almene forebyggende tjenester og behandling for stofmisbrug, i henhold til lokale behov.

Mobile centre, der er rettet mod unge på gaden, samarbejder i Østrig tæt med andre relevante hjælpeorganisationer om at yde assistance til stofbrugende teenagere og unge voksne på et tidligt stadium. Det forventes, at den geografiske dækning af disse centre fremover vil blive øget ([183]).

Walkers-ungdomscaféerne ([184]) i Finland går ind tidligt i forløbet og opererer i dag på 24 forskellige steder. Her spiller frivillige, uddannede voksne med støtte fra uddannede ungdomsmedarbejdere en stor rolle. Der er blevet gjort en indsats for at gøre ungdomscafeerne til sikre mødesteder. Tilsvarende findes der i en regional sundhedssektor i Irland en Health Advice Café med det formål at tilvejebringe kombinerede forebyggelses- og sundhedstilbud, som unge mennesker har direkte adgang til.

I Norge findes der opsøgende tjenester i de fleste større kommuner. Deres formål inkluderer forskellige præventive initiativer rettet mod større børn og unge samt rådgivning og henvisning til støtte- og behandlingstjenester.

Unge lovovertrædere

Nogle medlemsstater tilbyder specifik støtte, undervisning og opsøgende initiativer til udsatte unge, herunder unge lovovertrædere. Et vigtigt resultat af disse initiativer har været at nedbringe antallet af unge, der straffes for begået kriminalitet.

Disse initiativer skal være alternativer til lovhåndhævelses- og straffestrategier og tager sigte på at mindske eller forhindre de unge i at komme ind på en kriminel løbebane med deraf uoprettelige følger. I Det Forenede Kongeriges »Youth Offending Teams« (YOT) deltager også narkomaner, som vurderer unge lovovertræderes stofmisbrug og, hvor det er muligt, tilbyder at gribe ind for at forhindre yderligere misbrug. »MSF« ungdomssolidaritetsprojektet i Luxembourg opererer på et tilsvarende grundlag i direkte samarbejde med dommere ved ungdomsretterne og kompetente politimyndigheder.

FRED-projektet i Tyskland er rettet mod hurtig indgriben over for nye stofbrugere ([185]). Finske lovhåndhævelsesprojekter arbejder ud fra samme principper.

Unge mennesker med behov for behandlingstilbud

Et ønske om narkotikabehandling er en vigtig indikator for stofafhængighed og stort behov. I 2001 tegnede unge op til 19 år sig for knap 10 % af det samlede antal ønsker om specialbehandling for narkotikamisbrug i EU. Over halvdelen af disse unge mennesker fik behandling for cannabis som deres primære stof. Næsten en fjerdedel fik behandling for opiatproblemer, og resten var ligeligt fordelt på behandling for brug af kokain og andre stimulerende stoffer. Der er dog nationale variationer, og Irland behandler således en større andel af unge end noget andet land i EU. Behandlingen af unge under 18 år kompliceres bl.a. af forældrenes accept og bekymringerne ved at ordinere substitutionsstoffer, idet der mangler fyldestgørende forskning i effekten af disse stoffer på denne aldersgruppe. De fleste unge i behandling med alvorlige narkotikaproblemer indgår i normale behandlingsforløb.

I nogle lande er der udviklet specialiserede behandlingstilbud. I Nederlandene er der eksempelvis en mindre klinik, som retter sig mod de 13-18-årige. I Finland lægges der særlig vægt på et vedvarende og intensivt psykosocialt behandlingsforløb med nødvendig institutionsbehandling. Baseret på oplysninger fra 1999 var der seks behandlingsenheder for unge stofmisbrugere med i alt 40 sengepladser. Derudover var der tre opdragelseshjem med speciale i narkotikabehandling og i alt 23 sengepladser. I Luxembourg findes der et specialcenter, og her er 43 % af klienterne under 16 år. I Grækenland er en hurtig indsats rettet mod stofbrugende teenagere og deres familier (familieterapi) såvel som mod unge, der er på kant med loven.

I Sverige kan unge mellem 12 og 21 år med alvorlige psykosociale problemer, ofte forbundet med elementer af kriminel adfærd og brug af psykoaktive stoffer, tvinges i institutionsbehandling. Behandlingsmetoderne omfatter miljøterapi, funktionel familieterapi, kognitiv adfærdsterapi samt 12-trinsmetoden for stofmisbruget. Som alternativ til fængsel vil unge kriminelle efter ungdomsforsorgsloven (de

([183]) Se Auftrieb i http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2086
([184]) Se http://www.asemanlapset.fi/walkers-nuorisokahvilat/walkers-kahvilat_suomessa/
([185]) Se EDDRA http://eddra.emcdda.eu.int:8008/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091

særlige bestemmelser) blive anbragt i lukkede behandlingsinstitutioner for unge ([186]). For yderligere informationer om behandlingstiltag se s. 49.

Social udstødelse og reintegration

Definitioner og begreber

Andelen af den europæiske befolkning, der er truet af fattigdom og social udstødelse, varierer fra 9 % til 22 % ifølge den seneste undersøgelse over »social usikkerhed og integration« ([187]) (Det Europæiske Råd 2001). Mennesker anses for at være socialt udstødte, hvis de »er forhindret i fuld deltagelse i det økonomiske, sociale og civile liv, og/eller når deres adgang til indtjening og andre ressourcer (personlige, familiære og kulturelle) er så utilstrækkelige, at det forhindrer dem i at opretholde en levestandard, som anses for at være acceptabel af det samfund, de lever i.« (Gallie og Paugam, 2002).

Social udstødelse kan således defineres som en kombination af mangel på økonomiske ressourcer, social isolation og begrænset adgang til sociale og civile rettigheder; det er i ethvert samfund et relativt begreb (CEIES, 1999) og repræsenterer en progressiv akkumulering af sociale og økonomiske faktorer over tid. Faktorer, som kunne bidrage til social udstødelse, er problemer relateret til arbejde, uddannelses- og levestandard, sundhed, nationalitet, narkotikabrug, kønsforskel og vold (Det Europæiske Råd, 2001; nationale rapporter, 2002).

Stofbrug kan anses for at være enten en konsekvens af eller en årsag til social udstødelse (Carpentier, 2002): Stofbrug kan føre til en forringelse af levevilkårene, men på den anden side kan sociale marginaliseringsprocesser være årsag til, at man begynder at tage stoffer. Ikke desto mindre er sammenhængen mellem stofmisbrug og social udstødelse ikke nødvendigvis årsagsbetinget, idet social udstødelse »ikke gælder for alle stofbrugere« (Tomas, 2001).

Under hensyntagen til denne kompleksitet er det muligt både at analysere stofbrugen blandt socialt udelukkede befolkningsgrupper og at studere social udstødelse blandt narkomaner (figur 22).

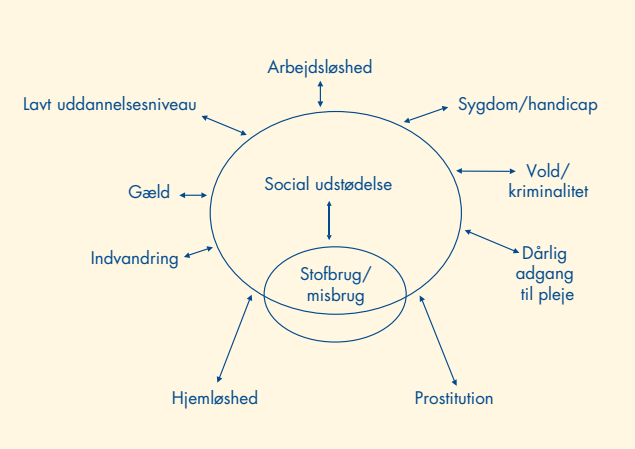
Mønstre for stofbrug og observerede konsekvenser blandt socialt udstødte befolkningsgrupper

I litteraturen og forskningen anses følgende populationer sædvanligvis for at være udsat for social udstødelse: indsatte i fængsler, indvandrere ([188]), hjemløse, sexarbejdere og udsatte unge. Da der ikke er nok informationskilder og sammenlignelige data på tværs af Europa, skal der tages højde for skævheder og metodiske begrænsninger i de præsenterede informationer om brug af stoffer og brugsmønstre blandt socialt udstødte grupper.

Det er påvist, at der er en tæt kobling mellem det at være fængslet og det at være stofbruger (se også s. 34). Mange indsatte tager stoffer allerede før, de kommer i fængsel, og årsagen til deres fængsling skyldes ofte stofbrug. Nogle følger imidlertid en modsat løbebane og bliver først stofbrugere efter at være kommet i fængsel for kriminalitet, de har begået. Undersøgelser peger på, at mellem 3 % og 26 % af stofbrugerne i de europæiske fængsler begynder at tage stoffer, mens de sidder i fængsel, og mellem 0,4 % og 21 % af indsatte intravenøse stofbrugere sprøjter sig første gang, mens de sidder i fængsel. Stofbrug i fængslerne er meget udbredt: op til 54 % af de indsatte angiver at have taget stoffer, mens de sad i fængsel, og op til 34 % angiver, at de har sprøjtet sig, mens de sad i fængsel (Stoever, 2001; EONN, 2002a).

Koblingen mellem »sorte og etniske minoritetsgrupper« og stofbrug er mindre klar, idet der kun findes få informationer. Der er intet videnskabeligt belæg for, at stofbrugen er højere blandt indvandrere end i befolkningen som helhed. Visse undersøgelser af specifikke etniske minoritetsgrupper har dog kunnet påvise en højere andel af problematiske stofbrugere blandt disse grupper end i befolkningerne som helhed — det gælder f.eks. ingrierne i Finland (hvoraf 1-2 % skønnes at være heroinbrugere), kurderne i Tyskland, sigøjnerne i Spanien og forskellige etniske grupper i Nederlandene (Vrieling *mfl.*, 2000) ([189]). Årsagerne hertil kan søges i en kombination af socialt

Figur 22: Forholdet mellem social udstødelse og stofbrug



([186]) Se http://www.stat-inst.se/article.asp?articleID=87
([187]) Eurobarometerundersøgelse 56.1: http://europa.eu.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/eurobarometer_en.pdf
([188]) Ifølge EONN (2002b) defineres indvandrere som »sorte og etniske minoritetsgrupper« og omfatter grupper af indvandrere fra diverse samfund, som lever i EU.
([189]) Tabel 19 OL: Opdeling af primære afhængighedsproblemer (alkohol, heroin, kokain, cannabis og hasardspil) i Nederlandene blandt indvandrere og indfødte hollændere (onlineversion).

ugunstige faktorer som f.eks. dårlig beherskelse af det lokale sprog, arbejdsløshed og boligproblemer, dårlig levestandard og mangel på økonomiske ressourcer (nationale rapporter, 2002).

Hvad angår mønstre for stofbrugen, er der fundet forskelle imellem etniske grupper. Brugen af khat indberettes kun af populationer af somaliere og sorte afrikanere, mens der ryges heroin af indvandrere fra Surinam og Bangladesh. Stofbrugen blandt sigøjnerne i Spanien begynder tilsyneladende tidligere (2-3 år) end i den indfødte befolkning (Eland og Rigter, 2001; Reinking *mfl.*, 2001; Fundación Secretariado General Gitano, 2002).

Også hjemløse angives at være udsat for stofbrug. Der findes ikke nogen sammenlignelige data om koblingen mellem hjemløshed og stofbrug på tværs af EU-landene, men der er i mange lande gennemført specifikke studier, og stofbrug angives som et hyppigt problem blandt de hjemløse (nationale rapporter, 2002). Danmark, Frankrig, Nederlandene og Det Forenede Kongerige indberetter, at op til 80 % af de hjemløse, der bor på herberger, er narkomaner; og forekomsten er endnu højere blandt mennesker, der bor på gaden eller hjemløse med andre sociale problemer. Ifølge en mindre undersøgelse udført i Irland, er f.eks. 67 % af de hjemløse tidligere straffede således narkomaner (Hickey, 2002). Blandt de hjemløse er heroin det hyppigst anvendte stof efterfulgt af kokain og blandingsbrug. Der er også andre former for høj risikoadfærd som eksempelvis intravenøs stofbrug og sprøjtedeling blandt de hjemløse ([190]).

Blandt udsatte unge meldes om hyppig brug af stoffer. Forekomsten er således høj blandt børn, som har oplevet familiære og sociale problemer eller problemer i skolen. Der er fundet høj forekomst af stofbrug blandt børn af narkomaner: langtidsbrugen af stoffer blandt børn, hvis forældre har brugt stoffer inden for det seneste år, er signifikant højere end hos den »ikke-udsatte« gruppe (langtidsforekomster på 37-49 % sammenlignet med 29-39 % blandt børn af ikke-stofbrugende forældre) ([191]). Adskillige undersøgelser anfører, at børn, som er blevet misbrugt seksuelt eller fysisk inden for familien, har en højere risiko for at bruge stoffer som voksne (Liebschutz *mfl.*, 2002). I Portugal er sandsynligheden for, at unge ofre for misbrug og vold i familien bruger heroin, syv gange større end for unge i den almindelige befolkning (Lourenço og Carvalho, 2002). I Det Forenede Kongerige synes »bortløbne unge« ([192]) at have en højere tendens til at misbruge stoffer. Raterne for langtidsbrug af stoffer er 2-8 gange højere end blandt unge, der aldrig er løbet væk hjemmefra. De hyppigst anvendte stoffer er crack, heroin og opløsningsmidler. Problemer i skolen er en anden risikofaktor i forhold til det at tage stoffer: Der meldes om høj forekomst af stofbrug blandt unge, der pjækker fra skolen (Amossé *mfl.*, 2001), opholder sig på opdragelsesanstalter (det indberettedes, at 40 % af eleverne på opdragelsesanstalter i Finland på et tidspunkt havde haft et afhængighedsproblem, hvoraf 16 % var relateret til narkotika) (Lehto-Salo *mfl.*, 2002) og blandt unge med dårlige karakterer i skolen (13,5 % i Norge) (Vestel *mfl.*, 1997).

Blandt sexarbejdere er stofbrug ofte motivation for prostitution, men kan også være en følge (som det er tilfældet for andre faktorer med relation til stofbrug). Mønstrene for stofbrugen varierer alt efter, om prostitutionen sker før eller efter narkomanien. En kvalitativ italiensk undersøgelse blandt gadeprostituerede konkluderede, at når sexarbejdere begynder at tage stoffer for at klare problemer i relation til prostitutionen, bruger de primært alkohol, beroligende midler eller andre psykoaktive former for medicin. Er narkomani derimod hovedårsag til prostitutionen, er heroin det hyppigst anvendte stof (Calderone *mfl.*, 2001).

Knap så mange forskningsresultater eller data findes der om andre socialt udstødte grupper. Danmark indberetter, at blandt psykiatriske patienter er 50-60 % narkomaner — sandsynligvis på grund af den udbredte tilgængelighed af stoffer samt det forhold, at sådanne patienter er vant til at tage psykoaktive former for medicin (national rapport, 2002).

Forholdet mellem social udstødelse og stofbrug

Der findes flere data om de sociale vilkår blandt den behandlede population. Socioøkonomiske faktorer i relation til stofbrugen er blandt andet: lave uddannelsesniveauer, tidligt ud af skolen eller skoleophør; arbejdsløshed, lave lønninger og vanskelige job; lav indtjening og gæld; usikre boligforhold og hjemløshed; dødelighed og narkotikarelaterede sygdomme; dårlig adgang til pleje; og socialt stigma (tabel 5).

Relevante forskelle i de sociale vilkår for stofbrug findes ved hjælp af det benyttede stof samt mønstrene for stofbrugen

([190]) Det britiske indenrigsministerium anfører, at over en tredjedel af de hjemløse i UK har taget heroin intravenøst, mens en femtedel har sprøjtet sig med crack. I løbet af den seneste måned vil over 10 % sandsynligvis have brugt en andens sprøjte eller lånt sin egen videre (Carlen, 1996; Goulden og Sondhi, 2001).
([191]) Ifølge en undersøgelse foretaget i England og Wales i 1998-99 blandt 4 848 unge (Goulden og Sondhi, 2001).
([192]) Den britiske vicepremierministers kontor for social udstødelse definerer en »ung bortløben« som »et barn eller ung under 18 år«, som tilbringer en eller flere nætter væk fra familiens hjem eller varetægt uden tilladelse, eller som er blevet tvunget til at forlade hjemmet af deres forældre eller plejepersonale (Social Exclusion Unit, 2002).

— de dårligste vilkår findes blandt heroin- og opiatbrugere samt blandt kroniske narkomaner.

47 % af alle klienter i behandling i 2001 har aldrig gået i skole eller har kun afsluttet grundskolen; ligeledes er procentsatsen høj af stofbrugere, der forlader skolen tidligere eller vælger helt at holde op. Der er forskelle alt efter det primære brugsstof og alt efter land ([193]): opiatbrugere (navnlig heroinbrugere) har det laveste uddannelsesniveau (nationale rapporter, 2002).

Stofbrugere har også på grund af deres usikre sociale vilkår problemer i forhold til jobstatus; arbejdsløshedsprocenterne er meget høje sammenlignet med befolkningen som helhed (47,4 % blandt stofbrugende klienter sammenlignet med 8,2 % ([194]) i befolkningen som helhed); det er vanskeligt at finde et job, og det er sjældent, at narkomanerne beholder det ret længe eller avancerer i jobbet (DrugScope, 2000) ([195]). En usikker jobsituation kan føre til økonomiske problemer; narkomaner har hyppigt lav indtjening eller ingen økonomiske ressourcer (32-77 % af klienterne i behandling lever af sociale ydelser). Det er også almindeligt at have gæld.

Narkomanernes livsbetingelser indberettes ofte som meget dårlige: 10 % af klienterne lever under ustabile boligforhold, og 7,5 % bor på en institution. Hertil kommer, at mange lande indberetter høje procenter for hjemløse (indtil 29 %) blandt narkomaner ([196]).

Tabel 5: Sociale vilkår (uddannelse, jobstatus, bolig) for klienter i behandling i EU-medlemsstaterne i 2001

Sociale vilkår		Stofbrugere i behandling (i %) ([1])
Uddannelse (n = 98 688)	Har aldrig gået i skole/har aldrig afsluttet grundskolen	8,0
	Primærtrinnet (klassetrin 1-6)	43,6
Jobstatus (n = 100 000)	Arbejdsløs	47,4
	Uden for arbejdsstyrken	9,6
Boligforhold (n = 41 299)	Ustabil boligsituation	10,4
	Institutioner	7,5

([1]) Procenterne er beregnet på baggrund af det samlede antal tilfælde indberettet under hvert enkelt punkt; det samlede tal kan ikke opsummeres til 100 %, da kun værdier af interesse for dette kapitel er angivet (har aldrig gået i skole, arbejdsløs mv.). For de fuldstændige tal se figur 55 OL: Uddannelsesniveau blandt alle klienter fordelt på land; figur 56 OL: Arbejdsmarkedsstatus blandt alle klienter fordelt på land; og figur 57 OL: Livsbetingelser blandt alle klienter fordelt på land (onlineversion).

Kilder: Nationale Reitox-rapporter — TDI-data 2001.

Med hensyn til nationalitet ligner karakteristikaene den generelle befolkningsstruktur ([197]). Klienterne er hovedsageligt statsborgere i det land, hvor de søger behandling, og antallet af klienter fra andre lande (europæiske eller ikke-europæiske) ligger på linje med andelen af udlændinge i befolkningen som helhed. Det bør dog noteres, at det i visse lande ikke er tilladt at registrere klienternes nationalitet/racetilhørsforhold, og følgelig er sådanne informationer ikke fuldt tilgængelige.

Bortset fra de direkte sundhedskonsekvenser (se s. 24 og 28) kan narkomanerne have svært ved at få adgang til pleje. Det kan skyldes manglende lyst til at have med de sociale tjenester at gøre eller dårlig uddannelse, en lav acceptgrad hos de fleste sundhedstjenester og særlige sundhedsproblemer, som de pågældende tjenester ikke er gearet til.

Endelig lider narkomanerne af et negativt socialt image og kan møde fjendtlighed hos befolkningen i almindelighed og hos offentlige myndigheder. En undersøgelse foretaget i et fængsel i Wien viste, at narkomanerne kan opleve vold og mishandling fra politifolk eller andre offentlige tjenestemænd (Waidner, 1999).

Social reintegration

Der er både i EU-landene og i Norge udarbejdet initiativer til bekæmpelse af social udstødelse blandt grupper med eller uden narkotikaafhængighedsproblemer og med de sociale konsekvenser af stofbrug/misbrug.

Med udgangspunkt i Den Europæiske Unions narkotikastrategi (2000-04) (Rådet for den Europæiske Union, 2000) og en særskilt undersøgelse af social reintegration i EU og Norge (EONN, 2003b) kan social reintegration defineres som »enhver indsats med henblik på integration af narkomaner i samfundet«.

Indgreb i forhold til social reintegration er rettet både mod aktuelle og tidligere problematiske stofbrugere, som varierer fra velfungerende »stoffri« tidligere narkomaner og klienter i langvarig metadonbehandling til stærkt underprivilegerede gadenarkomaner. Et behandlingselement, det være sig medicinsk eller psykosocialt, er ikke nødvendigvis påkrævet. Det betyder også, at social reintegration ikke nødvendigvis sker efter behandling, men kan finde sted uafhængigt af tidligere behandling — enten som det sidste skridt i et

([193]) Figur 55 OL: Uddannelsesniveau blandt alle klienter fordelt på land (onlineversion).
([194]) Gennemsnitlig arbejdsløshedsprocent blandt de 15 medlemsstater (Eurostat, 2002).
([195]) Figur 56 OL: Arbejdsmarkedsstatus blandt alle klienter fordelt på land (onlineversion).
([196]) Figur 57 OL: Livsbetingelser blandt alle klienter fordelt på land (onlineversion).
([197]) Figur 58 OL: Klienternes nationalitet fordelt på land (onlineversion).

behandlingsforløb eller som et separat og uafhængigt indgreb efter behandling, foretaget af ikke-behandlingstjenester med deres egne mål og midler. Sociale reintegrationstjenester er ikke udelukkende rettet mod de problematiske brugere af illegale stoffer, men kan sigte mod alle former for afhængige (herunder dem, der er afhængige af alkohol og legale stoffer) eller sågar alle socialt udstødte grupper (f.eks. hjemløse).

Det er umuligt at udarbejde en kvantitativ oversigt over de sociale reintegrationsinitiativer i EU-medlemsstaterne, idet termen »social reintegration« ikke anvendes konsekvent. Selv om forskellige tilbud kan eksistere i forlængelse af hinanden, findes der på nationalt plan typiske generelle måder at »tilvejebringe« social integration på:

- rettet mod udstødte grupper med eller uden afhængighedsproblemer
- rettet mod personer med afhængighedsproblemer generelt
- rettet utvetydigt og udelukkende mod problematiske brugere af illegale stoffer (figur 23) ([198]).

Det er vanskeligt at vurdere antallet af tilgængelige sociale reintegrationstjenester og om den tilbudte service er tilstrækkelig, men udfra de dokumenterede fakta at dømme er antallet af faciliteter dog sandsynligvis for lavt. Tyskland skønner eksempelvis, at det har behov for omkring 25 000 resocialiseringspladser, hvor det reelle antal ligger i størrelsesordenen 4 000. Et beskæftigelsesprojekt i Østrig fik dobbelt så mange ansøgninger, som der var pladser, og måtte i gennemsnit afvise 15 personer om dagen.

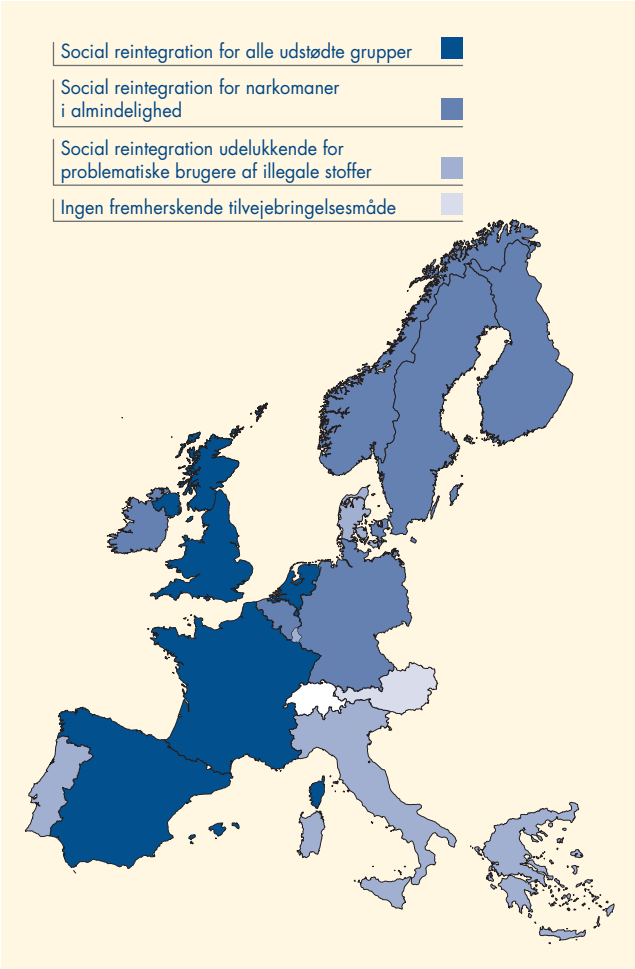
Social reintegration kan sammenfattes til tre primære former for indgreb: uddannelse (hvilket inkluderer praktisk træning), bolig og beskæftigelse.

Mange stofbrugere har et lavt uddannelsesniveau, og mange nationale rapporter beskriver en dårlig relation mellem problematiske stofbrugere og arbejdsmarkedet (Grækenland (Kavounidi, 1996), Danmark (Stauffacher, 1998), Nederlandene (Uunk og Vrooman, 2001). Som følge heraf ville initiativer rettet mod en opgradering af narkomanernes teoretiske, tekniske eller praktiske færdigheder kunne forbedre deres chancer på arbejdsmarkedet.

Beskæftigelsestiltag kan antage mange forskellige former. I Grækenland tilbydes således økonomisk støtte til virksomheder, der ansætter en narkoman i et konkurrencedygtigt job. Andre foranstaltninger kan være at etablere en jobservice, som f.eks. Wiener-jobbørsen i Østrig, eller at hjælpe klienterne til at etablere deres egne virksomheder, hvilket sker både i Grækenland og i Spanien i regi af et beskæftigelsesprogram til fremme af egenbeskæftigelse (denne form for foranstaltninger overlapper med uddannelse/træning).

Endelig har tilbud om at skaffe bolig eller hjælpe med at finde bolig det sigte at få en vis stabilitet ind i klienternes liv. Boligformidlingen kan være et tilbud i sig selv, men vil ofte være fulgt op af psykosocial bistand og en vis grad af overvågning. Et eksempel på sideløbende psykosocial behandling er »Haus am Seespitz« i Tyrol, som har en åben efterbehandlingsgruppe for klienter, som mødes i boligfaciliteter. I Belgien tilbyder »Habitations Protégées« både boliger og psykiatrisk behandling. En irsk undersøgelse (national irsk rapport (Hickey 2002) viste, at 79 % af tidligere indsatte kvinder og 76 % af tidligere indsatte mænd angav, at det at finde en egnet bolig var deres primære problem og årsag til deres sociale udstødelse — hvilket viser, at boligformidling er en vigtig resocialiseringsforanstaltning.

Figur 23: Vigtigste foranstaltninger til social reintegration af problematiske stofbrugere i EU og Norge



Kilder: Nationale Reitox-rapporter.

([198]) For mere dybtgående informationer og landeoversigter, se undersøgelsen »Social reintegration i Den Europæiske Union og Norge« (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/social_reintegration_eu.pdf).

Offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer ([199])

Den Europæiske Unions narkotikastrategi (2000-04) anfører, at Rådet og Europa-Kommissionen med udgangspunkt i EONN's og Pompidou-gruppens arbejde skal tilstræbe at udarbejde en specificeret liste over alle offentlige udgifter på narkotikaområdet.

I bestræbelserne på at leve op til Den Europæiske Unions narkotikastrategi undersøger EONN — med værdifuld bistand fra de nationale Reitox-knudepunkter — i denne beretning de direkte offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer, som er påløbet i 1999 ([200]). Der fokuseres på udgifter på nationalt og regionalt plan, bekæmpelse af stofbrug, behandling af misbrug (døgn- og ambulante behandlingscentre, substitutions- og stoffri behandling), resocialisering og reintegration, opsøgende arbejde, skadesreduktion og uddannelse samt undersøgelser og koordination i forbindelse med begrænsning af efterspørgslen. Med henblik på en bedre afgrænsning af undersøgelserne har vi udeladt de direkte udgifter, som er afholdt af private sundhedsorganisationer (terapicentre, klinikker mv.), og indirekte udgifter, afholdt af generelle serviceudbydere som sygehuse og skadestuer. Endelig er det bredere og langt mere komplekse spørgsmål om de sociale omkostninger ved illegale stoffer ikke blevet berørt.

Hovedformålet med at behandle spørgsmålet om offentlige udgifter på narkotikaområdet (om end i begrænset udstrækning) i denne beretning er at gøre EU-landene opmærksomme på vigtigheden af at skabe en narkotikapolitisk indikator i stedet for empiriske beviser.

Dataenes begrænsning og pålidelighed

Selv om vi har begrænset vores område, bekræfter de opnåede resultater de vanskeligheder, der opstår på grund af manglende datatilgængelighed og -indsamling på et område, som er relativt underudviklet i EU. Ud over de »ad hoc«-undersøgelser, der er foretaget som led i forberedelsen af denne beretning ([201]), er det kun meget få undersøgelser, der er gennemført til kvantificering af de offentlige midler, der afsættes til behandling af narkotikaproblemer i EU ([202]). De fleste EU-lande kan ikke præcist sige, hvor meget de bruger på bekæmpelse narkotika og stofmisbrug.

De fleste deltagere i undersøgelsen kunne således ikke formidle omfattende data. Visse taloplysninger savnes, og ofte er beregningerne baseret på skøn og ekstrapolation ([203]).

Som indberettet af et stort antal knudepunkter og bekræftet af litteratur på området, er der mindst fem faktorer, som kan begrænse denne type undersøgelser: 1) De manglende data fra visse områder og lande; 2) vanskeligheden med at isolere data om illegale stoffer fra data, der både omfatter illegale stoffer og alkohol; 3) de mange forskelligartede udgiftsansvarlige aktører og organisationer på statsligt, regionalt og lokalt plan; 4) problemet med præcist at opdele offentlige udgifter på teoretiske kategorier som f.eks. efterspørgsels- og udbudsbegrænsning; 5) vanskelighederne ved at opdele udgifterne inden for disse to kategorier efter indsatsområde (behandling, primær forebyggelse, rehabilitering, samarbejde, koordinering osv.).

Det er dog interessant at bemærke, at selv om denne form for undersøgelser klart vanskeliggøres af metodologiske problemer, viser beslutningstagerne en stigende interesse i at gå de offentlige budgetter efter i sømmene ([204]), både som et grundlag til at træffe beslutninger på og som en måde at måle resultater på.

Udgifter til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter

Ved oprettelsen af »en liste« over alle direkte offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter i EU-medlemsstaterne på basis af de modtagne data fra de nationale knudepunkter, er der gjort forsøg på at sammenligne tilsvarende udgifter.

Selv om der er truffet alle mulige statistiske forholdsregler, er det ikke muligt at imødegå det problem, at de indberettede tal af og til kan referere til forskellige kategorier i de forskellige lande, og at tallene for visse lande ikke foreligger. For Belgien, Danmark, Italien og navnlig Tyskland og Sverige savnes en række relevante oplysninger om efterspørgselsbegrænsende initiativer, hvorfor de samlede tal er kraftigt undervurderet. For andre landes vedkommende (Grækenland, Spanien, Frankrig, Luxembourg, Østrig og

([199]) Forskellene i de tilgængelige data begrænsede muligheden for at foretage sammenligninger landene imellem. Der findes et mere detaljeret billede af udgifterne på narkotikaområdet i hver enkelt medlemsstat på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml

([200]) Referenceår for Den Europæiske Unions narkotikastrategi (2000-2004) »snapshot«-indberetningsøvelse.

([201]) EONN skylder en særlig tak til de græske, østrigske og portugisiske knudepunkter for deres specifikke forskning og undersøgelser på dette område, som øger merværdien af nærværende årsberetning. Ligeledes en tak til professor Pierre Kopp for validering af undersøgelsen.

([202]) Belgien (2003), Luxembourg (2002), Det Forenede Kongerige (2002); yderligere referencer findes på http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml

([203]) Vort ønske om at medtage så mange lande som muligt, for at give et fuldstændigt europæisk billede, er i konflikt med manglen på data i nogle af landene. Dette betyder, at vi har bevaret et bredt perspektiv, samtidig med at analyse- og sammenligningskapaciteten er blevet kraftigt reduceret på grund af de usikre endelige tal.

([204]) Belgien (2003), Luxembourg (2002), Det Forenede Kongerige (2002). Flere referencer findes på EONN's websted (http://www.emcdda.eu.int/policy_law/national/strategies/public_expenditure.shtml).

Portugal) kan dataene anses for at være mere omfattende, om end der er en vis rest af usikkerhed i forhold til de udgiftskategorier, der er medtaget. Navnlig for Nederlandene og Norge vedrører de indberettede skøn både illegale stoffer og alkohol, hvorfor de endelige tal for de to lande bliver forholdsvis høje i forhold til de øvrige. Endelig refererer de fleste data til 1999 som referenceår for evalueringen af EU's handlingsplan, men der er visse undtagelser. For Irland er de indberettede data baseret på statens planlagte udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer for året 2000, mens der for Frankrig er tale om data, der går tilbage til 1995. For det Forenede Kongerige er der tale om data fra budgetåret 2000-2001. Der skal tages højde for ovennævnte begrænsninger ved tolkningen af beløbene indeholdt i tabel 6.

De samlede beløb, der i 1999 er brugt på efterspørgselsbegrænsende aktiviteter i EU-landene, afspejler grundlæggende hvert lands størrelse og velstand (Kopp og Fenoglio, 2003). Ikke overraskende synes de største og rigeste lande (Tyskland, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige) i absolutte tal at afsætte flere økonomiske ressourcer end de små lande, om end tallene også er relativt høje for Nederlandene og Norge (muligvis fordi foranstaltningerne mod alkoholafhængighed er omfattet af disse tal).

Det fremgår af en række undersøgelser (Kopp og Fenoglio, 2003); Origer 2002; Godfrey *mfl.*, 2002), at denne form for skøn kan være en værdifuld informationskilde på nationalt plan. Sammenligninger over tid i et land kan afsløre stigninger eller fald i budgetterne på narkotikaområdet. Sammenligninger mellem sektorer (efterspørgsel, forsyning, internationalt samarbejde osv.) kan ud over de formelle strategier afsløre den reelle finansielle indsats, som gøres mod narkotikafænomenet.

På EU-plan kan sammenligninger mellem landene (de mest komplekse) fastsætte fælles mønstre eller forskelle, hvad angår de ressourcer, der afsættes til narkotikapolitikken. Således kan udgifterne sammenlignes med det europæiske gennemsnit eller med andre regioner i verden.

Desuden kan brugen af makroøkonomiske indikatorer (såsom bruttonationalproduktet (BNP), den samlede befolkning, de samlede regeringsudgifter eller antallet af problematiske stofbrugere) på nationalt og europæisk plan bidrage til at måle udgifternes omfang og give en mere informativ tolkning af data, der adskilt ville have begrænset værdi.

Sammenligningen af udgifterne til efterspørgselsbegrænsende initiativer inden for narkotikaområdet og f.eks. BNP for hvert land viser, hvor mange midler et land anvender til forebyggelse af stofbrug og bekæmpelse af konsekvenserne af narkotika. Det fremgår af de data, der er indsamlet i denne undersøgelse, at Norge i 1999 allokerede ca. 0,1 % af dets økonomiske velstand (BNP), fulgt af Nederlandene (0,078 %) (selv om narkotika og alkohol indgik i begge landes skøn). Portugal (0,074 %), Finland (0,073 %) og Irland (0,070 %) brugte den største andel af BNP til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter på narkotikaområdet; til sammenligning halter de største og tilsyneladende rigeste lande bagud. Da dataene for sidstnævnte er ufuldstændige, kan dette imidlertid være skyld i afvigelserne.

Hvordan disse data skal læses, er ikke helt ligetil, og ikke kun på grund af datamanglen. Den del af ressourcerne, der bruges til bekæmpelse af stofafhængighed i EU-landene, afspejler omfanget af narkotikaproblemet eller foranstaltningernes størrelse (eller begge dele) eller niveauet for de sociale og sundhedsmæssige foranstaltninger blandt befolkningen. En gennemgang af disse spørgsmål kan bidrage til at opnå en bedre og dybere forståelse både af fænomenet og de skønsmæssigt anslåede omkostninger.

En anden måde at analysere de offentlige udgifter på er at betragte dem i sammenhæng med det område, de er tiltænkt, i dette tilfælde de problematiske stofbrugere ([205]). Ved at benytte det skønnede antal problematiske stofbrugere som indikator kan man beregne udgifterne pr. person med størst behov for hjælp. Desværre er den beregning forbundet med to problemer: for det første vedrører tallene ikke nødvendigvis direkte de problematiske stofbrugere, forebyggelse, uddannelse og koordinering på området kan også være rettet mod personer, der ikke er klassificeret som problematiske stofbrugere. For det andet er det af indlysende grunde usikkert at beregne antallet af problematiske stofbrugere.

Igen viser vore data, at værdien af de tilbud, der benyttes af den enkelte narkoman, er betydeligt højere i nogle lande (Finland, Luxembourg, Østrig) end i andre (Grækenland, Portugal, Frankrig, Det Forenede Kongerige). Dette kan tolkes som resultatet af en større indsats på narkotikaområdet i førstnævnte gruppe, men det er dog mere sandsynligt, at tallene afhænger af foranstaltningens kvalitet og type. Forskelle i udgifternes omfang er ikke automatisk et mål for indsatsen, men nærmere for reaktionsmæssige forskelle, som afgøres af den specifikke situation.

Sammen med udgiften pr. problematisk stofbruger er det nyttigt at beregne den samfundsmæssige byrde af den efterspørgselsbegrænsende narkotikapolitik. Ser man på udgifterne til efterspørgselsbegrænsende initiativer i de 16 undersøgte lande (de 15 medlemslande og Norge) og de begrænsede tilgængelige data (tabel 6), udgjorde det

([205]) Intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug af opiater, kokain og/eller amfetaminer. Udgiften pr. problematisk stofbruger er beregnet på basis af gennemsnitsrater for det skønnede antal problematiske stofbrugere ifølge indberetninger fra de nationale knudepunkter. For yderligere informationer se statistisk tabel 4: Skønnet antal problematiske stofbrugere i EU-medlemsstaterne, 1995-2001 (onlineversion).

Tabel 6:
Samlede direkte offentlige udgifter i mio. EUR som indberettet i de nationale Reitox-rapporter 2002

Land	Mio. EUR	Udgiftskategorier i 1999
Belgien	139	Behandling (100); rehabilitering (22,5); metadon (8,9); lokalsamfund og regioner: forebyggelse, omsorg, uddannelse, koordinering (8,3) (ikke indeholdt: 7 mio. EUR til forebyggelse af kriminalitet fra indenrigsministeriet)
Danmark	67	Udgifter i forbindelse med »stofmisbrug« for amter og kommuner DKK 495,5, (66,5); forebyggelse på centralt plan DKK 6,2 (0,8), ingen oplysninger for amter og kommuner
Tyskland	343,2	Krisefaciliteter (3,0), psykosocial ledsagelse (13,3); 951 ambulante rådgivningsfaciliteter (57,9); hospitalsrehabilitering (25 % af 434 mio. EUR (99,7); integration på arbejdsmarkedet (4,3); omsorgsboliger (8,0); behandling på stofafvænningsklinikker (97,0); substitutionsbehandling (ikke kendt, men vurderet til mindst 30,0), delstatsbudgetter »stofafhængighed« 23,9 (narkotika) af 127 mio. EUR (30,0). (Ikke indeholdt: udgifter til retsforfølgning og retshåndhævelse)
Grækenland	16,2	39 forebyggelsescentre (OKANA), løn og personale (KETHEA), boliger og driftsomkostninger (2,4); behandling: stoffri, substitution og lavtærskel (11,9); social rehabilitering (0,3); forskning (0,3); OKANA, ingen data; uddannelse (0,8), centrale forvaltningsomkostninger (0,5)
Spanien	181,5	Centralt plan. Indenrigsministeriet (GDNPD); forsvarsministeriet (forebyggelse), ministeriet for sundhed og forbrug, ministeriet for uddannelse og kultur (0,1); udenrigsministeriet, abejds- og socialministeriet (19,8); fond for konfiskerede goder tildelt begrænsning af efterspørgslen 66 % (2,8); selvstyrende områder (158,7, heraf 22,3 fra GDNPD)
Frankrig (1995)	205,8	Subutex (91,4); social sundhed og bymæssige anliggender (101,9); uddannelse (forskning) (6,6); ungdom og sport (1,3); beskæftigelse og uddannelse (0,12); MILDT (66 % af 6,9 mio. EUR (3,4) (ikke indeholdt: internationalt samarbejde og tilskud til internationale organisationer)
Irland (2000) skønnede statslige udgifter	57,1	Ministeriet for sundhed og børn (behandling, forebyggelse, forskning) (32,0); erhvervs-, handels- og beskæftigelsesministeriet (reintegration) (6,0); undervisnings- og forskningsministeriet (forebyggelse) (7,5); ministeriet for turisme, sport og fritid (forebyggelse, forskning, evaluering, koordinering) (11,6)
Italien	278,5	Ambulant behandling (99,1); stationær og delvis stationær behandling (88,8); nationale narkotikafondprojekter støttet på lokalt/regionalt plan (67,6); nationale narkotikafondprojekter sponsoreret af ministerierne (23,0). Ingen tilgængelige data fra otte regioner og kun ufuldstændige oplysninger fra de fleste andre regioner
Luxembourg	13,7	Sundhedsministeriet (5,7); familie, social solidaritet og ungdom (2,3); uddannelse, erhvervsuddannelse og sport (0,5); øvrige ministerier (0,3); godtgørelse af socialsikringsudgifter (4,9)
Nederlandene	287,9	»Lov om forvaltning af specielle sygdomme« (til regionale plejeenheder og afvænningsklinikker) (76,0); ministeriet for sundhed, velfærd og sport (ambulant afvænningsbehandling) (7,4); midler til hjemløse narkomaner, forsømte narkomaner (ca. to tredjedele af 150 mio. EUR (112,5); stofrelateret ulempe (24,1); stofforebyggelsesaktiviteter (1,1) (de fleste tal vedrører både narkotika og alkohol)
Østrig	52,3	Statslige, provinsielle og kommunale kilder, herunder sygeforsikring, offentlige arbejdsformidlinger og fonden Healthy Austria: primær forebyggelse (2,4); opsøgende arbejde og skadesreduktion (3,3); rådgivning, pleje og behandling (40,7); reintegration (4,2); kvalitetssikring (0,6); øvrige udgifter/kan ikke henføres (0,8)
Portugal	71,7	Ministerrådets formandskab (16,2); sundhedsministeriet (41,6); undervisningsministeriet (3,1); beskæftigelses- og socialministeriet (9,5); forsvarsministeriet 1,2
Det Forenede Kongerige (2000-01)	466,3	Overslag for regnskabsåret 2000-2001 (12 måneder til den 31. marts 2001). Narkotikabehandling 234 mio. britiske pund (367,4); »beskyttelse af de unge« (forebyggelse), 63 mio. britiske pund (98,9)
Finland	76,2	Sundhedspleje (indlagte) (15,1); sundhedspleje (ambulante) (7,9); narkotikarelaterede pensioner (4,3); narkotikarelaterede sygedagpenge (0,5); erstatninger (forsikringsselskaber) (0,9); stofmisbrugstjenester (indlagte/ambulante) (26,5); kontanthjælp (4,8); børneforsorg (10,9); forskning og forebyggelse (5,2)
Sverige	62,5	Meget tilnærmelsesvist skøn over udgifter til begrænsning af alkohol- og narkotikaefterspørgslen (Tullverket, 2000). Kommuner 300 SEK (30 EUR), amter 250 SEK (25 EUR) og stat 50 SEK (5 EUR). Ikke-statslige organisationer, fonde og firmaer 25 SEK (2,5 EUR)
Norge	224,9	Skøn over udgifterne på centralt, amts- og kommunalt plan til narkotika- og alkoholrelateret forebyggelse, behandling og sundhedspleje (indlagte/ambulante patienter, stoffri-, substitutionsbehandling) sociale tjenester for stofafhængige, opsøgende arbejde, skades-/risikoreduktion, rehabilitering og reintegration

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2002).

samlede (minimums-) beløb, som i 1999 gik til forebyggelse af narkotikamisbrug og behandling af narkomaner i EU, ca. 2,3 mia. EUR. Dette betyder, at hver EU-borger bidrog med mellem 5 og 10 EUR. Det er naturligvis sandsynligt, at dette beløb er betydeligt højere.

Som det blev fremhævet af adskillige af undersøgelsens deltagere, er det særdeles vigtigt at benytte en fælles metode til multinationale undersøgelser, da denne type information og efterfølgende analyse formentlig vil være relevant i beslutningsmæssig sammenhæng.

Fordeling af udgifter

Med de aktuelle dataindsamlingssystemer er det særdeles vanskeligt at foretage en pålidelig opdeling af udgifterne på forskellige kategorier. I de enkelte lande kan områder som behandling, skadesreduktion og forebyggelse ofte være samlet under en hat, og ikke alle lande benytter det samme system til kategorisering af udgifter. Som følge heraf lider internationale sammenligninger under forskellige dataindsamlings- og klassifikationsmetoder, hvilket gør det særdeles vanskeligt at sammenligne udgifter på specifikke områder.

På trods af metodebegrænsningerne kan der imidlertid drages en hovedkonklusion på grundlag af de bedste data, denne rapport har givet: området sundhedspleje og behandling synes at tiltrække sig broderparten af pengene og tegner sig for 50-80 % af alle direkte offentlige udgifter til begrænsning af narkotikaefterspørgslen.

I Østrig udgjorde »rådgivning, pleje og behandling« af narkomaner i 1999 78 % af statens udgifter til begrænsning af narkotikaefterspørgslen. For Grækenland viser tallene, at næsten 73 % af de kendte udgifter blev allokeret til behandling (sekundære udgifter), mens situationen i Spanien i 1999 var den, at udgifterne til behandling i lokalområder og byer med selvstyre udgjorde 74 % af de samlede udgifter. I Portugal gik 49 % af de samlede narkotikaudgifter i 1999 til behandling, mens 25 % af de samlede allokerede udgifter gik til forebyggende initiativer, hvilket er en af de højeste rater i EU (af de kendte data) på dette område.

Direkte udgifter til »forebyggelse« er særdeles vanskelige at identificere, og som følge heraf er dataene mere usikre. De kendte tal varierer fra 4 % i Østrig, der kun formidlede oplysninger om primær forebyggelse, til 20 % i Grækenland (igen kun primær forebyggelse) og udgør 15 % i de spanske lokalområder og byer med selvstyre og 10 % i Luxembourg.

Andelen af de samlede udgifter til begrænsning af narkotikaefterspørgslen, som er allokeret til rehabilitering og genindslusning samt opsøgende initiativer og skadesreduktionsaktiviteter, synes at være lavere — sandsynligvis på grund af udgifternes forskellige omfang set i forhold til behandling, eller fordi de delvis indgår heri.

Afsluttende betragtninger

Ved analyse af udgifter på narkotikaområdet skal der skelnes mellem undersøgelser af udgifter på nationalt plan og sammenligninger mellem landene i forbindelse med disse undersøgelser.

Nylige undersøgelser i en række lande ([206]) har vist, at der er mulighed for at opnå tilfredsstillende resultater uden at benytte en internationalt godkendt metode. Selvfølgelig er sammenligneligheden mellem landene begrænset på et sådant grundlag, men dog kan undersøgelserne øge kendskabet til foranstaltningerne over for narkotikaproblemet på nationalt plan og være et nyttigt instrument for beslutningstagere, som giver dem mulighed for at vurdere udgifterne i deres egne lande over tid (hvis de gentages) og på tværs af sektorerne (hvis de er tilstrækkeligt detaljerede). Når de omkostningsmæssige skøn sammenlignes med andre indikatorer, som det tidligere er set, er det muligt at bedømme, hvor meget der bruges pr. narkoman, og hvor meget udgifterne til den efterspørgselsbegrænsende strategi koster sammenlignet med andre politikker, eller hvor meget borgerne bidrager til de efterspørgselsbegrænsende initiativer.

Disse forhold og sammenligninger giver anledning til meget relevante spørgsmål. Svarene på disse kan findes gennem mere dybtgående undersøgelser.

Sammenligninger mellem landene (rækkevidden af denne undersøgelse) er en anden dimension af undersøgelserne af skønnene over narkotikarelaterede udgifter. Som det fremgår af denne beretning, er disse undersøgelser meget afhængige af forskellige datakilder og bremses derfor af manglen på ensartethed mellem landenes metoder, statistikker og tal. For at tackle disse (og andre) vanskeligheder må der gennemføres fælles dataindsamlingsstandarder. En sådan strategi kræver dog investeringer uden at have kendskab til kvaliteten og brugbarheden af de endelige resultater. Inden en sådan investering kræves der yderligere forskning i samt en dybere gennemgang af disse undersøgelsers relevans og nyttighed på europæisk plan.

I mellemtiden og mens overvejelserne om den kommende udvikling finder sted blandt de europæiske partnere, er det EONN's rolle fortsat at fremme forbedringen af de statistiske systemer på området og sprede oplysninger om de anvendte metoder og gennemførte undersøgelser.

([206]) Uhl (2001), ONDCP (2001), Godfrey *mfl.* (2002) og Origer (2002), Kopp og Fenoglio (2003). Se ligeledes de nationale knudepunkter for Østrig, Portugal, Spanien og Grækenland inden for rammerne af de nationale Reitox-rapporter 2002.

Referencer

ACMD (Advisory Council on the Misuse of Drugs) (2000) *Reducing Drug-related Deaths.* En rapport af Advisory Council on the Misuse of Drugs. The Stationery Office: London.

Adalbjarnardottir, S. og Rafnsson, F. D. (2002) Adolescent antisocial behaviour and substance use: longitudinal analyses. *Addictive Behaviours* 27: 227-40.

Amossé, T., Doussin, A., Fizdion, J.-M., et al. (2001) *Vie et santé des jeunes sans domicile ou en situation précaire.* Enquête INED, Paris et petite couronne, février-mars 1999, série resultants, Biblio no. 1355. CREDES, Paris.

Aristotelian University of Thessaloniki (2000) Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk — ORESTIS. Aristotelian University of Thessaloniki: Thessaloniki.

BAG (Bundesamt für Gesundheit) (1997) *Empfehlungen zur kombinierten Hepatitis-A- und Hepatitis-B-Impfung.* Bulletin No. 3, 27. januar 1997.

Bargagli et al. (2002), »Mortality among problem drug users in Europe: A project of the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA)« *Heroin Addiction and Related Clinical Problems,* 4 (1), s. 5-12.

BBC News World Edition (2003) ID cards for teenagers launched, onsdag, den 22. januar 2003.

Beck, F., Perreti-Wattel, P., Choquet, M., *mfl.* (2000) Consommation de substances psychoactives chez les 14-18 ans scolarisés: premiers résultats de l'enquête ESPAD 1999; évolutions 1993-1999. *Tendances* 6: 6.

Beck, F. (2001) *Santé, mode de vie et usages de drogues à 18 ans.* ESCAPAD, OFDT: Paris.

Beck, F., Legleye, S. og Perreti-Wattel, P. (2002) Enquête sur les représentations, opinions et perceptions sur les psychotropes (EORPP) survey. Findes på http://www.drogues.gouv.fr OFDT (Observatoire français des drogues et des toxicamanies): Paris.

Bennett, T. (2000) *Drugs and Crime: the Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme.* Research Study 205. Home Office: London.

Bird, S. M. og Rotily, M. (2002) Inside methodologies: for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks — results from European prisons. *The Howard Journal,* 41, No. 2.

Boys, A., Marsden, J., Fountain, J., *mfl.* (1999) What influences young people's use of drugs? a qualitative study of decision-making. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 6 (3).

Brochu, S. (1999) *Drogue et criminalité une relation complexe.* Les Presses de l'Université: Montréal.

Brook, D. W., *mfl.* (2002) Drug use and the risk of major depressive disorder, alcohol dependence, and substance use disorders. *Archives of General Psychiatry 59:* 1039-44.

Brugal, M. T., Barrio, G., de la Fuente, L., *mfl.* (2002) Factors associated with non-fatal overdose: assessing the effect of frequency and route of heroin administration. *Addiction 97:* 319-27.

Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung (2002) *Drug Affinity Among Young People in the Federal Republic of Germany 2001.* Bundeszentrale für Gesundheitliche Aufklärung: Köln.

Buster, M. (2002) What can we learn from literature? I: Reinås, K. T., Waal, H., Buster, M. C. A., *mfl.* (eds) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities.* Et fælles projekt for Oslo, Amsterdam, København og Frankfurt am Main, Part II: Appendix, s. 97-107. Alcohol and Drug Addiction Service: Oslo.

Bye, E. K. (2002) *Alcohol and Drugs in Norway, Statistikk '02.* Norwegian Institute for Alcohol and Drug Research: Oslo.

Calafat, A., Bohrn, K., Juan, M., *mfl.* (1999) *Night Life in Europe and Recreative Drug Use.* IREFREA og Europa-Kommissionen: Valencia.

Calafat, A., *mfl.* (2003) *Enjoying the nightlife in Europe. The role of moderation.*

Calderone, B., Fornasiero, A., Lolli, S. og Montanari, L. (2001) *Prostituzione tra dinamiche di mercato e percorsi individuali. Una ricerca qualitative sulla prostituzione femminile di strada in Emilia-Romagna.* Rapporto di ricerca: Bologna.

Carlen, P. (1996) *Jigsaw: a Political Criminology of Youth Homelessness.* Open University Press: Milton Keynes, UK.

Carpentier, C. (2002). *Drug Related Social Exclusion, in the Context of socio-demographic and Economic Indicators.* Arbejdspapir. EONN: Lissabon.

CEIES (Statistics Users Council) (1999) *Social Exclusion Statistics,* Conference Proceedings, Joint Conference, 22. november 1999. Imac Research: Esher, UK.

Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts (2002) *Medical Co-prescription of Heroin, Two Randomized Controlled Trials.* Rapport af van den Brink, W., Hendriks, V. M., Blanken, P., *mfl.* Central Committee on the Treatment of Heroin Addicts: Utrecht.

Commonwealth of Australia (2002) *Return on Investment in Needle and Syringe Programs in Australia.* Canberra: Commonwealth Department of Health and Ageing, Commonwealth of Australia.

Rådet for Den Europæiske Union (2000) Den Europæiske Handlingsplan til bekæmpelse af stofmisbrug (2000-2004), http://www.emcdda.eu.int/policy_law/eu/eu_actionplan.shtml

De Zwart, W. M., Monshouwer, K., and Smit, F. (2000). *Jeugd en riskant gedrag. Kerngegevens 1999. Roken, drinken, drugsgebruik en gokken onder scholieren vanaf tien jaar.* Utrecht: Trimbos-instituut.

Dettmer, K. (2002) First-aid training for drug users and (in emergency) naloxone. Rapport om en pilotundersøgelse af Fixpunkt e.V., Berlin. Præsenteret på EONN's ekspertmøde »Overdose prevention and management«, Lissabon, 24.-25. oktober 2002.

DrugScope (2000) *Vulnerable Young People and Drugs: Opportunities to Tackle Inequalities.* DrugScope: London.

Eland, A. og Rigter, H. (2001) *Immigrants and Drug Treatment.* Baggrundsundersøgelse. Bureau National Drug Monitor: Utrecht.

EONN (2002a) *Årsberetning om narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge.* EONN: Lissabon.

EONN (2002b) *Update and Complete the Analysis of Drug Use, Consequences and Correlates Amongst Minorities.* Videnskabelig EONN-rapport: Lissabon.

EONN (2002c) Strategies and coordination in the field of drugs in the European Union, a descriptive review, November 2002. (http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/policy_law/strategies_report/national_strategies.pdf).

EONN (2003a). *Alternatives to Prison for Drug Dependent Offenders.* Ekspertmøderapport 2003. EONN: Lissabon.

EONN (2003b) Social reintegration in the EU and Norway, http://www.emcdda.eu.int/multimedia/project_reports/responses/drugtreatment_socialreintegration.pdf

Engineer, R., Phillips, A., Thompson, J. og Nicholls, J. (2003) *Drunk and Disorderly: a Qualitative Study of Binge Drinking among 18-24 Year Olds.* Home Office Research Study No. 262. Home Office: London.

EORG (European Opinion Research Group) (2002) *Attitudes and Opinions of Young People in the EU on Drugs.* Eurobarometer 57.2/Special Eurobarometer 172. Rapport til Generaldirektoratet for Retlige og Indre Anliggender. EORG: Bruxelles.

ESPAD (European School Surveys Project) (2001) *Alcohol and other Drug use Among Students in 30 European Countries* (B. Hibbell, B. ogersson, S. Ahlström, O. Balakireva, *mfl.*, the Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Europarådets Pompidou-gruppe, december 2000).

Det Europæiske Råd (2001) Meddelelse fra Kommissionen til Rådet, Europa-Parlamentet, Det Europæiske Økonomiske og Sociale Udvalg og Regionsudvalget. *Udkast til fælles rapport om social integration* [KOM(2001) 565 endelig], findes på webstedet: http://europa.int/comm/employment_social/soc-prot/soc-incl/joint_rep_en.htm

Expert Group on The Probation *and* Welfare Services (1999).

Farrell, M., Neeleman, J., Gossop, M., *mfl.* (1996). *A Review of the Legislation, Regulation and Delivery of Methadone in 12 Member States in the European Union.* Bruxelles: Europa-Kommissionen.

Farrell, M., Verster, A., Davoli, M., *mfl.* (2000) *Reviewing Current Practice in Drug-substitution Treatment in the European Union.* EONN: Lissabon.

Ferrari, A., Manaresi, S., Castellini, P., *mfl.* (2001) Overdose da oppiacei: analisi dei soccorsi effettuati dal Servizio Emergenze Sanitarie »118« Modena Soccorso, nel 1997. *Bollettinio per lê Farmacodipendenze e l'Alcoolismo,* Anno XXIV 2001, nr. 2.

Field-Smith, M., Bland, J., Taylor, J., *mfl.* (2002) *Trends in Death Associated with Abuse of Volatile Substances* 1971-2000. Report No. 15. Department of Public Health Sciences and Department of Cardiological Sciences, Toxicology Unit, St. George's Hospital Medical School: London (www.shms.ac.uk/depts/phs/vsa2000/vsa2000s.htm).

FitzGerald, M., Stockdale, J. og Hale, C. (2003) *Young People and Street Crime.* Youth Justice Board for England and Wales: London.

Fundación Secretariado General Gitano (2002) *Grupos étnicos minoritarios y consumo de drogas.* Fundación Secretariado General Gitano: Madrid.

Gallie, D. og Paugam, S. (2002) *Social Precarity and Social Integration.* Eurobarometer 56.1. Rapport til Europa-Kommissionen, Generaldirektoratet for Beskæftigelse. EORG: Bruxelles.

Godfrey, C., Eaton, G., McDougall, C. og Culyer, A. (2002) The economic *and* social costs of Class A drug use in England and Wales, 2000. Home Office Research Study 249. Home Office Research, Development and Statistics Directorate: London.

Goulden C. og Sondhi, A. (2001) *At the Margins: Drug Use by Vulnerable Young People in the 1998/99 Youth Lifestyles Survey.* Home Office Research Study 228, London.

Grant, B. F. og Dawson, D. A. (1997) Age at onset of alcohol use *and* its association with DSM-IV alcohol abuse and dependence: results from the National Longitudinal Alcohol Epidemiologic Survey. *Journal of Substance Abuse 9:* 103-10.

Griffiths, C. (2003) Deaths related to drug poisoning: results for England and Wales, 1997-2001. *Health Statistics Quarterly,* 17 (Spring 2003): 65-71.

Griffiths, P., Vingoe, L., Jansen, K., *mfl.* (1997) *Insights: New Trends in Synthetic Drugs.* EONN: Lisbon.

Hammersley, R., Marsland, L. og Reid, M. (2003) *Substance Use by Young Offenders: the Impact of the Normalisation of Drug Use in the Early Years of the 21st Century.* Home Office Research Study 261. Home Office: London.

Hannon, F., Kelleher, C. og Friel, S. (2000) *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population.* Government Publications: Dublin.

Hansen, W. (1992) School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980-1990. *Health Education Research 7:* 403-30.

Hariga, F., Goosdeel, A. og Raedemaker, A. F. (1998) *Opération boule-de-neige sida, hépatites, overdoses.* Carnets du Risque 15. Modus Vivendi: Bruxelles.

Hickey, C. (2002) *Crime and Homelessness.* Focus Ireland og PACE: Dublin.

Hurley, S. F., Jolley, D. J. og Kaldor, J. M. (1997) Effectiveness of needle-exchange programmes for prevention of hiv infection. *Lancet* 349: 1797-800.

Kavounidi, T. (1996) Social exclusion: concept, community initiatives, the Greek experience and policy dilemmas. In: *Dimensions of Social Exclusion in Greece* (ed. D. Karantinos, L. Maratou-Alibranti og E. Fronimou), s. 47-96. Athens: EKKE.

Kopp, P. og Fenoglio, P. (2003) *Public Spending on Drugs in the European Union During the 1990s - Retrospective Research.* EONN: Lissabon.

Kraus, L. og Püschel, K. (eds) (2002) *Prävention von drogenbedingten Not- und Todesfällen.* Lambertus: Freiburg, Tyskland.

Lehto-Salo, P., Kuuri, A., Matttunen, M., *mfl.* (2002) POLKU-tutkimus. Tutkimus nuorista kolmessa koulukodissa — Psykiatrinen ja neuropsykiatrinen näkökulma. *Aiheita 16.* STAKES: Helsinki.

Lepère, B., Gourarier, L., Sanchez, M., *mfl.* (2001) Diminution du nombre de surdoses mortelles à l'héroïne en Frankrig, depuis 1994. A propos du role des traitements de substitution. *Annales de Médicine Interne* 152 (suppl. au no. 3): lS5-12.

Liebschutz, J., Savetsky J. B., Saitz R., *mfl.* (2002) The relationship between sexual and physical abuse and substance abuse consequences. *Journal of Substance Abuse Treatment* 22: 121-8.

Lloyd, C. (1998) Risk factors for problem drug use: Identifying vulnerable groups. *Drugs, Education, Preventionnand Policy* 5 (3).

Lourenço, N. og Carvalho, M. (2002) *Jovens deliquentes e drogas: Espaços e trajectories.* Lissabon (ikke offentliggjort rapport)

Lupton, R., Wilson, A., May, T., *mfl.* (2002) A rock and a hard place: drug markets in deprived neighbourhoods. Home Office Research Study 240. Home Office: London.

Markert, J. (2001) Sing a song of drug use-abuse: four decades of drug lyrics in popular music-from the sixties through the nineties. *Sociological Inquiry* 71: 194-220.

Meijer, R. F., Grapendaal, M., Van Ooyen, M. M. J., *mfl.* (2002) *Geregistreerde drugcriminaliteit in cijfers — Achtergrondstudie bij het Justitie onderdeel van de Nationale Drugmonitor — Jaarbericht 2002,* WODC: Haag.

Millar, D., O'Dwyer, K. og Finnegan, M. (1998) *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour:* Garda Survey. Research Report No. 7/98. Garda Research Unit: Tipperary, Irland.

Mol, A. og van Vlaanderen, J. L. (2002) *Ontwikkeling van de Cocaïne hulpvraag; Periode 1994-2000; Het lijntje doorgetrokken.* Houten: Stichting. Informatievoorziening Zorg (IVZ)

Molinae, M., Pecsteen, D., Hariga, F., *mfl.* (2002), L'usage de drogues en communauté francaise. Rapport Communauté francaise 1999-2000. Ministère de la Communauté Francaise: Bruxelles.

Morral, A. R., McCaffrey, D. F. og Paddock, S. M. (2002) Reassessing the marijuana gateway effect. *Addiction* 97: 1493-504.

Narkotikakommissionen (2000) *En strategi för lokalt narkotikaförebyggande arbete. Diskussionspromemoria nr 12.* Narkotikakommissionen, Socialdepartementet: Stockholm.

Nationale rapporter (2002) *Nationale Reitox-rapporter.*

ODCPP (2000) *Demand Reduction, A Glossary of Terms.* ODCPP, New York.

Observatorio Español Sobre Drogas (2002) *Informe No. 5,* Ministerio de Interior, Delegación Del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

O'Higgins, K. (1999) Social order problems. In *Social Housing in Irland: A Study of Success, Failure and Lessons Learned* (Fahey, T. ed.). The Katherine Howard Foundation and Combat Poverty Agency: Dublin (Indberettet i national irsk rapport).

Origer, A. (1999) *Comparative study on the drug population of Portugal and a representative sample of Portuguese drug addict residents of the Grand Duchy of Luxembourg.* Point Focal OEDT — CRP-Santé: Luxembourg.

Origer, A. (2002) *Le coût économique direct de la politique et des interventions publiques en matière d'usage illicite de drogues au Grand-Duché de Luxembourg,* Séries de recherche no. 4. Point focal OEDT Luxembourg — CRP-Santé.

Origer, A. and Delucci, H. (2002) *Etude épidemiologiqueet méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite de substances psycho-actives. Analyse comparative (1992-2000).* Series de recherché no. 3. Point Focal OEDT Luxembourg-CRP Santé: Luxembourg.

Paglia, A. og Room, R. (1999) Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention 20:* 3-50.

Pant, A. og Dettmer, K. (2002) *Videoprojekt: Erste Hilfe im Drogennotfall, Abschlussbericht.* Institut für Prävention und psychosoziale Gesundheitsforschung, Freie Universität: Berlin.

Parker, H. og Egginton, R. (2002) Adolescent recreational alcohol and drugs careers gone wrong: developing a strategy for reducing risks and harms. *International Journal of Drug Policy 13:* 419-32.

Petraitis, J., Flay, B., Miller, T., *mfl.* (1998) Illicit substance use among adolescents: a matrix of prospective predictors. *Substance Use & Misuse* 33: 2561-604.

Poschadel, S., Höger, R., Schnitzler, J. og Schreckenberg, D. (2003) *Evaluation der Arbeit der Drogenkonsumräume in der Bundesrepublik Deutschland. Endbericht im Auftrag des Bundesministeriums für Gesundheit. Schriftenreihe des Bundesministeriums für Gesundheit und Soziale Sicherung Bd. 149.* Nomos-Verlagsgesellschaft: Baden-Baden.

Postma, M. J., Wiessing, L. G. og Jager, J. C. (2001) Pharmaco-economics of drug addiction; estimating the costs of hepatitis C virus, hepatitis B virus and human immunodeficiency virus infection among injecting drug users in Member States of the European Union. *UN Bulletin on Narcotics 53:* 79-89.

Pudney, S. (2002) The road to ruin? Sequences of initiation into drug use and offending by young people in Britain. Home Office Research Study 253. Home Office: London.

Rehn, N., Room, R. og Edwards, G. (2001) Alcohol in the European Region — consumption, harm and policies. WHO — Regional Office for Europe: København.

Reinås, K., Waal, H., Buster, M. C. A., *mfl.* (2002) *Strategic Choices for Reducing Overdose Deaths in Four European Cities. A Joint Project of the Cities of Oslo, Amsterdam, Copenhagen, and Frankfurt am Main.* Drug and Alcohol Addiction Services of the Municipality of Oslo: Oslo.

Reinking, D., Nicholas, S., Van Leiden, I., *mfl.* (2001) *Daklozen in Den Haag; Onderzoek naar omvang en kenmerken van de daklozenpopulatie.* Trimbos-instituut: Utrecht.

Seaman, S,. Brettle, R. og Gore, S. (1998) Mortality from overdose among drug users recently released from prison: database linkage study. *British Medical Journal 316:* 426-8.

Shillington, A. M. og Clapp, J. D. (2002) Beer and bongs: differential problems experienced by older adolescents using alcohol only compared to combined alcohol and marijuana use. *American Journal Drug Alcohol Abuse 28:* 379-97.

Single, E., *mfl.* (2001) *International Guidelines for Estimating the Costs of Substance Abuse,* 2nd edn.

Skolverket (2000) *Nationella kvalitetsgranskningar 1999.* Skolverket: Stockholm.

Social Exclusion Unit (2002) *Young Runaways.* British Office of the Deputy Prime Minister: London (http://www.jrf.org.uk/home.asp).

Spooner, C., Hall, W. og Lynskey, M. (2001) *Structural Determinants of Youth Drug Use.* Australian National Council on Drugs: Woden, Australien.

Sporer, A. (2003) Strategies for preventing heroin overdose. *British Medical Journal 326:* 442-4.

Springer, A., Uhl, A., *mfl.* (1999). Bedeutung und Konsum von psychoaktiven Substanzen bei österreichischen Jugendlichen. Ludwig Boltzmann-Institut für Suchtforschung und Österreichisches Jugendforschungsinstitut. Unveröffentlichte Studie im Auftrag des Bundesministeriums für soziale Sicherheit und Generationen. Wien (Indberettet i national østrigsk rapport).

Stauffacher, M. (1998) *Treated Drug Users in 22 European Cities. Annual update.1996 Trends 1992-1996*. Pompidou Group, Council of Europe: Strasbourg.

Stephenson, J. (2001) Former addicts face barriers to treatment for HCV. *Journal of the American Medical Association 285:* 1003-5.

Stevens, A., Berto, D., Kerschl, V., *mfl.* (2003) QCT *Europe: Literature Review Summary*. University of Kent: Canterbury, UK.

Stoever, H. (2001). *Assistance to Drug Users in European Union Prisons: An Overview Study*, Videnskabelig EONN-rapport. EONN: Lissabon og London.

Swadi, H. (1999) Individual risk factors for adolescent substance use. *Drug og Alcohol Dependence 55:* 209-24.

Tait, R. J, Hulse, G. K., Robertson, S. I. og Sprivulis, P. (2002) Multiple hospital presentations by adolescents who use alcohol or other drugs. *Addiction 97:* 1269-75.

Tobler, N. (2001) Prevention is a two-way process. *Drug og Alcohol Findings*, nr. 5, s. 25-7. The Findings Partnership: London.

Tomas, B. (2001) Möglichkeiten und Grenzen sozialer Integration von SuchtmittelkonsumentInnen — Erfahrungen aus der Praxis. *Tagungsband der Enquete Wirkungskreise – Was wirkt in der ambulanten Suchttherapie? Was braucht ambulante Suchttherapie um zu wirken?*, pp. 56-64. Verein Dialog: Wien.

Uunk, W. J. G. og Vrooman, J. C. (2001) Sociale uitsluiting. In *Armoedemonitor 2001*, s. 139-62. SCP/CBS: Haag.

Varescon-Pousson, I., Boissonnas, A. og Ionescu, S. (1997) La surdose non mortelle: étude descriptive d'une population de toxicomanes. *Psychologie Française 3:* 255-60.

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

Vestel, V., Bakken, A., Geir, H. og Moshuus Tormod, Ø. (1997) Ungdomskultur og narkotikabruk. *NOVA Temahæfte 1/97*.

Villalbi, J. R. og Brugal, M. T. (1999) Sobre la epidemia de heroína, su impacto, su contexto y las políticas sanitarias. *Medicina Clinica (Barcelona) 112:* 736-7.

Vrieling, I., Van Alem, V. C. M. og Van de Mheen, H. (2000) *Drop-out onder allochtonen in de ambulante verslavingszorg 1994-1998*. IVV/IVO: Houten/Rotterdam.

Waidner, G. (1999) *Die Viktimisierungserfahrungen drogenabhängiger Personen. Eine Untersuchung mit qualitativen Verfahren*. Unveröffentlichte Diplomarbeit an der Grund- und Integrativwissenschaftlichen Fakultät der Universität Wien: Wien.

Warner-Smith, M., Lynskey, M., Darke, S. og Hall, W. (2001) Heroin overdose: prevalence, correlates, consequences and interventions. A report prepared by the National Drug and Alcohol Research Centre, University of New South Wales. Australian National Council on Drugs: Woden, Australien.

WHO (1998) Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action. World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse: Geneve.

Wiessing, L. (2001) The access of injecting drug users to hepatitis C treatment is low and should be improved, *Eurosurveillance Weekly,* Issue 31 (http://www.eurosurv.org/2001/010802.htm).

Reitox-knudepunkter

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volkgezondheid
Rue Juliette Wytsman, 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tlf. (32-2) 642 50 35
Fax (32-2) 642 54 10
E-post: BIRN@iph.fgov.be

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 — Postbox 1881
DK-2300 København S
Ole Kopp CHRISTENSEN/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60
Fax (45) 72 22 74 11
E-post: okc@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tlf. (49-89) 36 08 04 40
Fax (49-89) 36 08 04 49
E-post: Simon@ift.de

Elláda
University of Mental Health Research Institute
Argirokastrou & Ionias Street
Papagou
GR-15601 Athens
Manina TERZIDOU
Tlf. (302-10) 6536 902
Fax (302-10) 6537 273
E-post: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Elena GARZÓN/ Ana Andrés BALLESTEROS
Tlf. (34) 915 37 27 25/2686
Fax (34) 915 37 26 95
E-post: egarzon@pnd.mir.es, anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
105, rue Lafayette
F-75110 Paris
Jean-Michel COSTES
Tlf. (33) 153 20 16 16
Fax (33) 153 20 16 00
E-post: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73, Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tlf. (353-1) 676 11 76 ext 160
Fax (353-1) 661 18 56
E-post: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e degli Affari sociali, dipartimento delle politiche sociali e Previdenziali, direzione generale per le tossicodipendenze e l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. B
I-00187 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tlf. (39) 06 36 75 48 01/06
Fax (39) 06 36 75 48 11
E-post: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tlf. (352) 47 85 625
Fax (352) 46 79 65
E-post: alain.origer@ms.etat.lu

Nederland
Trimbos Instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade, 45 — P.O. BOX 725
3500 AS Utrecht
Nederland
Franz TRAUTMANN
Tlf. (31-30) 297 11 86
Fax (31-30) 297 11 87
E-post: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
Österreichisches Bundesinstitut
für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Wien
Sabine HAAS
Tlf. (43-1) 515 61 60
Fax (43-1) 513 84 72
E-post: HAAS@oebig.at

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência
Av. João Crisostomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Fernando NEGRÃO/Maria MOREIRA
Tlf. (351) 213 10 41 00/41 26
Fax (351) 21 310 41 90
E-post: Fernando.Negrao@ipdt.pt, Maria.Moreira@ipdt.pt

Suomi/Finland
Sosiaali ja terveysalan tutkimus ja kehittämiskeskus
PO BOX 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tlf. (358-9) 39 67 23 78
Fax (358-9) 39 67 24 97
E-post: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Office: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tlf. (46-8) 56 61 35 13
Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80, London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tlf. (44-20) 79 72 51 21
Fax (44-20) 79 72 16 15
E-post: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité coordination de la lutte antidrogue
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx-46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU
Tlf. (32-2) 299 57 84
Fax (32-2) 295 32 05
E-post: Timo.Jetsu@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
NO-0105 Oslo
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
NO-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tlf. (47) 22 34 04 00
Fax (47) 22 34 04 01
E-post: odd@sirus.no

Tiltrædelses- og kandidatlandenes knudepunkter
http://www.emcdda.eu.int/partners/candidates_focalpoints.shtml

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning 2003: Narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
2003 — 82 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-156-3

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) 735 08 60
E-mail: mail@libeurop.be
URL: http://www.libeurop.be

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

DANMARK

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

DEUTSCHLAND

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

ΕΛΛΑΔΑ/GREECE

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

ESPAÑA

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

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

FRANCE

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

IRELAND

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

ITALIA

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

LUXEMBOURG

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

NEDERLAND

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

PORTUGAL

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

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

SUOMI/FINLAND

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

SVERIGE

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

UNITED KINGDOM

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

ÍSLAND

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

SCHWEIZ/SUISSE/SVIZZERA

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

BĂLGARIJA

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

CYPRUS

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

EESTI

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

HRVATSKA

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

MAGYARORSZÁG

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

MALTA

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

NORGE

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

POLSKA

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

ROMÂNIA

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

SLOVAKIA

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

SLOVENIJA

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

TÜRKIYE

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

ARGENTINA

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

AUSTRALIA

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

BRESIL

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

CANADA

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

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

EGYPT

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

MALAYSIA

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

MÉXICO

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

SOUTH AFRICA

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

SOUTH KOREA

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

SRI LANKA

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

T'AI-WAN

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

UNITED STATES OF AMERICA

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

ANDERE LÄNDER
OTHER COUNTRIES
AUTRES PAYS

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

2/2002

16 17 5 TD-AC-03-001-DA-C

Om EONN

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er et af Den Europæiske Unions decentrale organer. Det blev etableret i Lissabon i 1993 og er den centrale kilde til tværgående information om narkotika og narkotikaafhængighed i Europa.

EONN indsamler, analyserer og formidler objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger om narkotika og narkotikaafhængighed. Herved forsyner Narkotikaovervågningscentret sit publikum i Europa med et billede af narkotikafænomenet baseret på bevismateriale.

Centrets publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning.

Årsberetningen præsenterer EONN's årlige oversigt over narkotikafænomenet i EU's medlemsstater og Norge, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa. Den trykte publikation er nu fulgt op af en udvidet onlineversion, som findes på: **http://annualreport.emcdda.eu.int**

Publikationskontoret
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-156-3
9 789291 681563