



Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

# ÅRSBERETNING FOR 2007

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA





Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

# ÅRSBERETNING FOR 2007

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

## Retlig 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. Publikationens indhold er ikke nødvendigvis udtryk for de officielle holdninger hos EONN's partnere, EU-medlemsstaterne eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers institutioner eller agenturer.

Yderligere oplysninger om EU er tilgængelige på internettet via Europa-serveren (<http://europa.eu>).

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

Frikaldsnummer (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Nogle mobiloperatører tillader ikke opkald til 00 800-numre eller tager betaling for sådanne opkald.

Denne beretning foreligger på bulgarsk, dansk, engelsk, estisk, finsk, fransk, græsk, italiensk, lettisk, litauisk, nederlandsk, norsk, polsk, portugisisk, rumænsk, slovakisk, slovensk, spansk, svensk, tjekkisk, tyrkisk, tysk og ungarsk. 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, 2007

ISBN 978-92-9168-285-0

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2007

Gengivelse er 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, P-1149-045 Lissabon  
Tlf. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

## Indhold

Forord	5
Takord	7
Indledning	9
Kommentar — narkotikasituationen i Europa	11
Kapitel 1	
<b>Politikker og lovgivninger</b>	<b>18</b>
Kapitel 2	
<b>Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt</b>	<b>28</b>
Kapitel 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Kapitel 4	
<b>Amfetaminer, ecstasy og lsd</b>	<b>48</b>
Kapitel 5	
<b>Kokain og crackkokain</b>	<b>57</b>
Kapitel 6	
<b>Opioidbrug og intravenøs stofbrug</b>	<b>63</b>
Kapitel 7	
<b>Nye tendenser inden for stofbrug og tiltag over for nye stoffer</b>	<b>72</b>
Kapitel 8	
<b>Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald</b>	<b>77</b>
Referencer	89



## Forord

Dette er den 12. årsberetning fra Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug. Ligesom tidligere beretninger giver den en omfattende ajourføring af den nuværende situation med hensyn til stofbrug i Europa. Den viser også de resultater, der er opnået i Europa med hensyn til at gennemføre et metodologisk forsvarligt, bæredygtigt og omfattende informationssystem til overvågning af stofbrug.

I beretningen behandles to grundlæggende spørgsmål. Hvad ved vi om stofbrug i Europa og de problemer, der forårsages herved? Og hvilke erfaringer er der gjort med hensyn til effektive tiltag over for narkotikarelaterede problemer? Disse spørgsmål er vigtige, fordi beslutningstagere i hele Europa, uanset politisk overbevisning eller ideologisk ståsted, er kommet til den erkendelse, at narkotikasituationen giver anledning til en række komplekse problemstillinger, hvor der ikke findes nogen simpel løsning. De erkender, at vejen fremad ligger i at analysere den foreliggende dokumentation med hensyn til såvel problemets omfang og art som ulemperne og fordelene ved forskellige tiltag. I denne henseende viser beretningen også Europas engagement i snarere at sikre en afbalanceret og evidensbaseret politik og en vedvarende indsats over tid end at ty til enkelte og hurtige løsninger. Europa kan derfor være stolt over, at dets tilgang til dette vanskelige og ofte følelsesbetonede spørgsmål er både rationel og human.

I denne beretning ser vi også nærmere på, hvilke fremskridt der er gjort med hensyn til at bekæmpe narkotikaproblemet i Europa. Dette er særligt relevant i år, da vi både i Europa og på internationalt plan snart vil anstille betragtninger over resultaterne på dette område. I 2008 vil Europa-Kommissionen påbegynde arbejdet med at udarbejde en konsekvensanalyse af den nuværende europæiske narkotikahandlingsplan, og FN's Narkotikakommission (CND) vil drøfte, hvilke fremskridt der er gjort med hensyn til at opfylde de mål, der blev fastsat under FN-generalforsamlingens særlige samling i 1998.

I Europa udgør narkotikasituationen stadig en alvorlig udfordring for sundheds- og socialpolitikken og for de

retshåndhævende myndigheder. Det er ikke vanskeligt at finde områder, som giver anledning til særlig bekymring. Alligevel er vi af den bestemte opfattelse, at det også er vigtigt at anerkende de fremskridt, der er gjort. I Europa indfører stadig flere medlemsstater strategiske og planlagte foranstaltninger til bekæmpelse af narkotikaproblemet. Der har også været en markant stigning i investeringerne i aktiviteter inden for forebyggelse, behandling og skadesreduktion samt forbedret samarbejde og øget fokus inden for udbudsbegrænsning. Stofbrugen er generelt fortsat på et historisk højt niveau, men har stabiliseret sig i de fleste områder, og i nogle områder er der endog tegn, som giver grund til forsigtig optimisme. EU og medlemsstaterne yder betydelig støtte til internationale programmer, og i en global kontekst er det tilfredsstillende at bemærke, at situationen i Europa på en række vigtige områder synes forholdsvis positiv.

Som et overvågningsagentur beskæftiger vi os med fakta og tal, og vi arbejder hårdt på at være videnskabeligt stringent og uvildige og fortolke de foreliggende oplysninger uden fordomme eller forudindtagethed. Dette er vor opgave, og som formand for bestyrelsen og direktør går vi ikke på kompromis med dette og er stolte over de høje standarder, vi opretholder. Men selv om videnskabelig stringens er væsentlig for vort arbejde, må vi aldrig glemme, at der bag de tal, vi fremlægger, er virkelige mennesker, hvis liv er blevet berørt og undertiden ødelagt af narkotikaproblemer. Bag de tørre statistikker om behandlingsefterspørgsel, narkotikarelaterede dødsfald og kriminel adfærd er ulykkelige familier, tabt potentiale og børn, der vokser op under usikre forhold. For at kunne udvikle effektive tiltag over for narkotikaproblemet er det nødvendigt, at vi har en uhildet tilgang til vore data, men vi må aldrig anlægge en uhildet tilgang til emnet.

### **Marcel Reimen**

Formand for EONN's bestyrelse

### **Wolfgang Götz**

Direktør for EONN





## Takord

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 EONN
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — især Den Horisontale Narkotikagruppe — og Europa-Kommissionen
- Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og Europol
- Europarådets Pompidou-gruppe, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, ESPAD-projektet og Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer (CAN) samt Det Europæiske Centret for Epidemiologisk Overvågning af Aids (EuroHIV)
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
- Prepress Projects Ltd.

### Nationale Reitox-knudepunkter

Reitox er det europæiske informationsnet for narkotika og narkotikamisbrug. Netværket består af nationale knudepunkter i EU-medlemsstaterne, Norge, kandidatlandene og Europa-Kommissionen. Knudepunkterne udnævnes af medlemsstaternes statslige myndigheder som de nationale myndigheder med ansvar for at formidle narkotikaoplysninger til EONN.

Kontaktoplysninger til de nationale knudepunkter findes på adressen:  
<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge (der har deltaget i EONN's arbejde siden 2001) i form af nationale rapporter. De her anvendte statistiske data vedrører 2005 (eller det seneste år, for hvilket der foreligger data). Figurer og tabeller i denne beretning kan afspejle en delmængde af EU-lande: Udvælgelsen er foretaget på grundlag af de lande, hvor hvilke der foreligger data i den pågældende periode.

Årsberetningen foreligger i en onlineudgave på 23 sprog på adressen: <http://annualreport.emcdda.europa.eu>

Statistical bulletin 2007 (<http://stats07.emcdda.europa.eu>) indeholder alle de kildetabeller, som de statistiske analyser i årsberetningen er baseret på. Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om de metoder, der er anvendt, og hundredvis af statistiske figurer.

Landeprofilerne (<http://datapfiles07.emcdda.europa.eu>) indeholder en udførlig grafisk præsentation af de vigtigste aspekter ved narkotikasituationen i hvert land.

I tilknytning til denne beretning behandles følgende tre temaer nærmere:

- Narkotika og bilkørsel
- Stofbrug blandt mindreårige
- Kokain og crackkokain: et folkesundhedsspørgsmål af stadig større betydning.

De udvalgte temaer er tilgængelige på engelsk i trykt udgave og i onlineudgave (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

De nationale rapporter fra Reitox-knudepunkterne giver en udførlig beskrivelse og analyse af narkotikaproblemet i hvert enkelt land og er tilgængelige på EONN's websted (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Kommentar — narkotikasituationen i Europa

### Europa spiller en stadig vigtigere rolle i den globale indsats for at dæmme op for narkotikaproblemerne

Hverken tendenser i brugen af stoffer eller de personer, der er involveret i narkotikaproduktion og ulovlig handel, respekterer nationale eller geografiske grænser. Det er derfor vigtigt at erkende, at narkotikaproblemet i Europa er en del af et bredere globalt fænomen, idet stofbrugsmønstrene i Europa både er påvirket af og påvirker problemet andre steder. Dette erkendes i EU's nuværende narkotikahandlingsplan, som tager fat på behovet for øget europæisk koordinering i forbindelse med internationale spørgsmål og behovet for at støtte programmer, som tager sigte på at begrænse efterspørgslen efter og udbuddet af narkotika i nabo- og producentlande. De europæiske investeringer til støtte for den internationale indsats er nu betydelige, og det fremgår af en ny revision fra Europa-Kommissionen, at EU nu finansierer efterspørgsels- og udbudsbegrænsende foranstaltninger i tredjelande i en størrelsesorden på mindst 750 mio. EUR. Endvidere er EU nu den væsentligste internationale donor, der støtter arbejdet i FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet (UNODC).

Foruden økonomisk støtte er der også tegn på, at de forpligtelser, der er indgået på internationalt plan til at udvikle relevante tiltag over for narkotikaproblemer, er taget alvorligt af de europæiske lande. I 2008 vil det internationale samfund evaluere, hvilke fremskridt der er gjort på verdensplan med hensyn til de mål, der blev fastsat under den særlige samling i FN i 1998 om bekæmpelse af verdens narkotikaproblem. Som supplement til de data, der foreligger på internationalt plan, vil EONN støtte revisionsprocessen ved at sørge for en mere detaljeret vurdering af situationen i Europa. Som det fremgår af de data, der er fremlagt i denne betænkning, har EU-medlemsstaterne i de seneste 10 år udviklet stadig mere omfattende koordineringsmekanismer på nationalt plan og EU-plan, normalt på grundlag af strategier og handlingsplaner. Endvidere har de drastisk forbedret de foreliggende oplysninger om narkotikasituationen og øget investeringer i tiltag på både udbuds- og efterspørgselsiden. Samtidig med at det erkendes, at brugen af stoffer fortsat er en stor udfordring for folkesundhed og socialpolitik i Europa, er det også vigtigt at fremhæve denne positive udvikling.

### Europa i en global kontekst

Stofbrug er et globalt problem, og et nyttigt indblik i narkotikaproblemetets relative omfang i Europa kan fås ved

at sammenligne europæiske data med oplysninger fra andre lande. Vanskeligheden er her, at der kun i nogle få andre dele af verden foreligger forholdsvis omfattende og solide oplysninger. USA, Canada og Australien kan fremlægge nyttige sammenligningspunkter for skøn over sidste års prævalens. Det fremgår af skøn fra UNODC, at prævalensen for opioidbrug i disse lande ligger på stort set samme niveau som i EU, idet den udgør 0,4 og 0,6 %, og Canada ligger lidt lavere og USA lidt højere. Brugen af cannabis skønnes i gennemsnit at ligge betydeligt lavere i EU end i USA, Canada eller Australien. Med hensyn til stimulanser er brugen af ecstasy stort set den samme på verdensplan, selv om Australien har meldt om en stor udbredelse, og med hensyn til amfetamin er udbredelsen større i Australien og USA end i Europa og Canada. Kokainbrug er mere udbredt i USA og Canada end i EU og Australien. Manglen på sammenlignelige data gør det vanskeligt at vurdere de sundhedsmæssige følger af stofbrug på landene imellem, selv om en forsigtig sammenligning af skønnene over nydiagnosticerede tilfælde af hiv-infektion i forbindelse med intravenøs stofbrug i 2005 viser en forekomst i Australien, Canada og EU på under 10 tilfælde pr. 1 million indbyggere og ca. 36 tilfælde pr. 1 million indbyggere i USA.

### Kvantificering af kompleksiteten: fastsættelse af hensigtsmæssige mål og udvikling af nyttige summariske mål

Det er målet med alle europæiske narkotikastrategier at reducere stofbrugen og de skader, som stoffer kan forårsage, både for de personer, der bruger dem, og de lokalsamfund, som disse bor i. Dette politiske mål kan formuleres enkelt, men det er vigtigt at erkende, at stofbrug er et komplekst fænomen med mange facetter, og at ethvert forsøg på at evaluere virkningen af politikker på dette område skal afspejle disse faktiske forhold. Det er en positiv konklusion i denne beretning, at de europæiske narkotikapolitikker lægger større vægt på behovet for at fokusere på specifikke aktiviteter og udvikle hensigtsmæssige mål. Dette afspejles i det generelle skift i Europa, hvor nationale narkotikastrategier ledsages af mere specifikke og tidsbegrænsede handlingsplaner, og med hensyn til koordineringen på europæisk plan i den årlige gennemgang af EU's nuværende narkotikahandlingsplan, hvor indikatorer opgives eller ændres efter en vurdering af resultaterne.

Til evaluering af foranstaltningerne er det klart hensigtsmæssigt at gå over til en mere fokuseret tilgang. Det er imidlertid

også nyttigt at være i stand til at have en række summariske mål, som gør det muligt lettere at beskrive komplekse problemstillinger. Selv om det er vanskeligt at udarbejde sådanne skalaer og mål, ser en række nylige udviklingstendenser på dette område lovende ud. I denne beretning fremlægges en ny analyse af data om de europæiske offentlige udgifter på narkotikaområdet. Selv om der er tale om delvise data, viser de alligevel, hvilke betydelige beløb der hvert år anvendes i Europa på at begrænse efterspørgslen efter og udbuddet af narkotika: et eller andet sted mellem 13 mia. EUR og 36 mia. EUR. Endvidere bør det tages i betragtning, at disse tal ikke omfatter de sociale omkostninger ved storbrug.

Blandt de fremskridt, der kan være nyttige i denne retning, er udviklingen af indeks, som forsøger at registrere de forskellige omkostninger og skader, der er forbundet med at bruge illegale stoffer, f.eks. det indeks over narkoskader, der for nylig er udviklet i Det Forenede Kongerige. Skader er også et af de begreber, der indgår i UNODC's indeks over illegale stoffer (IDI), som for nylig er blevet foreslået. Sådanne tilgange kan vise sig hensigtsmæssige i fremtiden i forbindelse med analyser af politikkerne, men de er afhængige af kvaliteten af de data, som det sammensatte mål er baseret på, og det omfang, hvori disse data kan omfatte målkonceptet.

### **Skadesreduktion er nu udtrykkeligt en del af tilgangen på europæisk plan**

Der er stadig betydelige forskelle mellem de europæiske lande med hensyn til arten og omfanget af deres nationale narkotikaproblemer og også med hensyn til indsatsens rækkevidde og form. Til trods herfor er der stor enighed om de mere generelle grundlæggende elementer, nemlig at narkotikapolitikkerne skal være afbalancerede, overordnede og evidensbaserede. Med hensyn til efterspørgselsbegrænsning accepteres behovet for aktiviteter inden for forebyggelse, behandling og social rehabilitering af alle. Men traditionelt har skadesreduktion været et mere kontroversielt emne. Dette er ved at ændre sig, og skadesreduktion som en del af en omfattende pakke af efterspørgselsbegrænsende foranstaltninger synes nu mere udtrykkeligt at være blevet en del af tilgangen på europæisk plan. Dette fremgår af, at der i praktisk talt alle EU-medlemsstater nu findes både opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjtebytteprogrammer, selv om udbuddet af tjenester varierer meget. Det fremgår også af en nylig beretning fra Europa-Kommissionen, hvori det blev fastslået, at Rådets henstilling af 18. juni 2003 havde spillet en rolle med hensyn til at tilskynde medlemsstaterne til at udvikle og udvide aktiviteter i forbindelse med skadesreduktion.

### **Fængsel: tilbud til stofbrugere er fortsat utilstrækkelige**

En vigtig konklusion, der blev draget i forbindelse med vurderingen af fremskridtene med hensyn til gennemførelsen af Rådets henstilling, var, at trods fremskridt på andre områder var alle former for tilbud i de fleste tilfælde fortsat utilstrækkelige i fængselsmiljøer. Selv om nogle medlemsstater har indført ordninger, hvor lovovertrædere med narkotikaproblemer henvises til behandling som et alternativ til strafferetlige sanktioner, tegner personer med narkotikaproblemer sig fortsat for en væsentlig andel af de indsatte i praktisk talt alle lande. EONN arbejder for øjeblikket sammen med Verdenssundhedsorganisationen (WHO) med henblik på at oprette en database til indsamling af indikatorer for sundhedstilstanden blandt indsatte. Det generelle princip om, at indsatte skal have adgang til samme muligheder for sundhedspleje som dem, der findes i det omgivende samfund, opfyldes ikke på mange områder for personer med narkotikaproblemer. Ikke blot har mange af de personer, der kommer i fængsel, narkotikaproblemer, men undersøgelser viser, at stofbrugen ofte fortsætter i fængslet. Manglen på tilbud til indsatte stofbrugere rejser det alvorlige problem, at en mulighed for at gøre noget for at reducere en fremtidig stofbrug og lovovertrædelser går tabt, men også, at sundhedsgevinster, der opnås andre steder, kan blive undermineret som følge af manglende tilbud i dette miljø.

### **Identificering og deling af viden om, hvad der virker**

Debatten om alle former for aktiviteter i forbindelse med efterspørgselsbegrænsning har i stigende grad fokus på at identificere de interventioner, hvis effektivitet er bevist, og som ikke har utilsigtede negative konsekvenser. Da enhver intervention, som ikke gennemføres hensigtsmæssigt, formentlig ikke vil være effektiv eller endog kan virke mod hensigten, er det et andet element i dette arbejde at identificere god praksis og kvalitetskontrolforanstaltninger. I EONN's nye forordning understreges betydningen af at identificere og formidle god praksis. En særlig vanskelighed i denne forbindelse er de virkelighedstro forhold, hvor der anvendes efterspørgselsbegrænsende interventioner. Det er ofte vanskeligt eller ganske enkelt praktisk umuligt at udforme troværdige kontrollerede undersøgelser, guldstandarden for de fleste medicinske interventioner. Komplexiteten ved at vurdere beviser for effektivitet og identificere kvalitetskontrolstandarder behandles i kapitel 2 i denne beretning.

### **Cannabis: popularitet kan have toppet — mens folkesundhedsspørgsmål får større betydning**

Næsten en fjerdedel af alle voksne har prøvet cannabis på et tidspunkt i deres liv, og én ud af 14 har brugt det inden for de seneste 12 måneder, hvilket gør det til det

## Et overblik — skøn over stofbrug i Europa

(Bemærk, at disse skøn vedrører den voksne befolkning og er de senest tilgængelige skøn. Fuldstændige data og metodebeskrivelser findes i Statistical bulletin 2007)

### Cannabis

Langtidspåværelse: mindst 70 millioner eller 1 ud af 5 voksne europæere

Brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 23 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: over 13 millioner europæere

Landevariation i det sidste års forbrug: 1,0-11,2 %

### Kokain

Langtidspåværelse: mindst 12 millioner eller ca. 4 % af voksne europæere

Brug inden for de seneste 12 måneder: 4,5 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: ca. 2 millioner

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,1-3 %

### Ecstasy

Langtidspåværelse: ca. 9,5 millioner voksne europæere (3 % af voksne europæere)

Brug inden for de seneste 12 måneder: 3 millioner eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: over 1 million

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,2-3,5 %

### Amfetaminer

Langtidspåværelse: næsten 11 millioner eller ca. 3,5 % af voksne europæere

Brug inden for de seneste 12 måneder: 2 millioner eller en femtedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: under 1 million

Landevariation i det sidste års forbrug: 0,0-1,3 %

### Opioider

Problematisk opioidbrug: mellem 1 og 8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år

Over 7 500 akutte narkotikadødsfald, hvor opioider var til stede i ca. 70 % af tilfældene (data for 2004)

Primært stof i ca. 50 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug

Over 585 000 opioidbrugere var i substitutionsbehandling i 2005

mest brugte illegale stof i Europa. Men i højere grad end blandt befolkningen som helhed er det langt det hyppigst anvendte illegale stof blandt unge og meget unge mennesker. Stofbrug blandt personer, som udvikler sig både fysisk og socialt, kan være et særligt problem, og dette tema behandles udførligt i det udvalgte tema om stofbrug blandt mindreårige i tilknytning til beretningen. Betydningen af

at forstå konsekvenserne af en tidlig påbegyndelse af cannabisbrug, og hvad der kan udgøre passende tiltag, er en af den komplekse række af problemstillinger, som den udbredte cannabisbrug nu udgør for folkesundheds- og narkotikabekæmpelsespolitikker i Europa.

En generel tendens i politikken i Europa har været at gå væk fra strafferetlige indgreb over for besiddelse og brug af mindre mængder cannabis og over til tilgange, der tager sigte på forebyggelse eller behandling. Til trods herfor steg antallet af registrerede cannabisrelaterede lovovertrædelser betydeligt (36 %) i perioden 2000-2005, og i de fleste lande er cannabis det stof, der mest sandsynligt er involveret i sigtelser for brug eller besiddelse af narkotika. Denne situation kan være ved at ændre sig, da de fleste lande nu melder om et vist fald i antallet af indberettede cannabisrelaterede lovovertrædelser — hvilket muligvis indikerer, at retshåndhævelsesmyndigheder er begyndt i mindre grad at fokusere på brugen af cannabis.

Trods en betydelig debat i offentligheden og medierne om emnet er det vanskeligt at se en direkte eller enkel forbindelse mellem retshåndhævelsespolitikker og den generelle udbredelse af cannabisbrug. Selv om der med hensyn til tidspunkt og omfang var forskelle mellem landene, var der i Europa en væsentlig stigning i brugen af cannabis i 1990'erne, efterfulgt af en mere stabil, men generelt stadig stigende tendens efter 2000. Dette har nu givet et mere homogent billede på europæisk plan, end det tidligere har været tilfældet. Endvidere fremgår det af de seneste data, at brugen af cannabis, navnlig i landene med stor udbredelse, er ved at komme ind i en mere stabil fase eller endog udvise fald. Og selv om datagrundlaget fortsat er forholdsvis svagt, er der noget, der tyder på, at stoffets popularitet blandt de yngre aldersklasser er faldende i nogle lande. Selv om nationale tendenser generelt varierer, er det muligt at være forsigtigt optimistisk med hensyn til, at den eskalering af brugen af cannabis, der er registreret i Europa siden 1990'erne, nu kan have toppet.

Hvis Europa kommer ind i en periode med cannabisbrug på et mere stabilt niveau, er det også klart, at det nuværende niveau er meget højt set i historisk perspektiv, og selv om det kun er en forholdsvis lille andel af cannabisbrugere, der bruger stoffet regelmæssigt og intensivt, er der stadig tale om et betydeligt antal personer. Stadig flere forskningsresultater og kliniske erfaringer giver nu en bedre forståelse af behovene blandt personer med cannabisrelaterede problemer, selv om der fortsat ikke er foretaget indgående undersøgelser af, i hvilket omfang cannabisbrugere generelt udvikler problemer med deres stofbrug. Behandlingsdata indsamlet af EONN viser, at antallet af indberettede nye anmodninger om cannabisbehandling er næsten tredoblet siden 1999, selv om denne tendens nu synes at

være ved at stabilisere sig. Det er vanskeligt at fortolke denne tendens af en række forskellige årsager, bl.a. et øget udbud af tjenester i forbindelse med og kendskab til cannabisrelaterede problemer, og fordi en betydelig andel af henvisningerne foretages af enten strafferetlige eller andre sociale instanser. Det fremgår også, at behovene blandt de cannabisbrugere, der kommer i kontakt med behandlingstjenester, er forskellige, og det samme gælder de tilbud, der stilles til rådighed — som strækker sig fra korte og forebyggelsesorienterede interventioner til mere formelle behandlingstiltag.

Cannabissituationen i Europa kompliceres også af markedsfaktorer, og dette problem konfunderes af manglen på velegnede data om den relative andel og tilgængelighed af de forskellige cannabisprodukter i EU. Europa er på verdensplan fortsat det vigtigste marked for cannabisharpiks, hvoraf hovedparten produceres i Nordafrika. Cannabisblade er også tilgængelige i Europa, selv om der beslaglægges over 10 gange så meget harpiks som cannabisblade. Dette billede kan imidlertid være ved at ændre sig, idet beslaglæggelserne af cannabisharpiks faldt en smule i 2005, mens beslaglæggelserne af cannabisblade fortsatte med at stige, og det samme var tilfældet med hensyn til cannabisplanter. Halvdelen af de europæiske lande har meldt om en vis indenlandsk cannabisproduktion i 2005. Nogle former for hjemmeproduceret cannabis kan være forholdsvis stærk, og den indenlandske produktion har også konsekvenser for aktiviteterne inden for narkotikakontrol.

Brugen af cannabis rejser en række komplekse problemstillinger for narkotika-, folkesundheds- og socialpolitikken i Europa. Det er en positiv udvikling, at medlemsstaterne nu synes at være begyndt bedre at forstå konsekvenserne af den udbredte brug af dette stof, og debatten er ved at blive mere fokuseret og mindre tilbøjelig til enten at under- eller overvurdere problemet.

### **Kokain: atter stigning i skøn over brug**

EONN har i denne beretning revideret sit skøn over kokainbrug til, at 4,5 millioner europæere har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder, en stigning fra 3,5 millioner i årsberetningen for 2006. Det generelle billede af en situation, der var ved at stabilisere sig, som der blev meldt om sidste år, drages også i tvivl af de nye data, som peger på en generel stigning i brugen. De nye data bekræfter kokains plads i Europa som samlet set det næsthyppigst anvendte illegale stof, efter cannabis og foran både ecstasy og amfetamin i alle henseender, og skøn over brug af kokain inden for den seneste måned ligger nu over dobbelt så højt som for ecstasy. Selv om de nylige stigninger betyder, at flere lande nu melder om mange kokainbrugere, er der fortsat store forskelle mellem landene, og der er

meldt om en lav udbredelse af kokainbrug i de fleste lande i Østeuropa.

En øget udbredelse er ligeledes indberettet i de nye data fra både Spanien og Det Forenede Kongerige, de to lande med den højeste udbredelse i Europa — selv om der i ingen af tilfældene er tale om drastiske stigninger. I begge lande er sidste års prævalens blandt unge voksne på samme niveau eller højere end prævalensen i USA. I begge lande er brugen af kokain desværre forholdsvis høj blandt de unge (4-6 % blandt de 15-16-årige). Det fremgår af analyser, at den nylige stigning i Spanien kan henføres til brug i aldersgruppen 15-24 år. Det er vigtigt at bemærke, at skønnene over de personer, der har alvorlige problemer med kokain, er meget lavere. Selv om der kun foreligger skøn over problematisk kokainbrug for tre lande (Spanien, Italien, Det Forenede Kongerige), ligger tallet mellem 0,3 og 0,6 % af den voksne befolkning. Brug af crackkokain er fortsat sjældent i Europa, men forårsager alvorlige lokaliserede problemer de steder, hvor det forekommer.

Der er også andre indikatorer, der viser en stigende tendens, hvilket bekræfter kokains stigende betydning i forbindelse med narkotikaproblemet i Europa. Både mængderne og antallet af beslaglæggelser er steget, hvilket måske afspejler en øget målretning mod det europæiske marked, men eventuelt også øgede bekæmpelsesforanstaltninger. Den koordinerede indsats mod ulovlig handel med kokain øges i Europa, og en ny mellemstatslig taskforce skal placeres i Portugal, hvilket synes hensigtsmæssigt i betragtning af landets stigende betydning med hensyn til kokainbekæmpelse. Selv om rekordstore beslaglæggelser ikke synes at have påvirket pristendenserne, som stadig er nedadgående, kan de have påvirket renhedsgraden.

Hidtil har det øgede kokainforbrug kun i beskedent omfang indvirket på de sundhedsrelaterede indikatorer, men dette kan ændre sig. Hvert år indberettes der ca. 400 kokainrelaterede dødsfald i Europa, og der er mistanke om, at hjerte-kar-dødsfald, hvor kokain har været en forværende faktor, i vidt omfang kan gå upåagtet hen. Antallet af anmodninger om narkotikabehandling for personer med kokainproblemer er stigende. I 2005 var kokain det primære stof for ca. 13 % af de klienter, der søgte behandling, og for en endnu højere andel af de klienter, der først lige var kommet i behandling (22 %). Antallet af nye behandlingsanmodninger, der er indberettet, er næsten tredoblet i de seneste fem år og udgør nu over 33 000. Kokain blev også angivet som sekundært stof i ca. 15 % af tilfældene, og der er stigende bevidsthed om, at samtidig brug af kokain vanskeliggør behandlingen af opioidproblemer i nogle lande. Den samlede efterspørgsel efter kokainbehandling er imidlertid lavere end efterspørgslen



i forbindelse med cannabis og betydeligt lavere end i forbindelse med opioidproblemer.

### **hiv: generel vurdering positiv, men nye tilfælde af infektion understreger behovet for fortsat indsats**

I 1990'erne var erfaringen med, eller den potentielle trussel om, en udbredt hiv-epidemi blandt intravenøse stofbrugere en katalysator for at udvikle tilbud til denne gruppe. Med udbygningen af tjenesterne er den hiv-epidemi, der tidligere er set i Europa, stort set blevet undgået, selv om der er registreret lokaliserede problemer i nogle lande, navnlig de baltiske stater, og i nogle lande, der tidligere har haft epidemier, er udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere forblevet ret høj. Mens intravenøs stofbrug generelt er faldet som kilde til overførsel af hiv, skønner EONN, at den i 2005 tegnede sig for ca. 3 500 nydiagnosticerede tilfælde af hiv i EU. Dette tal er måske lavt set i historisk perspektiv, men udgør fortsat et betydeligt folkesundhedsproblem.

Det fremgår af en analyse af de seneste data, at antallet af nye tilfælde af infektion i forbindelse med intravenøs stofbrug er lavt i de fleste lande, og at hiv-prævalensen blandt intravenøse stofbrugere faldt mellem 2001 og 2005 i de

fleste EU-regioner. Det tyder derfor på, at navnlig i områder, hvor der har været en stor udbredelse, vil omfanget af smitte som følge af intravenøs stofbrug formentlig falde. Situationen i Estland, Letland og Litauen giver fortsat anledning til bekymring, men også her peger de fleste af de nyere data på et relativt fald i antallet af nye tilfælde af infektion.

Til denne vurdering knytter der sig de vigtige forbehold, at dataene på nogle vigtige områder ikke er tilstrækkelige, og at undersøgelser af tidstendenser over de seneste fem år har vist stigninger i nogle områder eller stikprøver i ca. en tredjedel af landene. Endvidere er der anledning til bekymring i nogle få lande, enten på grund af forholdsvis mange nye tilfælde af infektion, eller fordi der har været en vis mindre nylig stigning i udbredelsen, selv om de generelle prævalenssatser fortsat er lave. I betragtning af, at de seneste erfaringer har vist, hvor hurtigt hiv-problemer kan brede sig blandt udsatte grupper, understreger dette behovet for fortsat at målrette og udvikle tilbud med henblik på at etablere kontakt til personerne i risikogrupperne.

### **Hepatitis C er fortsat Europas skjulte epidemi**

EONN skønner, at der kan være ikke mindre end 200 000 europæere med hiv-infektion, som er eller har

### **Afghanistan — kan alternative udviklingsforanstaltninger få indvirkning?**

Der må sættes spørgsmålstegn ved, om den generelt stabile eller forbedrede situation, der er iagttaget med hensyn til heroinbrug i Europa, er bæredygtig i betragtning af den stigende opiumproduktion i Afghanistan. Det fremgår af skøn for 2006, at produktionen steg med 43 % som følge af en betydelig udvidelse af dyrkningsarealet.

På grundlag af beslaglæggelser af opioider og lukkede laboratorier ser det ud til, at opium, der er produceret i Afghanistan, i stigende grad omdannes til morfin eller heroin i landet selv, inden det eksporteres (CND, 2007). Heroinen føres derpå ind i Europa ad to større smugleruter, dvs. den gamle Balkan-rute, som stadig er den vigtigste med hensyn til heroinsmugling, og den nyere »silkerute« (se kapitel 6).

Regionale forskelle internt i Afghanistan peger på, at der er et potentiale til økonomisk vækst til at kunne reducere valmuedyrkningen, men viser også, hvordan dette kan undermineres af manglende politisk sikkerhed, korruption og infrastrukturproblemer. Dyrkningen kan hurtigt reduceres, men kan lige så hurtigt forøges. I f.eks. Nangarhar-provinsen i den østlige del af landet faldt valmuedyrkningen med 96 % i 2004/2005, men her, som i mange andre områder, er den siden da igen nået op på det tidligere niveau, til dels drevet af de økonomiske behov i tætbeholdede områder, som ikke har været i stand til at omstille sig til højværdiafgrøder og indkomstmuligheder uden for landbruget (Mansfield, personlig kommunikation og 2007).

I modsætning hertil vil dyrkningsomfanget i andre dele af den østlige region formentlig forblive ubetydeligt, og selv i de sydlige provinser Kandahar og Helmand kan der forventes reduceret dyrkning i områder tæt på provinshovedstaden. De understøttende faktorer her synes at være en større statskontrol og en øget omstilling af landbrugsproduktionen, faktorer, som har gjort det muligt at indføre afgrøder af forholdsvis høj værdi og samtidig etablere en transport- og markedsføringsinfrastruktur. I den nordlige og nordøstlige del af landet har ikke kun stigende lønninger og faldende priser for opium afholdt folk fra at plante valmuer, men en række grøntsager af høj værdi giver faktisk også et større afkast end valmuer. I disse områder er afgrødediversificering blevet støttet af narkotikabekæmpelsesaktiviteter og større statsligt engagement — hvilket er resulteret i den generelle opfattelse, at foranstaltninger til opretholdelse af et forbud mod opium vil blive håndhævet.

Stigende arbejdskraftomkostninger og faldende priser betyder nu, at afkastet af opiumsvalmuer ikke er uangribeligt, og at der i nogle områder kan opnås højere indkomster fra alternative produkter, især når der også findes andre indkomstmuligheder uden for landbruget. Disse lovlige indkomstmuligheder står imidlertid ikke åbne for alle, og i mange områder er landmændenes muligheder begrænset af høje transportomkostninger, dårlige veje og problemer på grund af manglende sikkerhed. I disse områder mindsker korruption og usikkerhed mulighederne for at handle med lovlige varer og bremser økonomisk vækst og bestræbelser for at tilskynde til afgrødediversificering, selv i områder, der ligger forholdsvis tæt på provinshovedstæderne.

været intravenøse stofbrugere. Selv om offentligheden har et godt kendskab til de risici for hiv, som udgøres af intravenøs stofbrug, er det vigtigt at huske, at der også er skønsmæssigt 1 million personer, som på et tidspunkt har været intravenøse stofbrugere, og som er smittet med hepatitis C-virus (HCV) — bl.a. en væsentlig andel, som ikke længere bruger stoffer.

Hepatitis C kan have alvorlige sundhedsmæssige følger, bl.a. cancer og dødsfald, og opfyldelsen af HCV-smittedes behov vil formentlig lægge et stadig større pres på sundhedsbudgetterne. I Europa er der en høj forekomst af HCV blandt intravenøse stofbrugere, og undersøgelser viser, at unge intravenøse stofbrugere fortsat pådrager sig denne sygdom tidligt i deres misbrugsforløb, hvilket begrænser mulighederne for at gribe ind. I modsætning til hepatitis B, hvor indgreb synes at give gode resultater, er der ingen klar tendens i HCV-dataene, selv om forskelle mellem landene kan give visse fingerpeg om, hvad der kunne være effektive foranstaltninger på dette område.

### **Heroinbrugen er stabil, men stigende problemer med syntetiske opioider giver anledning til bekymring**

Det anslås, at den potentielle globale produktion af heroin, hovedsageligt i Afghanistan, steg igen i 2006, til over 600 tons. Dette rejser spørgsmålet for Europa: Hvilken effekt vil denne stigning have på narkotikaproblemet? Den stigende heroinproduktion er ikke hidtil slået igennem i de fleste indikatorer for heroinbrug — som generelt har været stabile i nogen tid. Det fremgår af analysen af data for narkotikabehandling og overdoser, at heroinbrugerne fortsat bliver ældre i Europa, selv om billedet er mindre klart i østeuropæiske lande. De samlede skøn over problematisk stofbrug peger også generelt på en stabil situation. Alligevel understreger den faldende pris for stoffet og stigningen i antallet af unge heroinbrugere i behandling i nogle lande behovet for en fortsat agtpågivenhed.

Selv om der ikke på nuværende tidspunkt foreligger klare beviser for, at brugen af heroin er ved at blive populær blandt unge, har der i en række rapporter været tegn på, at brugen af syntetiske opioider kan være et stigende problem i nogle dele af Europa, og at syntetiske opioider endog kan være ved at erstatte heroin i nogle lande. I Østrig er en stigende andel af klienterne i behandling under 25 år og

søger hjælp for problemer som følge af brug af opioider, der er omdirigeret fra lovlige anvendelser. Ligeledes har Belgien meldt om en vis stigning i den illegale brug af metadon, og i Danmark nævnes metadon ofte i indberetninger af narkotikarelaterede dødsfald. Buprenorphin, et stof, som af nogle anses for ikke at være særlig eftertragtet på det illegale marked, angives også i stigende grad at blive brugt og injiceret i Tjekkiet, det kan have erstattet heroin i Finland, og overvågning i Frankrig giver anledning til bekymring over den illegale brug af dette stof, herunder intravenøs brug blandt unge, som har påbegyndt deres opioidbrug med buprenorphin og ikke heroin.

### **Den nedadgående tendens i narkotikarelaterede overdosisdødsfald aftager**

EONN rapporterer regelmæssigt om akutte narkotikarelaterede dødsfald i Europa — dette er især overdosisdødsfald, sædvanligvis i forbindelse med heroin eller andre opioider, selv om der i de fleste tilfælde vil være brugt en række stoffer. Overdosisdødsfald er en væsentlig årsag til undgåelig dødelighed blandt unge voksne.

Siden 2000 har mange EU-lande meldt om fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald, hvilket muligvis afspejler et øget udbud af tjenester eller ændringer i antallet af intravenøse heroinbrugere. Denne tendens er imidlertid ikke fortsat i 2004 og 2005. Det giver navnlig anledning til bekymring, at andelen af yngre mennesker blandt de døde har været stigende i nogle få lande. Det er et vigtigt mål på folkesundhedsområdet at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald, og årsagerne til den tøvende nedadgående tendens bør afdækkes.

Dødsfald på grund af overdosis er ikke den eneste sundhedsrisiko, som personer med stofproblemer har. Undersøgelser viser, at overdødeligheden som følge af alle årsager er betydelig blandt problematiske stofbrugere: Så meget som 10 gange den dødelighed, der forventes i den almindelige befolkning. Der er derfor behov for at udvikle en mere omfattende tilgang, hvor der tages fat på såvel de fysiske som de mentale sundhedsbehov hos denne gruppe, hvis sygeligheden og dødeligheden i forbindelse med kronisk stofbrug skal reduceres markant.



# Kapitel 1

## Politikker og lovgivninger

I dette kapitel beskrives EU's og de enkelte medlemsstaters narkotikapolitikker samt forholdet mellem disse to beslutningsniveauer. På grundlag af en dataindsamling gennemført af EONN i indberetningsperioden er det muligt at få et overblik over de nuværende nationale narkotikastrategier og institutionelle rammer i Europa. Vurdering af omkostningerne i forbindelse med narkotika for samfundet behandles i et afsnit om narkotikarelaterede offentlige udgifter. På grundlag af data om nationale offentlige udgifter, som medlemsstaterne har indberettet, foretages der et første skøn over det samlede beløb, som de europæiske regeringer anvender på narkotikaproblemet. Lovgivningsændringer med fokus på udbudsbegrænsning og lovgivningstiltag i forbindelse med narkotikatestning beskrives i et afsnit om nylige ændringer i de nationale lovgivninger. En oversigt over de seneste statistikker over narkotikalovovertrædelser og tendenserne med hensyn til lovovertrædelser i forbindelse med opioider og cannabis findes i et afsnit om narkotikarelateret kriminalitet. I slutningen af kapitlet findes et afsnit om narkotikarelateret forskning i Europa.

### Nationale narkotikastrategier

#### Generel situation og den seneste udvikling

I begyndelsen af 2007 havde alle EU-medlemsstater, undtagen Italien, Malta og Østrig, en national narkotikastrategi, undertiden ledsaget af en handlingsplan. På det tidspunkt var i alt mere end 35 forskellige nationale planlægningsdokumenter i kraft i Europa, som dækker perioder lige fra så lidt som to år (Den Tjekkiske Republiks handlingsplan) til over ti år (Nederlandenes nationale narkotikastrategi).

En tydelig tendens i de seneste år har været skiftet fra at have et enkelt nationalt planlægningsdokument til at vedtage to instrumenter, der supplerer hinanden: en strategisk ramme og en handlingsplan. Denne fremgangsmåde, som muliggør en bedre konceptualisering af mål på kort, mellemlang og lang sigt, anvendes nu i næsten halvdelen af EU-medlemsstaterne og er endnu mere udbredt i de lande, der indtrådte i EU i 2004 og 2007: 8 af disse 12 lande har både en narkotikastrategi og en handlingsplan.

Politikken med at kombinere en narkotikastrategi med handlingsplaner gør det lettere at fastlægge mål, foranstaltninger, ansvarsområder og frister mere detaljeret. Nogle lande, f.eks. Cypern, Letland og Rumænien, har indarbejdet detaljerede gennemførelsesprocesser i deres narkotikastrategier og handlingsplaner. Denne fremgangsmåde, som man i nogen tid har fulgt i andre medlemsstater (f.eks. Spanien, Irland, Det Forenede Kongerige), er ved at blive mere udbredt og er også blevet gennemført i EU's nuværende narkotikahandlingsplan.

I 2006 vedtog fire medlemsstater (Grækenland, Polen, Portugal, Sverige) og Tyrkiet samt Nordirland i Det Forenede Kongerige nye narkotikastrategier eller handlingsplaner. I ingen af disse tilfælde var der tale om den første strategi eller plan, og i alle tilfælde fremgik det af de nationale rapporter, at man i forbindelse med de nye planlægningsdokumenter havde trukket på erfaringer i forbindelse med tidligere dokumenter. I 2007 skal to medlemsstater, Malta og Østrig, samt Norge vedtage nye narkotikastrategier, mens Den Tjekkiske Republik, Estland, Frankrig og Ungarn vil iværksætte nye handlingsplaner.

#### Indhold

De nationale narkotikastrategier og handlingsplaner i alle EU-medlemsstater, kandidatlande og Norge har som centralt mål at reducere stofbrugen i almindelighed og problematisk stofbrug i særdeleshed. Alle lande har også som mål at forebygge og reducere de individuelle og kollektive skader som følge af stofbrug. Et andet fællestræk er den »overordnede« strategi, hvor indsatsen for at begrænse både udbuddet af narkotika knyttes sammen med indsatsen for at begrænse efterspørgslen efter narkotika. Den »afbalancerede« tilgang, som tilsigter at prioritere både udbuds- og efterspørgselsbegrænsning, er også meget udbredt. Alle disse elementer indgår også i EU's narkotikastrategi.

Rækken af psykoaktive stoffer, som er omfattet af nationale narkotikastrategier, er et område, hvor der er betydelige forskelle mellem de europæiske lande. Dette kan ses i de nye dokumenter, der blev vedtaget i 2006. Af disse fokuserer to dokumenter hovedsageligt på illegale stoffer

## EONN's nye forordning

Den 12. december 2006 undertejgnede Europa-Parlamentet og Rådet for Den Europæiske Union EONN's omarbejdede forordning, som trådte i kraft i januar 2007.

I den nye forordning understreges betydningen af nøgleindikatorerne, og det fremgår, at indførelsen heraf er en forudsætning for, at EONN kan varetage sine opgaver. Der lægges også vægt på behovet for at udvikle et informationssystem, der kan opfange nye tendenser.

Det nye dokument udvider EONN's opgaver. Der henvises nu specifikt til oplysninger om kombineret brug af legale og illegale psykoaktive stoffer og om bedste praksis i medlemsstaterne. EONN kan også udvikle redskaber og instrumenter, som gør det lettere for medlemsstaterne at overvåge og evaluere deres nationale narkotikapolitikker og for Europa-Kommissionen at gøre det samme på EU-plan. Alle disse nye elementer vil gøre

det muligt for EONN at give et mere fuldstændigt billede af narkotikafænomenet.

I den nye forordning lægges der større vægt på samarbejde med partnerorganer, navnlig Europol med hensyn til overvågningen af nye psykoaktive stoffer, og andre partnere som f.eks. WHO, FN eller relevante statistiske myndigheder for at opnå maksimal effektivitet. Den nye forordning præciserer de lande, hvortil EONN kan videregive sin knowhow på anmodning af Europa-Kommissionen og med bestyrelsens godkendelse.

Den rolle, som tillægges Reitox-netværket af nationale knudepunkter, er mere klart defineret i det nye dokument. Omarbejdningen ændrer også forordningen med hensyn til det videnskabelige udvalg. Dette vil give EONN et sammenhængende, uafhængigt organ af fremtrædende forskere. Foruden at bidrage til at sikre kvaliteten af EONN's arbejde vil det også danne bro til bredere videnskabs- og forskningskredse.

(Polen, Portugal), om end med visse forbindelser mellem narkotika- og alkohol-/tobaksstrategierne, to sætter fokus på både illegale stoffer og alkohol (Grækenland, Nordirland i Det Forenede Kongerige), mens et dokument (Tyrkiet) har fokus på alle afhængighedsskabende stoffer. Endvidere har Sverige på samme tid vedtaget to indbyrdes forbundne handlingsplaner, én for alkohol og én for illegale stoffer. I en række lande har man i flere år taget skridt til at integrere politikker vedrørende legale og illegale stoffer (f.eks. Tyskland, Frankrig) <sup>(1)</sup>. Rækkevidden af fremtidige narkotikastrategier og deres mulige integration med andre folkesundhedsstrategier vil formentlig fortsat være et vigtigt tema i de kommende år.

Nationale narkotikastrategier og handlingsplaner omfatter generelt tiltag med hensyn til forebyggelse, behandling og rehabilitering, skadesreduktion og udbudsbegrænsning. Omfanget af de forskellige tiltag og den betydning, de tillægges, varierer imidlertid mellem landene <sup>(2)</sup>. Dette kan forklares ved forskelle med hensyn til narkotikaproblemets omfang og karakteristika, men også ved de forskellige social- og sundhedspolitikker i Europa. Økonomiske ressourcer, offentlig opinion og politisk kultur er også vigtige faktorer, og det fremgår, at lande, der har visse fællestræk, vedtager stort set samme narkotikapolitikker (Kouvonen et al, 2006).

## Evaluering

Det forhold, at der i EU findes mange forskellige nationale narkotikastrategier med fælles mål, kan betragtes som en styrke, da det giver mulighed for sammenlignende analyser af forskellige metoder. Evalueringen af nationale narkotikastrategier og handlingsplaner er derfor ikke kun vigtigt for at vurdere indsatsen på nationalt plan, men også

for at forbedre det generelle kendskab til effektiviteten af narkotikastrategier. EU og medlemsstaterne har allerede investeret betydelige ressourcer på dette område.

Næsten alle europæiske lande nævner målet om at evaluere deres nationale narkotikastrategi. Regeringerne ønsker at få at vide, om deres politikker gennemføres, og om de forventede resultater opnås. I to medlemsstater (Belgien, Slovenien) har evalueringen været begrænset til en række udvalgte projekter. I de fleste andre lande, og på EU-plan, foregår der en systematisk overvågning af gennemførelsen af de aktioner, der er fastsat i den nationale narkotikastrategi. Dette gør det muligt at udarbejde situationsrapporter, hvis resultater kan anvendes til at forbedre eller forny eksisterende narkotikastrategier eller handlingsplaner.

Overordnede evalueringer, som omfatter forløb, output, resultat og virkning, er mindre hyppige i Europa. Nogle lande (Estland, Grækenland, Spanien, Polen, Sverige) har meldt om, at de har planer om en intern evaluering på grundlag af situationsrapporter om gennemførelsen og andre tilgængelige epidemiologiske og kriminologiske data. I nogle tilfælde (Luxembourg, Portugal) vil en sådan evaluering blive foretaget af et eksternt organ.

Situationsrapporter om gennemførelsen af nationale narkotikastrategier og handlingsplaner er således ved at blive almindelige i Europa. Det næste skridt, hvor der udvikles evalueringer af resultater og virkninger, befinder sig stadig i sine første faser, og den fremtidige konsekvensanalyse af EU's narkotikahandlingsplan for 2005-2008, hvor Europa-Kommissionen har bestilt en undersøgelse med henblik på fastlæggelse af en metode, kunne blive et eksempel. Der foregår også visse aktiviteter

<sup>(1)</sup> Se det udvalgte tema i 2006 »Europæiske narkotikapolitikker: udvidelse til at omfatte mere end illegale stoffer?«.

<sup>(2)</sup> Se kapitel 2.

i forbindelse med udviklingen af indeks, der har til formål at vurdere nationale narkotikastrategiers virkninger eller den generelle narkotikasituation. Både Det Forenede Kongerige og FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet (UNODC) har gjort en betydelig indsats på dette område.

### Indeks for narkotikapolitik

Det Forenede Kongeriges indeks over narkoskader (Drug Harm Index) har til formål at registrere de sociale omkostninger, der er forbundet med skader som følge af problematisk brug af alle illegale stoffer. Det dækker fire former for skader: sundhedsmæssige følger, samfundsmæssige skader, narkotikarelateret kriminalitet hos private og narkotikarelateret kriminalitet i erhvervslivet. Det er imidlertid ikke planen, at det skal indeholde en fuldstændig oversigt over narkotikasituationen i landet, da indikatorerne er begrænset til de indikatorer, hvor der allerede findes solide data, og resultattallene og tendenserne anvendes som et referencegrundlag for vurderingen af fremtidige fremskridt (MacDonald et al, 2005). UNODC's indeks over illegale stoffer (IDI) kombinerer tre dimensioner af narkotikafænomenet: narkotikaproduktion, ulovlig narkotikahandel og stofmisbrug. Resultatet er en samlet score, baseret på en »skades-/risikofaktor pr. indbygger«, som skulle afspejle omfanget af alle narkotikaproblemer, der opstår i et givent land (UNODC, 2005).

I forbindelse med konceptualiseringen af begge instrumenter er der udviklet interessante metoder, og det har været muligt at få et første indblik i anvendelsen af totalindeks til at evaluere narkotikastrategier og overvåge de generelle narkotikasituationer. Umiddelbart ser det ud til, at sådanne instrumenter kan være hensigtsmæssige til en longitudinal opfølgning af den nationale situation, men at resultatet bør sættes ind i en sammenhæng med analysen af individuelle indikatorer inden for indeksene for at forstå, hvad der egentlig foregår. Det kunne være vanskeligere at anvende et totalindeks til landesammenligninger i betragtning af begrænsningerne i forbindelse med de eksisterende datasæt og manglen på kontekstuelle variabler (f.eks. geografisk situation) fra analysen.

### Koordineringsmekanismer

Selv om der nu findes formelle narkotikakoordineringsmekanismer i næsten alle EU-medlemsstater og Norge, er der betydelige forskelle i de eksisterende systemer, hvilket afspejler forskelle mellem landene med hensyn til de politiske strukturer. Alligevel er det muligt at beskrive en række generelle træk.

Det fleste lande har narkotikakoordineringsmekanismer på både nationalt plan og regionalt eller lokalt plan. På nationalt plan findes der normalt et tværministerielt

narkotikaudvalg, som ofte suppleres af en national narkotikakoordineringsinstans og/eller en national narkotikakoordinator, som er ansvarlig for de løbende koordineringsaktiviteter. På regionalt eller lokalt plan findes der i de fleste lande narkotikakoordineringsinstanser og/eller narkotikakoordinatorer.

De europæiske lande adskiller sig fra hinanden med hensyn til, hvordan koordineringsmekanismerne på nationalt plan er forbundet med mekanismerne på regionalt eller lokalt plan. I nogle lande, navnlig lande med en føderal struktur (f.eks. Belgien, Tyskland), anvendes der vertikale koordineringssystemer for at muliggøre samarbejde mellem de forskellige koordineringsinstanser, der fungerer uafhængigt. I andre lande (f.eks. Finland, Portugal) fører de nationale koordineringsorganer direkte tilsyn med koordineringen på regionalt eller lokalt plan.

Sammenlignende analyser af narkotikakoordineringsmekanismer i EU vanskeliggøres af de mange forskellige eksisterende systemer. En undersøgelse foranstaltet af EONN har imidlertid vist, at det er muligt at vurdere koordineringssystemer ved at fokusere på deres »gennemførelseskvalitet«, et begreb til undersøgelse af deres evne til at frembringe koordineringsresultater (Kenis, 2006). Denne metode vil blive videreudviklet, således at den kan anvendes i forbindelse med evalueringen af nationale narkotikakoordineringssystemer.

### Narkotikarelaterede offentlige udgifter

De offentlige udgifter i forbindelse med narkotikaproblemet, som de europæiske lande har indberettet, ligger på mellem 200 000 EUR og 2 290 mio. EUR <sup>(3)</sup>. De store forskelle kan til dels forklares ved medlemsstaternes forskellige størrelse og til dels ved forskelle mellem landene med hensyn til de indberettede udgiftstyper og dataenes fuldstændighed. De fleste lande indberettede kun udgifter i forbindelse med gennemførelsen af nationale narkotika programmer og anførte ikke nærmere oplysninger om andre udgifter inden for udbuds- og efterspørgselsbegrænsning. Endvidere var alle væsentlige områder i forbindelse med de offentlige udgifter på narkotikaområdet ikke altid medtaget, idet kun 15 ud af 23 lande har givet detaljerede oplysninger om udgifter på »sundheds- og socialområdet« (behandling, skadesreduktion, sundhedsforskning og pædagogiske, forebyggende og sociale aktiviteter), og kun 14 lande har givet oplysninger om udgifter til »retshåndhævelse« (aktiviteter i forbindelse med politi, hær, domstole, fængsler, told- og finanskontrol). Der forelå endnu færre oplysninger (syv lande) om udgifterne på andre områder (f.eks. administration, koordinering, overvågning og internationalt samarbejde), og det samme

(3) Samlede tal for de narkotikarelaterede offentlige udgifter i 2005 i EU-medlemsstaterne og Norge hidrørte fra de nationale knudepunkter.



## Omkostningerne ved stofbrug

Undersøgelser af omkostningerne ved stofbrug kan være en vigtig kilde til information til udviklingen og forvaltningen af narkotikapolitikker.

De narkotikarelaterede omkostninger kan inddeles i to hovedkategorier, nemlig direkte og indirekte. De direkte omkostninger er de omkostninger, der betales for, og omfatter typisk udgifter inden for forebyggelse, behandling, skadesreduktion og retshåndhævelse. De indirekte omkostninger er værdien af produktive ydelser, der ikke udføres på grund af stofbrug, og består typisk af tabt produktivitet som følge af narkotikarelateret sygelighed og dødelighed. Narkotikarelaterede omkostninger kan også omfatte de u håndgribelige omkostninger smerte og lidelse, normalt i form af livskvalitetsmål, men denne omkostningskategori udelades ofte på grund af, at den vanskeligt lader sig kvantificere præcist i pengemæssig henseende.

En omkostningsundersøgelse kan gennemføres fra flere forskellige perspektiver, som hver især kan omfatte forskellige omkostninger, f.eks. omkostninger for samfundet som helhed, staten, sundhedsplejesystemet, tredjepartsbetalere samt stofbrugere og deres familier.

### Samfundsperspektivet

De narkotikarelaterede sociale omkostninger er summen af alle omkostninger for samfundet, direkte og indirekte, der er forårsaget af stofbrug. Resultatet, udtrykt i penge, er et skøn over den samlede byrde, som stofbrug pålægger samfundet (Single et al, 2001).

Det er forbundet med en række fordele at fastslå de sociale omkostninger ved stofbrug. For det første viser det, hvor meget samfundet bruger på narkotikarelaterede spørgsmål, og indirekte, hvilket beløb der ville blive sparet, hvis stofbrug blev fuldstændig afskaffet. For det andet identificeres de forskellige omkostningskomponenter og omfanget af hver samfundssektors bidrag. Sådanne oplysninger kan hjælpe med til at fastlægge

finansieringsprioriteter ved at sætte fokus på områder, hvor der kan være ineffektivitet og foretages besparelser.

### Offentlige udgifter som perspektiv

Ved udtrykket »offentlige udgifter« forstås værdien af varer og tjenesteydelser købt af de offentlige myndigheder i staten (dvs. centrale, regionale, lokale myndigheder) for at kunne udføre alle deres funktioner (dvs. sundhedsvæsen, retsvæsen, offentlig orden, uddannelse, sociale tjenester). Analysen af statens offentlige udgifter giver nyttige oplysninger om de offentlige myndigheders evne til at bruge midlerne effektivt og effektivt.

Det er noget andet at anslå narkotikarelaterede offentlige udgifter end sociale omkostninger. Offentlige udgifter udgør kun en del af de sociale omkostninger, hovedsageligt i form af direkte omkostninger; indirekte omkostninger er udtrykkeligt udelukket, da der er omkostninger fra private aktører (f.eks. private sygesikringselskaber). Direkte offentlige udgifter, der udtrykkeligt er angivet som »narkotikarelaterede«, kan indledningsvis spores tilbage ved en grundig gennemgang af officielle regnskabsdokumenter (f.eks. budgetter eller årsberetninger). Det er vanskeligt at foretage skøn, når narkotikarelaterede udgifter ikke er angivet som sådanne, men indgår i programmer med bredere mål (f.eks. det samlede budget for politiets indsats). I dette tilfælde skal direkte narkotikarelaterede udgifter, der ikke er angivet som sådanne, beregnes ved hjælp af modelleringer.

Hovedformålet med at beregne de sociale omkostninger er at fastslå den byrde, som narkotikaproblemer udgør for samfundet, i forhold til omkostningerne for samfundet ved at tage fat på disse problemer (herunder eventuelle indirekte virkninger). I sidste instans fører dette frem til spørgsmålet om effektivitet og effekt, dvs. bruger de offentlige myndigheder midlerne fornuftigt på de rigtige problemer? Nogle forfattere (Reuter, 2006) har imidlertid anført, at offentlige udgifter er mere relevante end sociale omkostninger til politiske formål. Narkotikabudgettet bidrager til at beskrive, hvilke politikker en regering anvender til at reducere stofbrugen og tilknyttede problemer, hvilket er det første skridt til at bestemme, om omfanget og indholdet af sådanne politikker er tilstrækkeligt.

var tilfældet med hensyn til oplysninger om regionale og kommunale budgetter (seks lande).

Seks lande har givet detaljerede oplysninger om udgifterne i forbindelse med narkotikabekæmpelse (tabel 1). I disse lande udgjorde de narkotikarelaterede offentlige udgifter mellem 0,11 og 0,96 % af de samlede offentlige udgifter i året (median 0,32 %) eller mellem 0,05 og 0,46 % af bruttonationalproduktet (BNP) (median 0,15 %). Aktiviteter i forbindelse med »retshåndhævelse« tegnede sig for 24-77 % af de samlede udgifter, mens resten blev anvendt til aktiviteter på »social- og sundhedsområdet«.

Europæiske lande har i alt indberettet narkotikarelaterede offentlige udgifter på 8,1 mia. EUR. Dette tal giver formentlig

et for lavt overslag over de samlede offentlige udgifter på narkotikaområdet i betragtning af den omfattende underrapportering. De seks lande, der indgår i tabel 1, tegner sig for 76 % af de samlede offentlige udgifter, der er indberettet af EU-medlemsstater og Norge. På grundlag af dataene fra disse seks lande kan de samlede narkotikarelaterede offentlige udgifter i europæiske lande beregnes til at udgøre mellem 13 mia. EUR og 36 mia. EUR (4). Disse tal udgør mellem 0,12 og 0,33 % af BNP i EU (25 lande) i 2005.

På EU-plan vil Europa-Kommissionen som led i det nye budget for 2007-2013 stille betydelige midler til rådighed til bekæmpelse af narkotikaproblemet. Et nyt

(4) Af de seks lande har fire (Ungarn, Nederlandene, Finland og Sverige) fremlagt detaljerede modelberegne tal. Ved på de resterende lande at anvende værdien af første og tredje kvartil af fordelingen af procentdelen af de samlede offentlige udgifter (henholdsvis 0,18 og 0,69 %) og af procentdelen af BNP (henholdsvis 0,08 og 0,37 %), som de seks udvalgte lande har haft i offentlige udgifter, fremkommer et interval af de samlede akkumulerede udgifter.

**Tabel 1: Sammenligning af udvalgte lande med fuldstændige data og yderligere oplysninger om sammensætningen af deres narkotikarelaterede offentlige udgifter**

Land	Samlede udgifter, der er indberettet			Andel af samlede udgifter anvendt til	
	beløb (mio. EUR)	som andel af samlede offentlige udgifter <sup>(1)</sup> (%)	som andel af BNP <sup>(2)</sup> (%)	sundheds- og socialområdet <sup>(3)</sup> (%)	retshåndhævelse <sup>(4)</sup> (%)
Belgien <sup>(5)</sup>	185,9	0,14	0,07	43	54
Ungarn	43,5	0,11	0,05	23	77
Nederlandene	2 185,5	0,96	0,43	25	75
Finland	272,0	0,36	0,18	76	24
Sverige (2002)	1 200,0	0,80	0,46	60	40
Det Forenede Kongerige	2 290,0	0,29	0,13	51	49

<sup>(1)</sup> Samlede offentlige udgifter i året (kilde: Eurostat).

<sup>(2)</sup> Bruttonationalprodukt i året (kilde: Eurostat).

<sup>(3)</sup> Udgifter på sundheds- og socialområdet omfatter behandling, skadesreduktion, sundhedsforskning og pædagogiske, forebyggende og sociale aktiviteter. Med hensyn til Finland omfatter det anførte beløb foruden »forebyggelse af stofmisbrug« også tingskade, overvågning og forskning.

<sup>(4)</sup> Udgifter til retshåndhævelse omfatter udgifter til politi, hær, domstole, fængsler, told- og finanskontrol.

<sup>(5)</sup> Belgien anvendte også 3 % af de samlede indberettede udgifter til »politikforvaltningsaktiviteter«.

Kilder: Nationale knudepunkter og Eurostat.

finansieringsinstrument for forebyggelse af narkotikamisbrug og information af offentligheden på 21 mio. EUR er under behandling og vil i givet fald blive vedtaget inden udgangen af 2007, hvorved der stilles 3 mio. EUR til rådighed for tværnationale projekter i dette år. I forbindelse med andre nye finansielle instrumenter, f.eks. programmet om forebyggelse og bekæmpelse af kriminalitet, folkesundhedsprogrammet for 2007-2013 og det 7. FTU-rammeprogram for 2007-2013, stilles der ligeledes finansieringsmuligheder til rådighed for organisationer, der arbejder inden for forskellige aspekter af narkotikaområdet. Endvidere har EU og medlemsstaterne siden 2005 medfinansieret narkotikarelaterede bistandsprojekter i tredjelande til en værdi af over 750 mio. EUR.

I forbindelse med EU's narkotikahandlingsplan for 2005-2008 er EONN i gang med at udvikle en metode, som giver medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge mulighed for at sammenstille standardiserede data om narkotikarelaterede udgifter. Dette vil gøre det muligt for EONN at anslå både de samlede offentlige udgifter, der er afsat på narkotikaområdet, og hvordan disse er fordelt mellem forskellige aktiviteter.

## Udviklingen inden for EU's lovgivning og politik

I slutningen af 2006 fremlagde Europa-Kommissionen sin første situationsrapport <sup>(5)</sup> om gennemførelsen af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008). Heri vurderedes det,

i hvilket omfang de aktiviteter, der var planlagt til 2006, var opnået, og om planens målsætninger for 2006 er blevet opfyldt. EONN bidrog hertil ved at udarbejde en række rapporter. Der vil ligeledes blive udarbejdet en rapport i 2007, forud for den endelige konsekvensanalyse af EU's narkotikahandlingsplan, som Europa-Kommissionen skal fremlægge i 2008.

I juni 2006 fremlagde Europa-Kommissionen en grønbog om narkotikapolitik og civilsamfundet i Den Europæiske Union <sup>(6)</sup> som fastsat i narkotikahandlingsplanen. Formålet med grønbogen er at udforske, hvordan man bedst kan skabe en løbende dialog med civilsamfundsorganisationer, der er aktive på narkotikaområdet. Aktørerne blev opfordret til at indsende bemærkninger til to valgmuligheder i forbindelse med en struktureret dialog: et civilsamfundsforum om narkotika som et mødested for regelmæssige uformelle

### Indberetninger af de sociale omkostninger ved stofbrug

Det er kun nogle få lande, der har indberettet data om de sociale omkostninger ved stofbrug. I Finland (data fra 2004) blev de indirekte omkostninger i forbindelse med stofbrug, herunder misbrug af farmaceutiske præparater, beregnet til at udgøre omkring 400-800 mio. EUR, hvoraf 306-701 mio. EUR blev tilskrevet omkostningerne ved mistede leveår på grund af for tidlig død, mens produktionstabene udgjorde 61-102 mio. EUR. De sociale omkostninger ved illegal stofbrug blev anslået til 907 mio. EUR i Frankrig i 2003 og til 29,7 mio. EUR i Luxembourg i 2004.

<sup>(5)</sup> [http://ec.europa.eu/justice\\_home/doc\\_centre/drugs/strategy/doc/sec\\_2006\\_1803\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/justice_home/doc_centre/drugs/strategy/doc/sec_2006_1803_en.pdf)

<sup>(6)</sup> [http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006\\_0316en01.pdf](http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/site/en/com/2006/com2006_0316en01.pdf)



konsultationer eller en tematisk sammenkobling af eksisterende netværk.

Inddragelsen af civilsamfundet i narkotikapolitikken i EU er også et af hovedmålene med særprogrammet om forebyggelse af narkotikamisbrug og information af offentligheden for 2007-2013 <sup>(7)</sup>, som Europa-Kommissionen har foreslået som led i det generelle program om grundlæggende rettigheder og retfærdighed. Det er narkotikaprogrammets generelle mål at bidrage til at gøre Europa til et område med frihed, sikkerhed og retfærdighed ved at forbedre informationen om virkningerne af stofbrug og ved at forebygge og begrænse brugen af narkotika, afhængighed og narkotikarelaterede skader. For perioden 2007-2013 har dette program et samlet budget på 21 mio. EUR. Narkotikaprogrammet er stadig til behandling i Europa-Parlamentet og Rådet og skal vedtages efter den fælles beslutningsprocedure.

## Nye nationale lovgivninger

### Udbudsbegrænsning

I det seneste år har medlemsstaterne foretaget en lang række lovændringer inden for efterspørgselsbegrænsning, men en række lande traf i 2006 også foranstaltninger med henblik på at forbedre lovgivningen i forbindelse med ulovlig narkotikahandel og spørgsmål vedrørende udbudsbegrænsning.

I Irland omfattede de betydeligste ændringer indførelsen af Criminal Justice Act 2006, som indeholder nye lovovertrædelser i form af levering af narkotika til indsatte, bestemmelser vedrørende antisocial adfærd og forslag med henblik på at skærpe den obligatoriske minimumsstraf på 10 år for ulovlig handel med narkotika med en gadeværdi på 13 000 EUR eller mere. Medlemskab af eller støtte til en »kriminell organisation« (som defineret i loven) straffes, og der er blevet oprettet et register over narkotikalovovertrædere, som kræver, at personer, der er dømt for ulovlig narkotikahandel, underretter politiet om deres adresse efter løsladelsen fra fængslet. Derimod blev der indført proceduremæssige ændringer i Ungarn, hvor bestemmelserne vedrørende de nationale politistationer havde til formål at kodificere alle politiaktiviteter i forbindelse med narkotika og prækursorer i en enkelt, overordnet lov med henblik på at bidrage til at bekæmpe narkotikarelateret kriminalitet.

Procedurer vedrørende anvendelsen af visse redskaber til bekæmpelse af ulovlig narkotikahandel blev også indført eller forbedret. I Estland blev loven om euforiserende midler og psykotrope stoffer og tilknyttede love ændret i maj

2005 med henblik på at udvide overvågningsområdet. I Rumænien indførtes den europæiske arrestordre ved en lov, der blev gennemført i juni 2006, og som fastsatte procedurer for anvendelsen heraf samt foranstaltninger med henblik på at forbedre det retlige samarbejde, overvågning og grænseoverskridende forfølgelse og overførsel af retsforfølgning. I Bulgarien regulerer den nye strafferetsplejelov, der blev indført i oktober 2005, kontrolleret leverance, fortrolige transaktioner og undercovervirksomhed. Der er også bestemmelser om midlertidig beskyttelse af vidner i narkotikasager og under visse omstændigheder beskyttelse af vidners identitet samt særlige regler for forhør af sådanne vidner og brugen af undercoveragenter.

Lignende redskaber er til rådighed for anklagemyndigheden i andre lande. I forbindelse med retsforfølgningen af narkotikalovovertrædelser anvendes i Den Tjekkiske Republik ofte bestemmelserne i strafferetsplejeloven, som giver mulighed for beskyttelse af vidners identitet og personovervågning. Loven om vidnebeskyttelse er også i vidt omfang blevet anvendt i narkotikasager i Cypern.

Den nylige stigning i den ulovlige handel med kokain har medført en større opmærksomhed omkring det caribiske område. I Nederlandene har man siden begyndelsen af 2003 haft en særlig domstol med fængselsfaciliteter i Schiphol lufthavn. Siden begyndelsen af 2005 er alle flyvninger fra centrale lande i Caribien blevet kontrolleret 100 %. I 2004 blev der i gennemsnit anholdt 290 narkokurerer pr. måned, et antal, der var faldet til 80 pr. måned i begyndelsen af 2006. I Frankrig styrker en lov, der blev indført i oktober 2005, samarbejdet med den caribiske region med henblik på at beslaglægge illegale stoffer, der smugles ad luft- og søvejen.

### Regulering af narkotikatestning

En række lande har meldt om indførelse af lovgivning, der tillader, definerer eller regulerer narkotikatestning af førere, anholdte, indsatte eller arbejdstagere i forskellige situationer.

Tilfældig vejsidekontrol af førere ved hjælp af udstyr til hurtig testning på stedet tages nu i betragtning i Litauen i henhold til beslutningen om godkendelse af det nationale program for sikker trafik på vejene for 2005-2010 og i Luxembourg i henhold til et lovudkast fra 2004 om ændring af loven om trafikregulering. I Letland bliver førere, som menes at føre et køretøj i påvirket tilstand, og som nægter at lade sig teste, i henhold til den ændrede straffelov nu straffet, med mulighed for at idømme en fængselsstraf i tilfælde af gentagen nægtelse inden for et år. Ligeledes i Letland fastsætter den ændrede lov »om politi« nu, at en person kan overføres til en lægelig institution for at fastslå, om vedkommende har

<sup>(7)</sup> KOM(2006) 230 endelig.

indtaget alkohol eller narkotiske, psykotrope eller giftige stoffer, og henviser til de regeringsbekendtgørelser, der fastsætter nærmere bestemmelser om proceduren. Procedurer vedrørende narkotikatestning af førere er yderligere beskrevet i det udvalgte tema i 2007 om narkotika og bilkørsel.

Særlige grupper af anholdte kan nu testes for narkotika i Skotland, som det allerede er tilfældet i England og Wales, og i et udkast til nye fængselsregler, der blev offentliggjort i Irland i juni 2005 af Justitsministeriet og Ministeriet for Ligestilling og Lovreformer, indføres muligheden for obligatorisk narkotikatestning af indsatte. Dette angives at være nødvendigt af hensyn til god orden, sikkerhed, sundhed og tryghed og vil blive udført på prøver af urin, spyt og/eller hår.

I Norge kan der ikke længere foretages narkotikatestning på arbejdspladsen, såfremt en arbejdstager eller jobansøger giver samtykke hertil. Efter ikrafttrædelsen af § 9-4 i arbejdsmiljøloven fra 2005 kan en arbejdsgiver kun kræve, at en arbejdstager eller jobansøger lader sig narkoteste, når det følger af love og forskrifter, eller hvis det er forbundet med særligt store risici at udføre arbejdet i påvirket tilstand, eller hvis arbejdsgiveren finder, at testning er nødvendig for at beskytte arbejdstageres eller tredjeparts liv og sundhed. Det nye finske regeringsdekret om narkotikatestning på arbejdspladsen indeholder en omfattende oversigt over bestemmelser vedrørende samtykke samt kvalitetskravene til testlaboratorier, prøver og testresultater.

I Den Tjekkiske Republik er der nu fastsat bestemmelser for narkotikatestning foretaget af politiet, fængselspersonale eller arbejdsgivere i lov 379/2005 i lovsamlingen om »foranstaltninger til beskyttelse mod skader forårsaget af tobaksprodukter, alkohol og andre afhængighedsskabende stoffer«. En professionel undersøgelse er obligatorisk, når der er grund til at antage, at brugen af stoffer bringer personen i en tilstand, hvor vedkommende eller andre kunne skades. Det fastsættes også, hvornår politiet, fængselspersonale eller arbejdsgivere har ret til at foretage en alkoholtest eller tage en spytp prøve. Lægeundersøgelser, i form af alkoholtest og prøver af biologisk materiale, kan kun foretages inden for rammerne af sundhedsstrukturer med behørig professionel og operationel kompetence.

## Narkotikarelateret kriminalitet

Behovet for at forebygge narkotikarelateret kriminalitet står højt på den europæiske politiske dagsorden, som det fremgår

af den omstændighed, at dette mål i EU's nuværende narkotikastrategi identificeres som et centralt indsatsområde for at opnå målet om at sikre et højt sikkerhedsniveau for den brede befolkning.

Blandt de opgaver, der er planlagt til 2007 i EU's narkotikahandlingsplan for 2005-2008, er vedtagelsen af en fælles definition af begrebet »narkotikarelateret kriminalitet« på grundlag af et forslag fra Europa-Kommissionen baseret på undersøgelser, der er fremlagt af EONN. Det varierer på tværs af fag og blandt fagfolk, hvad der forstås ved begrebet »narkotikarelateret kriminalitet«, men det kan anses for at omfatte fire brede kategorier: *psykofarmakologiske forbrydelser* (forbrydelser begået under påvirkning af et psykoaktivt stof), *kompulsive berigelsesforbrydelser* (forbrydelser begået for at skaffe penge/varer/narkotika til at støtte en narkotikavane), *systemiske forbrydelser* (forbrydelser begået som en del af de illegale narkotikamarkeders funktion) og *narkotikalovovertrædelser* (bl.a. brug, besiddelse, handel, smugling osv.) (se tillige EONN, 2007a).

Det er undertiden vanskeligt at anvende definitionerne af de tre første af disse aspekter af narkotikarelateret kriminalitet i praksis, og der foreligger kun få og ufuldstændige data. Oplysninger om »indberetninger«<sup>(8)</sup> af narkotikalovovertrædelser foreligger rutinemæssigt i alle de europæiske lande, der er analyseret i denne beretning. Disse oplysninger afspejler imidlertid også lovgivningsmæssige forskelle og de forskellige måder, hvorpå loven håndhæves og anvendes, samt forskelle med hensyn til prioriteringerne og de ressourcer, der af kriminalretlige institutioner er afsat til specifikke lovovertrædelser. Hertil kommer, at der er variationer mellem de nationale informationssystemer om narkotikalovovertrædelser, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer og registreringspraksis, dvs. hvad der registreres, og hvornår og hvorledes. Som følge heraf kan det være vanskeligt at foretage sammenligninger mellem lande; det er derfor mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal og tage højde for nationale befolkningsstørrelser ved analysen af gennemsnitstendenser på europæisk plan. Samlet set steg antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser på EU-plan med gennemsnitligt 47 % mellem 2000 og 2005 (figur 1). Dataene viser stigende tendenser i alle indberettende lande, undtagen Letland, Portugal og Slovenien, som meldte om et generelt fald i femårsperioden<sup>(9)</sup>.

Balancen mellem overtrædelser i form af brug og overtrædelser i form af ulovlig handel varierer, selv om hovedparten af overtrædelserne i de fleste europæiske

(8) Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser står i citationstegn, fordi det dækker over forskellige begreber i de forskellige lande (politi-rapporter over mistænkte narkotikalovovertrædere, sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivning mv.). Den nøjagtige definition for hvert land findes i metodebeskrivelsen vedrørende narkotikalovovertrædelser i Statistical bulletin 2007.

(9) Se tabel DLO-1 i Statistical bulletin 2007.

lande vedrører stofbrug eller besiddelse til eget brug, nemlig op til 91 % i Spanien i 2005 <sup>(10)</sup>. I Den Tjekkiske Republik, Luxembourg, Nederlandene, Tyrkiet og Norge er narkotikalovovertrædelser i form af handel og smugling imidlertid dominerende, og disse overtrædelser tegnede sig for op til 92 % (Den Tjekkiske Republik) af alle narkotikalovovertrædelser, der blev indberettet i 2005.

I de fleste europæiske lande er cannabis det illegale stof, der oftest er involveret i indberettede narkotikalovovertrædelser <sup>(11)</sup>. I de lande, hvor dette er tilfældet, tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig i 2005 for 42-74 % af samtlige narkotikalovovertrædelser. I Den Tjekkiske Republik var metamfetaminrelaterede overtrædelser dominerende og tegnede sig for 53 % af alle narkotikalovovertrædelser, mens kokain var det hyppigst indberettede stof i Luxembourg (involveret i 35 % af narkotikalovovertrædelserne).

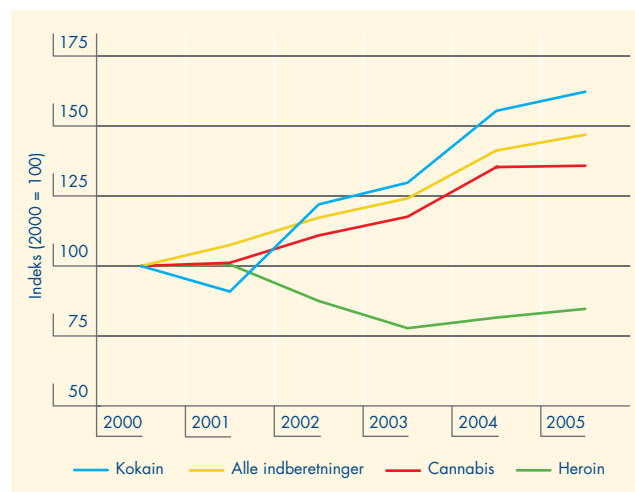
I femårsperioden 2000-2005 lå antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis stabilt eller steg i størstedelen af de indberettende lande, hvilket resulterede i en generel stigning på gennemsnitlig 36 % på EU-plan (figur 1). Der blev imidlertid meldt om nedadgående tendenser i Den Tjekkiske Republik (2002-2005) og Slovenien (2001-2005).

I alle indberettende lande undtagen Luxembourg og Nederlandene er cannabis det stof, der oftest er involveret i overtrædelser vedrørende brug/besiddelse til eget brug. Andelen af brugsrelaterede lovovertrædelser i forbindelse med cannabis har imidlertid været faldende siden 2000 i en række lande (Grækenland, Italien, Cypern, Østrig, Slovenien og Tyrkiet) og i det seneste år, for hvilket der foreligger data (2004-2005), i størstedelen af de indberettende lande, hvilket muligvis indikerer, at retshåndhævelsesmyndighederne i disse lande i mindre grad fokuserer på cannabis end på andre stoffer <sup>(12)</sup>.

De kokainrelaterede overtrædelser steg i perioden 2000-2005 i alle europæiske lande undtagen Tyskland, hvor antallet var forholdsvis stabilt. EU-gennemsnittet steg med 62 % i samme periode (figur 1).

»Indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med heroin mellem 2000 og 2005 viser et andet billede end i forbindelse med cannabis eller kokain, idet antallet generelt faldt med i gennemsnit 15 % i EU, hovedsageligt mellem 2001 og 2003. De nationale tendenser med hensyn

**Figur 1:** Indekserede tendenser i indberetninger af narkotikalovovertrædelser i EU-medlemsstater, 2000-2005



NB: Tendenserne er baseret på de tilgængelige oplysninger om nationale antal indberetninger af narkotikalovovertrædelser (kriminelle og ikke-kriminelle) indberettet af alle retshåndhævelsesmyndigheder i EU-medlemsstaterne; alle serier er indekseret til 100 i 2000 og vægtes efter landenes befolkningsstørrelse for at nå frem til en generel tendens i EU.

Da definitioner og undersøgelsesenheder varierer meget mellem landene, anvendes det generelle udtryk »indberetninger af narkotikalovovertrædelser«; flere oplysninger findes i »Narkotikalovovertrædelser: metoder og definitioner« i Statistical bulletin 2007.

Landene, der mangler data i to eller flere på hinanden følgende år, er ikke medtaget i tendensberegningerne: Den generelle tendens er baseret på 24 lande, tendensen for heroin er baseret på 14 lande, kokain på 14 og cannabis på 15.

Se figur DLO-6 i Statistical bulletin for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter og med hensyn til befolkningsdata: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

til heroinrelaterede overtrædelser har imidlertid været divergerende i perioden, idet en tredjedel af landene har meldt om opadgående tendenser <sup>(13)</sup>.

## Forskning på narkotikaområdet

### Finansiering

Narkotikarelateret forskning i Europa finansieres, som det er indberettet af de nationale knudepunkter, via nationale og europæiske offentlige midler. Mange medlemsstater har angivet, at narkotikaforskningen finansieres via generelle nationale forskningsmidler (Tyskland, Nederlandene, Finland, Det Forenede Kongerige), forskningsmidler fra Sundhedsministeriet (Italien) eller via midler, der kontrolleres af den nationale narkotikakoordineringsinstans (Frankrig, Sverige). I Rumænien finansieres forskningen via internationale organisationer, f.eks. den globale fond.

<sup>(10)</sup> Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(11)</sup> Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(12)</sup> Det er værd at bemærke, at i nogle af de lande, hvor andelen af brugsrelaterede lovovertrædelser i forbindelse med cannabis har været faldende, er de absolutte antal brugsrelaterede overtrædelser i forbindelse med cannabis stigende.

<sup>(13)</sup> Den omstændighed, at det europæiske gennemsnit ikke afspejler den stigning i antallet af overtrædelser i forbindelse med heroin, der er registreret i halvdelen af de indberettende lande, skyldes hovedsageligt, at lande, for hvilke der mangler data for to på hinanden følgende år, ikke er medtaget i det europæiske gennemsnit, men også, at det europæiske gennemsnit tager højde for nationale befolkningsstørrelser (hvorved tal fra nogle lande vægtes højere end andre).

## Forskningsaktiviteter

Tages der udgangspunkt i fagligt evaluerede videnskabelige publikationer som indikator for de videnskabelige aktiviteter, viser en analyse af sådanne publikationer i 2005 og 2006 og citeret i de nationale rapporter, at de tematiske forskningsprioriteringer varierer fra land til land.

Afhængighedsbehandling synes at være et vigtigt forskningsemne, og hovedparten af undersøgelserne vedrører forskellige aspekter af substitutionsbehandling. Forskning i forebyggelse tegner sig for en meget mindre andel af den videnskabelige litteratur, der er citeret i de nationale rapporter. Af EONN's fem centrale indikatorer er der flest publikationer om smitsomme sygdomme, efterfulgt af publikationer om udbredelsen af stofbrug blandt unge.

De videnskabelige publikationer, der er citeret i de nationale rapporter, varierer fra land til land. Behandlingsforskning, navnlig behandling af hepatitis C-positive stofbrugere, citeres meget ofte i Tysklands rapport, mens Nederlandenes rapport har fokus på nye behandlingsmetoder. Forskningsundersøgelser, der er omtalt fra Det Forenede Kongerige, vedrører hovedsageligt problematisk stofbrug, kriminalitet og markedsspørgsmål. De få referencer til neurovidenskabelig forskning er hovedsageligt nederlandske; MILDT i Frankrig har imidlertid også finansieret en række forskningsprojekter på dette område.

På grundlag af forskningsprogrammer, der er iværksat for nylig, fremgår det, at medlemsstaterne har lignende nationale forskningsprioriteringer. Nationale forskningsmidler i Tyskland er på nuværende tidspunkt afsat til at optimere behandlingstjenesterne for at imødekomme behandlingsefterspørgslen, herunder grundforskning. I 2006 iværksatte Nederlandene forskningsprogrammet

»risikoadfærd og afhængighed«. I Det Forenede Kongerige er der for nylig indledt undersøgelser af kvaliteten af behandlingssystemer og af meget unge problematiske stofbrugere. De nye medlemsstater koncentrerer sig hovedsageligt om at opbygge det videnskabelige grundlag for deres overvågningssystemer, f.eks. gennem ungdomsundersøgelser.

## EU-forskning

EU-midler til narkotikarelateret forskning stilles til rådighed via forskningsrammeprogrammer, hvoraf det seneste, det 7. rammeprogram (2007-2013), var blevet iværksat i slutningen af 2006. Forskningsprojekter, hvis resultater blev indberettet i 2005/2006, blev iværksat på grundlag af »livskvalitet«-temaet i EU's femte forskningsrammeprogram (1998-2002). Blandt disse er »kvasi-tvangsbehandling af stofafhængige lovovertrædere i Europa« (QCT), »bistandsbehov blandt kokain- og crackbrugere i Europa« (COCINEU) og »integrerede tilbud målrettet mod dobbeltdiagnose og optimal behandling af afhængighed« (ISADORA).

### Narkotika og bilkørsel, i EONN 2007 udvalgte temaer

Psykoaktive stoffer kan nedsætte en persons evne til at køre bil i en sådan grad, at risikoen for ulykker og skader øges. Et udvalgt tema om narkotika og bilkørsel giver et overblik over resultaterne af forskellige former for undersøgelser om dette emne, med fokus på cannabis og benzodiazepiner, samt over forebyggelses- og lovgivningstiltag i forbindelse med denne problemadfærd.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk og på internettet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



## Kapitel 2

# Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt

I EU's narkotikahandlingsplan for 2005-2008 opfordres medlemsstaterne specifikt til at øge udbuddet af effektive og forskelligartede metoder til forebyggelse, behandling, skadesreduktion og social reintegration, som er lettilgængelige. Disse facetter af narkotikaproblemet i Europa vil blive behandlet mere udførligt i dette kapitel.

Forebyggelsesstrategier kan målrettes mod forskellige grupper — lige fra hele befolkninger til specifikke risikogrupper — og de anvendte metoder varierer tilsvarende. Behandlings- og skadesreduktionsforanstaltninger er også tilgængelige for stofbrugere og stofafhængige, og i en del lande er effektiviteten heraf blevet evalueret på grundlag af resultatundersøgelser.

Skadesreduktionsforanstaltninger tager sigte på at forebygge narkotikarelaterede dødsfald og reducere helbredsskader, f.eks. hiv eller hepatitis C-infektioner. Heroinafhængighed behandles normalt med substitutionsbehandling, og der er blevet udviklet særlige programmer til behandling af cannabis-, amfetamin- og kokainafhængighed. Og i tilfælde af en vellykket behandling er det næste skridt social reintegration. Som det vil blive beskrevet nedenfor, har mange stofbrugere ringe levevilkår, og strategierne for social reintegration skal ofte overvinde betydelige problemer.

For hver interventionstype gives der eksempler fra forskellige lande, og forskningsresultater til støtte for deres eventuelle effektivitet behandles.

### Forebyggelse

Virkningerne af individuelle forebyggelsesstrategier kan ikke generelt måles ved ændringer i udbredelsen af stofbrug i befolkningen. Den enkelte forebyggelsesstrategi kan imidlertid sammenholdes med den akkumulerede dokumentation for at bestemme, om der er tale om en evidensbaseret intervention eller ej. Dette kræver udførlige oplysninger om indholdet, dækningen og antallet af forebyggelsestiltag.

#### Forbedring af de foreliggende oplysninger: overvågning, kvalitetskontrol og evaluering

Medlemsstaterne overvåger i stigende grad forebyggelsestiltag og stiller som følge heraf data til rådighed om indholdet af og adgangen til interventioner.

Tyskland, Nederlandene og Norge har udvidet informationsdækningen. Grækenland, Cypern, Litauen og Italien overvåger skolebaseret forebyggelse, mens man i Grækenland, Polen, Sverige og Finland er i færd med at undersøge lokalsamfundsbaseerede forebyggelsestjenester, og Frankrig har etableret et centraliseret system til overvågning af narkotikaforebyggelsen. En række lande (Den Tjekkiske Republik, den selvstyrende region Galicien i Spanien, Ungarn og Norge) sætter allerede fokus på evidensgrundlaget, når der ansøges om midler til interventioner, og overvejer at indføre akkrediteringssystemer. Portugal, Finland og Rumænien har minimumskvalitetsstandarder for forebyggelsesprogrammer.

Oplysninger fra Ungarn og Nederlandene tyder på, at eksistensen af systemer til overvågning af forebyggelsesindsatsen og kvalitetsstandarder medfører en bedre rapportering om projekter og evalueringer og interventioner af højere kvalitet.

De fleste forebyggelsesprogrammer evalueres ikke. De programmer, der evalueres, vurderes normalt med hensyn til »rækkevidden af og tilslutningen til interventionen« og ikke med hensyn til »det omfang, hvori målene er nået« (Grækenlands nationale rapport).

I de senere år er der foretaget en gennemgang af effektiviteten af forebyggelse i Tyskland (Bühler og Kröger, 2006) og Det Forenede Kongerige (Canning et al, 2004; Jones et al, 2006) og af Verdenssundhedsorganisationen (WHO) (Hawks et al, 2002). Disse gennemgange er nyttige ved fastlæggelsen af god praksis i forbindelse med forebyggelsesstrategier. Som led i den senest tilgængelige og mest omfattende undersøgelse (Bühler og Kröger, 2006) evalueredes 49 oversigter af høj kvalitet, f.eks. gennemgange og metaanalyser, i forbindelse med forebyggelse af stofmisbrug, og der blev draget konklusioner vedrørende effektive strategier til narkotikaforebyggelse. I nedenstående afsnit behandles effektiviteten af forskellige typer af forebyggelsesstrategier på grundlag af resultaterne af denne og andre undersøgelser.

#### Massemediekampagner

Hawks et al (2002) konkluderer i overensstemmelse med HDA (2004), at »anvendelsen af massemedierne



## Evidensbaseret praksis

Evidensbaseret praksis er interventioner (f.eks. narkotikabehandling), som på grundlag af videnskabelige undersøgelser (f.eks. forskningsundersøgelser) konstant har vist sig at resultere i de for klienterne foretrukne resultater (f.eks. reduktion af stofbrug). Kriterier, der almindeligvis anvendes til at afgøre, om en intervention kan anses for at være evidensbaseret praksis, er effekt og virkeevne (Brown et al, 2000; Flay et al, 2005).

Virkeevne er et mål for, hvor godt en intervention fungerer under ideelle forskningsbetingelser. Virkeevnen bestemmes ideelt ved at foretage et kontrolleret forsøg, hvor nogle deltagere omfattes af den intervention, der testes, mens en kontrolgruppe omfattes af en anden intervention eller ingen intervention, eller endnu bedre et randomiseret kontrolleret forsøg, hvor deltagerne randomiseres til at blive omfattet af en af interventionerne (Cochrane Collaboration, 2007). Det er den generelle opfattelse, at kun randomiserede kontrollerede forsøg eller kontrollerede forsøg, helst kombineret med procesevaluering, kan godtgøre virkeevnen af en intervention og derved tilvejebringe et grundlag for den fremtidige praksis og politik.

Det er dog desværre ikke altid muligt at randomisere deltagerne til enten en intervention eller en kontrolgruppe.

Effektivitet er et mål for, hvor godt en intervention fungerer under almindelige omstændigheder. Ofte gennemføres interventioner, der har set lovende ud i kontrollerede forsøg, i samfundet for at undersøge, hvor godt de fungerer under rutinemæssige omstændigheder. Effektivitetsundersøgelser, f.eks. nationale

alene, navnlig i tilstedeværelse af andre modstrømme, har ikke vist sig at være en effektiv måde til at reducere de forskellige former for brug af psychoaktive stoffer. Den har dog øget informationsniveauet og støttet politiske initiativer«. Det fremgår imidlertid af andet materiale, at massemediekampagner kan have positive virkninger, hvis de anvendes som en støtteforanstaltning til styrkelse af andre strategier (Bühler og Kröger, 2006).

I en evaluering af »Know the score«-kokainkampagnen i Skotland fandt Binnie et al (2006), at 30 % af brugerne var mindre tilbøjelige til at tage kokain efter at have set annoncer, selv om 56 % angav, at kampagnen ikke ændrede deres planer om at bruge kokain, og 11 % var angiveligt mere tilbøjelige til at bruge kokain. Endvidere bekræftede den nylige reevaluering af den amerikanske regerings cannabis kampagne tidligere konklusioner om, at selv om kampagnen (trods positive erindringsprocenter og differentiering efter målgrupper) ikke havde nogen virkning på unge ikke-brugeres holdninger til cannabisbrug, var eksponeringen for kampagnen forbundet med ugunstige virkninger på unges opfattelser af andres brug af marijuana (GAO, 2006).

undersøgelser af behandlingsresultater, vedrører primært interventionens sundhedsmæssige virkninger eller andre relevante resultater som et middel til at dokumentere, hvad der fungerer.

Dokumentationsprocessen kompliceres imidlertid af, at der er divergerende holdninger til, hvordan man skal vurdere kvaliteten af forskningsundersøgelser, der ser nærmere på virkeevne eller effektivitet, og hvilken type forskningsmetode (f.eks. kvantitativ eller kvalitativ) der er den mest hensigtsmæssige til at dokumentere, hvad der fungerer. Som følge heraf kan konklusioner om, hvad der fungerer, være forskellige. Det er fortsat en udfordring at bestemme, hvordan forskellige evidenskilder skal evalueres og vurderes i beslutningsprocessen. Dette vil være endnu vanskeligere i forbindelse med interventioner, hvor der endnu ikke er fastlagt et omfattende evidensgrundlag, men som på grundlag af erfaringerne synes effektive.

Trods disse vanskeligheder er udgangspunktet fortsat, at dokumentation kan bidrage til at forbedre praksis og politik på sundhedsområdet, og at diskussionen om evidensbaseret praksis bør fremmes, ledsaget af klare kriterier for at evaluere dokumentationen.

For at bidrage til denne udveksling og fremme formidlingen af evidensbaseret praksis er EONN ved at udvikle en onlineportal, som vil give et overblik over den seneste dokumentation for effektiviteten af forskellige interventioner, samt redskaber, der er tilgængelige til at forbedre kvaliteten af interventioner, og konkrete eksempler på bedste praksis fra EU-medlemsstater. Cochrane Collaboration vil være en vigtig kilde til information til portalen.

I nogle få enkeltstående tilfælde er man imidlertid fra at tilvejebringe større viden (formålet med de fleste massemediekampagner) gået over til i højere grad at stille sociale emotionel information til rådighed (i et forsøg på at ændre opfattelser af f.eks. cannabisbrug). F.eks. formidlede en kampagne i Nederlandene budskabet »Du er ikke skør, hvis du ikke ryger cannabis, for 80 % af alle unge ryger heller ikke«<sup>(14)</sup>. Endvidere søger nogle elementer i den nationale narkotikaforebyggelseskampagne i Irland at eliminere nogle af myterne omkring cannabis, f.eks. påstande om, at der tale om et »økologisk« og »naturligt« stof.

## Miljøbaserede strategier vedrørende legale stoffer

En forhøjelse af prisen for et stof og/eller af den lovbestemte aldersgrænse for forbruget heraf har vist sig at have en positiv virkning med hensyn til at nedsætte forbruget, men disse muligheder foreligger kun i forbindelse med legale stoffer som f.eks. alkohol og tobak (Bühler og Kröger, 2006). Sådanne miljøbaserede strategier har hidtil især været et nordisk eller amerikansk fænomen med fokus på hovedsageligt alkohol og med lovende resultater (Lohrmann

<sup>(14)</sup> Se <http://www.drugsinfo.nl>

et al 2005; Stafström et al, 2006). Der er imidlertid i stigende grad udviklet overordnede lokalsamfundsbase­rede tilgange, hvor alkohol og tobak behandles på samme måde som illegale stoffer. Belgien, Bulgarien, Danmark, Litauen, Luxembourg, Nederlandene, Polen, Slovakiet og Norge melder nu alle om lokalsamfundsbase­rede strategier eller drøftelser om yderligere afgifter eller lovgivning, der regulerer adgangen til alkohol og tobak. Sådanne strategier har til formål at nedsætte forbruget blandt unge, skabe alkoholfrie zoner eller øge sikkerheden i natle­vsmiljøer. Hvad angår skoler, bekræfter nyere undersøgelser fra Europa (Kuntsche og Jordan, 2006) og andre steder (Aveyard et al, 2004), at det normative klima og uformelle netværk i høj grad påvirker forbrugsadfærden i forbindelse med legale stoffer og cannabis. Der lægges nu større vægt på at indføre skolenormer i Tyskland, Irland og Italien <sup>(15)</sup>.

### Universal forebyggelse

Interaktive programmer, der er baseret på modellen med fokus på social indflydelse eller livsfærdigheder, har vist sig at være effektive i skoler, mens individuelle foranstaltninger, der gennemføres isoleret (f.eks. kun kommunikation af information, affektiv uddannelse eller andre ikke-interaktive foranstaltninger) er blevet evalueret negativt (Bühler og Kröger, 2006). Af organisatoriske årsager ligger ansvaret for den skolebase­rede forebyggelse normalt hos de lokale myndigheder, navnlig i de nordiske lande, Frankrig og Polen.

Nogle kommentatorer har anført, at supplerende generelle sundheds-/life skills-programmer bevirker større ændringer end færdighedsbase­rede uddannelsesprogrammer alene, hvilket tyder på, at tiltagene bedst integreres inden for rammerne af en velfunderet læseplan for sundhedsfremme Hawks et al (2002). Dette synes at være opnået i næsten alle medlemsstater. Endvidere tager en række medlemsstater (f.eks. Italien, Litauen, Nederlandene, Slovakiet, Det Forenede Kongerige) fat på narkotikaforebyggelse sammen med sundhedsmæssige og sociale aspekter som f.eks. vold, psykiske problemer, social udstødelse, dårlige skoleresultater og brug af tobak og alkohol som led i folkesundhedsforebyggelsen, som også sætter større fokus på specifikt at imødekomme behovene blandt udsatte grupper.

En begrundelse, der hyppigt anføres for ikke at gennemføre modelprogrammer, er, at de ikke vil kunne tilpasses de lokale forhold og ikke imødekomme de enkelte lokalsamfunds behov (Ives, 2006). Et modargument er

imidlertid, at standardiserede forebyggelsesprogrammer har den fordel, at protokoller fastsætter klare retningslinjer, som gør det muligt at etablere stabile infrastrukturer og læreruddannelsessystemer, og dette fremmer fælles gennemførelsesstandarder, selv i tilfælde, hvor skolerne og forholdene i lokalsamfundet er meget forskelligartede.

I mange medlemsstater (Bulgarien, Italien, Letland, Litauen, Luxembourg, Østrig, Rumænien) har indholdet af forebyggelsesprogrammer fokus på bevidstgørelse, information og tilrettelæggelse af enkeltstående arrangementer (f.eks. ekspertbesøg) <sup>(16)</sup>, selv om der er meget, der tyder på, at andre metoder kan være mere effektive.

Programmer med fokus på social indflydelse i skoler er udbredte, navnlig i Det Forenede Kongerige og i lande, der tilbyder standardiserede programmer, f.eks. Tyskland, Irland, Grækenland, Spanien, Norge og snart Danmark.

Med hensyn til universal lokalsamfundsbase­ret forebyggelse har 12 medlemsstater angivet, at der findes narkotikaplaner i de fleste eller alle kommuner, og i ti lande prioriteres de højt af politikerne. Sådanne tiltag er principielt i form af informationsarrangementer og i mindre omfang alternative fritidsaktiviteter. Universal familiebase­ret forebyggelse er hovedsaglig i form af forældreaftener eller informationstiltag og sjældent i form af intensiv forældreuddannelse.

### Selektiv forebyggelse

Medlemsstaterne lægger stadig større vægt på forebyggelsesstrategier, der er målrettet mod hele udsatte lokalsamfund <sup>(17)</sup>. Dette betyder, at det er nødvendigt at identificere sådanne lokalsamfund ved hjælp af f.eks. standardiserede vurderingsredskaber, såsom Det Forenede Kongerige, eller ved hjælp af socioøkonomiske indikatorer, f.eks. bolig- eller uddannelsesforhold (antal elever, der er bagud i skolen, eller antal elever, der modtager støtte).

Når de pågældende lokalsamfund er blevet identificeret (f.eks. arbejder man i Frankrig med »sensitive byzoner« eller, i forbindelse med skoler, »prioriterede uddannelseszoner«), kan supplerende midler målrettes mod disse dårligt stillede grupper. I Irland, Cypern og Det Forenede Kongerige findes der allerede selektive forebyggelsesprojekter på de fleste af disse områder, og Portugal er i færd med at gennemføre en sådan strategi. Tilbuddene strækker sig fra rådgivningstjenester i Estland, Grækenland, Frankrig og Slovakiet til opsøgende projekter i Luxembourg og Østrig, undertiden specifikt målrettet mod etniske grupper. Endvidere

<sup>(15)</sup> Se tillige <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=19197>

<sup>(16)</sup> Data fra SQ 22 og 25.

<sup>(17)</sup> Flere oplysninger om selektiv forebyggelse, især risikogrupper og faktorer, findes i tidligere årsberetninger og det udvalgte tema i 2007 om stofbrug blandt mindreprægede.



har en række nye medlemsstater (Bulgarien, Ungarn, Litauen, Polen og Rumænien) i vidt omfang meldt om tiltag målrettet mod udsatte familier. I de fleste medlemsstater fokuseres der på stofbrug i familien, selv om nogle få lande (Grækenland, Litauen, Ungarn, Det Forenede Kongerige) fokuserer breder på alle socialt dårligt stillede familier.

Selv om peer-baserede tilgange også anvendes inden for universal forebyggelse, meldes der i stigende grad om anvendelse heraf i forbindelse med selektiv forebyggelse (Irland, Nederlandene, Østrig, Polen og Norge). Parkin og McKeganey (2000) konkluderede i deres gennemgang af peer-baserede tilgange, at den største indvirkning af sådanne ordninger er på de personer selv, der skal fungere som rollemodel, og ikke målgruppen. Det ser ud til, at sådanne tilgange kan være mere effektive til at ændre omfanget af viden og holdninger end til at ændre adfærd. Det er i det hele taget sjældent, at peer-projekter evalueres, men når det sker (f.eks. Free Style i Norge), vurderes det typisk kun, i hvilken udstrækning det i skoler er lykkedes at rekruttere unge »ligemænd« som nøglepersoner (peer leaders), og om disses viden eller holdninger blev styrket.

Selv om selektiv forebyggelse er ved at blive mere populær, skal der udvises forsigtighed, især når unge i risikogrupperne inddrages i peer-to-peer-programmer (Cho et al, 2005; Dishion og Dodge, 2005), da der kan opstå negative »afsmittende virkninger« blandt udsatte grupper. Disse utilsigtede virkninger, som forårsages af selve interventionen, kan føre til øget brug af stoffer eller risikoadfærd. Sådanne uønskede resultater forekommer imidlertid ikke kun i forbindelse med selektiv forebyggelse, men er også registreret i forbindelse med massemedieoplysning og individuelle forebyggelsesarrangementer (se ovenfor).

## Behandlings- og skadesreduktionstiltag

### Den seneste udvikling inden for behandlingssystemer

Behandlingen af stofbrugere foregår hovedsageligt ambulant, herunder hos praktiserende læger. Den ambulante behandling er fortsat blevet udbygget i de senere år, og der har fundet en yderligere geografisk udvidelse sted i en række lande, bl.a. Bulgarien, Estland, Grækenland, Litauen og Rumænien; derimod har antallet af døgnbehandlingscentre været stabilt i de fleste lande.

De lande, hvor den nationale geografiske dækning af specialiserede narkotikabehandlingscentre er meget mangelfuld, omfatter Letland, Ungarn, Slovakiet og Rumænien. Trods nylige udvidelser af netværket af tjenesteudbydere er der fortsat ventelister til

substitutionsbehandling i Grækenland samt i Ungarn og Polen.

Stationær behandling, som tidligere var den fremherskende tilgang til behandlingen af heroinbrug i mange europæiske lande, er forholdsvis mindre udbredt i dag, og de fleste opioidbrugere behandles ambulant. Stationære tilbud er imidlertid af stigende betydning i forbindelse med behandlingen af ældre langtidsbrugere med komplekse behandlingsbehov på grund af den samtidige forekomst af alvorlig somatisk og psykologisk comorbiditet. Filosofien bag ambulatorier og den måde, hvorpå de fungerer, har ændret sig betydeligt gennem årene som reaktion på ændrede behov. Det er blevet mere almindeligt at tilbyde narkotikabehandling og medicinsk behandling samme sted, bl.a. psykiatriske behandlinger, højaktiv antiretroviral behandling og behandling af leversygdomme, og brugen af vedligeholdelsesbehandling for at stabilisere klienterne er steget.

### Karakteristika ved stofbrugere i ambulant behandling

Data fra indikatoren for behandlingsefterspørgsel kan anvendes til at karakterisere den socioøkonomiske situation blandt patienter, som behandles på behandlingscentre, og i en vis grad alle stofbrugere <sup>(18)</sup>. Da adgangen til ambulant behandling er lettere og mindre selektiv i de fleste lande, er det hensigtsmæssigt at ekstrapolere ud fra denne gruppe af klienter til stofbrugere som helhed.

I 2005 indberettede 20 ud af 29 europæiske lande oplysninger om 315 000 narkotikaklienter i ambulant behandling. Dataene kom fra godt 4 000 behandlingenheder. Ca. halvdelen (53 %) af de ambulante klienter behandles for primært opioidbrug og den anden halvdel for primært brug af andre stoffer, især cannabis (22 %) og kokain (16 %). Det stof, der hyppigst er det primære stof, der indtages, varierer mellem landene.

Ca. 80 % af de klienter, der behandles ambulant, er mænd, med en gennemsnitsalder på ca. 30 år (28 år blandt de klienter, der først lige er kommet i behandling), og de har generelt ringe levevilkår i forhold til befolkningen som helhed i samme aldersklasse. Ca. 60 % af de ambulante klienter har ingen uddannelse efter grundskolen, og ca. en tiendedel af disse klienter har ikke engang afsluttet en grundskoleuddannelse. Ca. halvdelen af klienterne var i fast arbejde, inden de kom i ambulant behandling, og den anden halvdel var arbejdsløse; de fleste ambulante patienter har fast bopæl (85 %), hvoraf 40 % bor hos deres forældre og 19 % bor alene. Et betydeligt mindretal af klienterne i ambulant narkotikabehandling (15 %) har børn i hjemmet, enten alene eller sammen med deres partner,

<sup>(18)</sup> Se TDI-tabellerne og -figurerne i Statistical bulletin 2007 for flere oplysninger om de tal, der er omtalt i dette afsnit.

hvilket yderligere komplicerer stofbrugerens liv og udgør en risikofaktor for børnene.

Oplysninger om den socioøkonomiske situation blandt klienter i narkotikabehandling suppleres af nationale oplysninger fra en række lande fordelt på de stoffer, der hovedsageligt bruges. I f.eks. Tyskland er 67 % af heroinbrugere arbejdsløse eller økonomisk inaktive i forhold til 53 % af kokainklienterne og 35 % af cannabisklienterne, og 74 % af opioidklienterne har en begrænset skoleuddannelse i forhold til 63 % af kokainklienterne (Sonntag et al, 2006).

### Den seneste udvikling

I den senere tid er der i en række lande blevet etableret specialiserede enheder, der er målrettet mod specifikke grupper af stofbrugere, f.eks. kvindelige stofbrugere, hjemløse gadenarkomaner, sexarbejdere eller unge og meget unge stofbrugere (se det udvalgte tema i 2007 om stofbrug blandt mindreårige). I andre lande er de farmakologiske behandlingsmuligheder blevet udvidet for at imødekomme behovene blandt specifikke brugergrupper med henblik på at øge behandlingsdækningen. F.eks. er vedligeholdelsesbehandling med buprenorfin nu godkendt i Malta <sup>(19)</sup>.

### Behandling af forskellige grupper af stofbrugere

Medlemsstaterne erkender i stigende grad betydningen af tilstrækkelige behandlingstilbud til problematiske cannabis- og kokainbrugere. Med hensyn til cannabis er behandlings-, rådgivnings- og forebyggelsesprogrammer i Europa ofte forbundet med hinanden for at nå ud til et stort antal brugere. Nye kommunikationsstrategier, f.eks. udnyttelse af internettet, gennemføres i et forsøg på at nå ud til cannabisbrugere, hvis stofbrug ligger mellem eksperimenterende og problematisk brug. Specifikke cannabisbehandlingstilbud og -programmer, som ikke hidtil har været udbredt i Europa, er for øjeblikket under udvikling (se kapitel 3).

Endvidere er medlemsstater, der har en stor efterspørgsel efter kokainbehandling, begyndt at iværksætte forskning på dette område, idet problemstillingen kompliceres af, at brugere af kokainpulver og crackkokain normalt kommer fra helt forskellige sociale grupper (se kapitel 5). På grund af den nuværende mangel på specifikke tilbud bliver langt hovedparten af brugerne af psykostimulanser, herunder amfetaminbrugere, imidlertid for tiden behandlet inden for traditionelle, opioidorienterede behandlingstjenester, hvor der er identificeret et uddannelsesbehov for behandlingspersonale og klinikere i hele Europa.

### Lovgivning i forbindelse med substitutionsbehandling

I 2006 blev der gennemført en undersøgelse blandt de specialiserede netværk af juridiske partnere for at få yderligere oplysninger om lovgivning og officielle forskrifter vedrørende kriterier for adgang til substitutionsbehandling samt om ordinerings- og udleveringspraksis. Resultaterne blev indhentet fra 17 lande og supplerede en rapport fra 2003 fra European Legal Database on Drugs (den europæiske lovdatabase på narkotikaområdet) <sup>(1)</sup>.

Lovgivningens rækkevidde varierer meget mellem medlemsstaterne. I nogle lande, f.eks. Belgien, er substitutionsbehandling omfattet af en specifik parlamentslov, mens gennemførelsen heraf i andre lande, f.eks. Cypern, er underlagt fortolkning af lovgivningen om kontrollerede stoffer. Der er en afvejning mellem lovgivningens styrke og fleksibilitet.

De stoffer, der kan anvendes til substitutionsbehandling, er normalt fastsat ved lov. For det meste kan kun metadon og buprenorfin eller kun metadon ordineres, selv om andre stoffer som f.eks. morfin eller codein er tilladt i nogle få lande. Ligeledes er der i næsten alle lande fastlagt nationale adgangskriterier enten i love, ministerielle bekendtgørelser eller vejledninger. De mest almindelige kriterier er afhængighedsdiagnose og mindstealder, selv om kravet om tidligere mislykket stoffri behandling også optræder. I nogle lande er der i den nationale lovgivning fastsat sanktioner ved manglende overholdelse af behandlingsreglerne, mens spørgsmålet i andre lande overlades til det enkelte behandlingscenters skøn.

Det er normalt også fastsat i lovgivningen, hvem der har tilladelse til at ordinere medicin. Dette er primært læger på behandlingscentre, selv om enhver læge eller visse uddannede eller akkrediterede læger i en række lande også kan ordinere medicin. I praksis er det sjældent, at læger uden for behandlingscentre iværksætter substitutionsbehandling <sup>(2)</sup>. Der er sjældent fastsat maksimumsdosser i lovgivningen. For at undgå dobbeltordination anvender de fleste lande særlige receptblanketter, selv om der i en række lande findes et centralt register, og nogle få udsteder særlige id-kort. De godkendte udleveringssteder er normalt også anført i lovgivningen, for det meste apoteker eller behandlingscentre, selv om nogle lande også tillader læger at udlevere medicin. Endelig er der i de fleste lande ved lov, på grundlag af vejledninger eller blot tolerance etableret en ordning med tag hjem-dosser, men undertiden er dette specifikt forbudt.

<sup>(1)</sup> Yderligere oplysninger findes på adressen: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

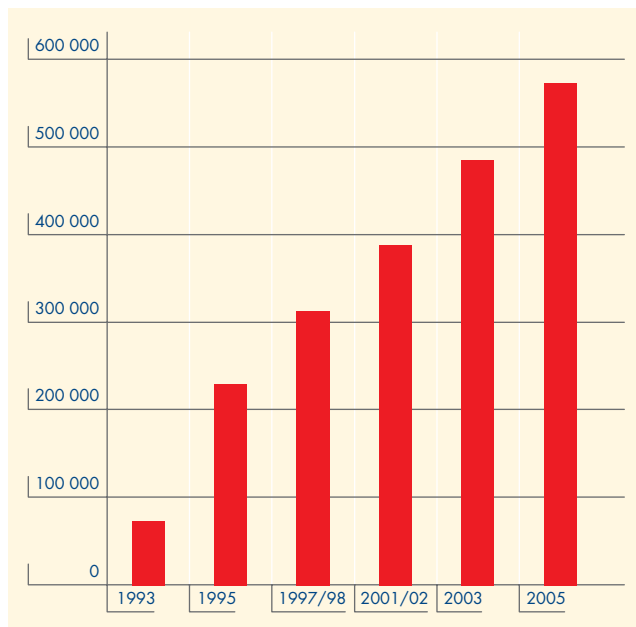
<sup>(2)</sup> Se tabel HSR-6 i Statistical bulletin 2007.

### Behandling af heroinafhængighed

Efter politisk tilslutning hertil som en reaktion på heroinbrugen i anden halvdel af 1980'erne er substitutionsbehandling efterhånden blevet den hyppigste metode til behandling af opioidafhængighed i de fleste lande (figur 2).

<sup>(19)</sup> Se »Ordineringspraksis i forbindelse med substitutionsbehandling i Europa«, s. 67.

**Figur 2:** Skøn over adgangen til opioidsubstitutionsbehandling i EU-15-medlemsstaterne, 1993-2005



NB: Se tabel HSR-7 og HSR-8 og figur HSR-1 og HSR-5 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale knudepunkter og rapporter; i figur HSR-5 i Statistical bulletin 2007 findes en detaljeret liste over kilder.

De substitutionsstoffer, der hovedsageligt anvendes, er metadon og buprenorphin. Ideelt bør den farmakologiske behandling kombineres med psykologisk rådgivning og social støtte. Substitutionsbehandling foregår normalt ambulant i specialiserede narkotikabehandlingsenheder, men i stigende grad også hos læger i deres private praksis. I nogle lande, f.eks. Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige, er det i vidt omfang praktiserende læger, der behandler stofbrugere. I andre deltager læger i lokalsamfundet stadig kun i begrænset omfang, enten af juridiske årsager eller på grund af manglende interesse for afhængighedsbehandling<sup>(20)</sup>. Kvalitetskontrol har også været på dagsordenen i en række lande, hvilket er resulteret i skærpede bestemmelser, øgede uddannelseskrav eller indførelse af øget tilsyn og overvågning<sup>(21)</sup>. Behandlingen af opioidafhængighed behandles nærmere i kapitel 6.

### Skadesreduktionstiltag

Forebyggelse af smitsomme sygdomme og en reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald er centrale mål i EU's strategi med hensyn til narkotika, og den nuværende handlingsplan fastsætter målsætningen om at forbedre tilgængeligheden af og adgangen til tilbud og faciliteter for at forebygge og reducere helbredsskader.

I april 2007 forelagde Europa-Kommissionen en beretning for Rådet og Europa-Parlamentet om gennemførelse af Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug<sup>(22)</sup>. Det fremgår af denne beretning, at alle medlemsstater har defineret skadesreduktion som et mål på folkesundhedsområdet på nationalt plan. Det baggrundsmateriale, der var udarbejdet til brug for Kommissionens rapport, giver et omfattende overblik over foranstaltninger og tiltag i Europa, som har til formål at reducere skader. Det er baseret på oplysninger fra hovedsageligt politiske beslutningstagere, Reitox-eksperter og græsrodsorganisationer. Der indgår omfattende oversigter for de enkelte lande i dette baggrundsmateriale<sup>(23)</sup>.

Rådets henstilling har medført, at flere lande har rettet deres nationale politikker ind efter den europæiske strategi og lagt større vægt på at udvide mulighederne for tjenester, der har til formål at reducere skader. Dette synes især at have gjort sig gældende i de lande, der tiltrådte EU i 2004.

### Social reintegration

Uholdbar boligsituation, uregelmæssig beskæftigelse og en fængselsfortid er indikatorer for social udstødelse, som kendetegner mange stofbrugeres liv. I mange europæiske lande er antallet af problematiske stofbrugere, som nås, fastholdes i behandling og undergår substitutionsbehandling, større end nogensinde med det resultat, at efterspørgslen efter boliger, uddannelse, beskæftigelse og juridisk bistand er steget betydeligt. Behandlingssystemerne står derfor over for den udfordring at skulle finde nye strategier over for nye klientprofiler, som ofte er kendetegnet ved at have mangeartede behov. Social reintegration er nu fastsat som en vigtig determinant for en vellykket behandling på lang sigt.

I nogle lande er sektoren for reintegration genstand for øget opmærksomhed og investeringer, og i mange lande fremgår det af standarderne for vedligeholdelsesbehandling, at der bør stilles socialtilbud og reintegrationstjenester til rådighed for klienterne. F.eks. blev det i forbindelse med midtvejsrevisionen af den irske narkotikastrategi anbefalet at medtage rehabilitation som den femte søjle i strategien, mens Beskæftigelsesministeriet og Socialministeriet i Danmark lancerede nye programmer for udsatte grupper (»fælles ansvar«). Et andet eksempel er den norske regerings strategi til forebyggelse og bekæmpelse af hjemløshed, som fastsætter målbare mål, f.eks. færre boligudsættelser og forbedret adgang til permanente boliger, således at midlertidige boliger bliver undtagelsen. Ligeledes i Norge

<sup>(20)</sup> Se »Lovgivning i forbindelse med substitutionsbehandling« (s. 32) og <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

<sup>(21)</sup> Se tillige s. 67.

<sup>(22)</sup> Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug; *EUT L 165 af 3.7.2003, s.31-33.*

<sup>(23)</sup> Begge dokumenter findes på adressen: [http://ec.europa.eu/health/ph\\_determinants/life\\_style/drug/drug\\_rec\\_en.htm#1](http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/drug/drug_rec_en.htm#1)

omfatter en handlingsplan mod fattigdom en tilskudsordning, på grundlag af hvilken der i 2006 blev tildelt 6,5 mio. EUR til opfølgningstjenester i forbindelse med boliger til hjemløse og alkohol- og stofbrugere. Endvidere deltager Grækenland, Frankrig, Italien, Litauen, Østrig, Portugal og Slovakiet i Kommissionens Equal-initiativ inden for beskæftigelse og social integration <sup>(24)</sup>.

EU tilskyndede også til, at der blev etableret en ramme kaldet »den åbne koordinationsmetode«, hvor medlemsstaterne koordinerer deres indsats for at bekæmpe fattigdom og social udstødelse via en proces med udveksling af politiske erfaringer og gensidig læring.

Reintegrationsforanstaltninger afspejler forskellige nationale sociokulturelle og økonomiske realiteter i Europa, men de viser også visse forskelle med hensyn til mål, målgrupper og vilkår. F.eks. er Bulgarien og Rumænien de eneste lande, der nævner specifikke sociale reintegrationsprojekter for gadebørn.

Programmer og foranstaltninger i mange lande er ikke specifikt målrettet mod stofbrugere, men henvender sig til udsatte samfundsgrupper generelt og gennemføres typisk på lokalt eller regionalt plan. »Plans de prévention de

proximité« (PPP), der blev iværksat af den vallonske regering i 2003, tager fat på lokal fattigdom og afhængighed som to indbyrdes forbundne problemstillinger, mens kommunerne i henhold til serviceloven i Danmark er forpligtet til at sikre, at der udarbejdes en social handleplan for alle stofbrugere. Ligeledes påhviler der de lokale myndigheder i Polen en retlig forpligtelse til at sørge for social reintegration af stofbrugere, og i Nederlandene iværksættes de fleste nye sociale reintegrations-tjenester af kommunerne. Endelig sørger delstaterne eller kommunerne i Tyskland for husly, uddannelse og bolig, mens der på forbundsplan er programmer for personer med handicap til rådighed til støtte for den erhvervs-mæssige integration af stofbrugere.

Bistanden på boligområdet strækker sig fra nøddindlogering, herberger og midlertidige botilbud til efterbehandlingshjem, støtteboliger og boligtilskud. For at undgå, at klienterne i længere tid »fastlåses« i en afhængighed af ydelser, undersøges innovative tiltag inden for bostøtte eller økonomisk administration. F.eks. i Danmark tilbydes klienter i udslningsboliger botræning for at mindske mulige fremtidige problemer, når de skal klare sig i egen bolig, og i Det Forenede Kongerige får klienter råd om indkøb, madlavning og administration af husholdningsbudgettet.

### Nationale undersøgelser af behandlingsresultater

Tre medlemsstater (Irland, Italien, Det Forenede Kongerige) har gennemført nationale undersøgelser af behandlingsresultater med henblik på at se nærmere på behandlingsresultatet ved at følge en kohorte af problematiske stofbrugere over tid i forbindelse med forskellige behandlingsmetoder og -miljøer. Et vigtigt træk ved undersøgelserne er, at der ses nærmere på behandlingsresultater i forbindelse med eksisterende tjenester under daglige kliniske forhold. De almindelige behandlingsmetoder, der er undersøgt, omfatter metadonvedligeholdelse, metadonreduktion, afgangning og stoffri behandling, f.eks. terapeutiske miljøer og rådgivning. Stofbrug, fysisk og mental sundhed, fastholdelse i behandling og kriminel adfærd er de væsentligste resultatvariabler, der anvendes.

I Italien havde Vedette-undersøgelsen (1998-2001) til formål at evaluere effektiviteten af behandlingen på offentlige behandlingscentre i hele landet. Fastholdelse i behandling og dødelighed blandt heroinbrugere var de væsentligste resultatvariabler. Der er hidtil blevet iværksat tre undersøgelser af behandlingsresultater i Det Forenede Kongerige. Den første var National Treatment Outcome Research Study (NTORS), som blev gennemført af National Addiction Centre i England og Wales mellem 1995 og 2000. Undersøgelsen vedrørte behandlingsresultater i forbindelse med stationære behandlingsprogrammer og behandlingsprogrammer i nærmiljøet. Der var en række positive resultater, f.eks. øget afholdenhed fra illegal stofbrug, en reduktion af hyppigheden af stofbrug, en reduktion af kriminalitet og forbedret

sundhedstilstand. En række resultater på længere sigt i den femårige periode var dog mindre tilfredsstillende, f.eks. gik en første forbedring i brugen af crack til dels i modsat retning efter 4-5 år, og mange stofbrugere fortsatte med at drikke kraftigt (Gossop et al, 2001).

NTORS-undersøgelsen vil blive opdateret via Drug Treatment Outcomes Research Study (DTORS), som er ved at blive gennemført af University of Manchester. Undersøgelsen blev påbegyndt i 2006 og vil følge stofbrugere fra hele England i indledningsvis 12 måneder. Den har til formål at evaluere virkningerne af narkotikabehandling på grundlag af en række resultatmål og fokuserer på en analyse af, hvilke former for behandling der giver de bedste resultater for bestemte undergrupper af stofbrugere. I Skotland blev Drug Outcome Research Study (DORIS), som gennemføres af University of Glasgow, påbegyndt i 2001. I denne undersøgelse analyseres virkningerne og effektiviteten af narkotikabehandlingsstilbud hos behandlingsinstanser, bl.a. fængselsbaserede tilbud. Stofbrugere blev fulgt i op til 33 måneder.

I Irland blev Research Outcome Study (ROSIE), der gennemføres af National University of Ireland, Maynooth, påbegyndt i 2003, og som led i undersøgelsen evalueres effektiviteten af narkotikabehandling gennem opfølgning af opioidbrugere, der kommer i behandling i en periode på op til tre år, og de observerede ændringer dokumenteres (Cox et al, 2006). Ved et års opfølgning blev der som led i undersøgelsen fundet markante reduktioner af stofbrug og kriminalitet, en lav dødelighed og en række positive resultater med hensyn til deltagernes fysiske og mentale sundhedsproblemer.

<sup>(24)</sup> [http://ec.europa.eu/employment\\_social/equal/index\\_en.cfm](http://ec.europa.eu/employment_social/equal/index_en.cfm)

Mens det i mange lande angives at være almindeligt, at der skabes nye muligheder for uddannelse og adgang til uddannelse, er det vanskeligere at opnå lønnet arbejde for disse grupper. Det er imidlertid af særlig betydning for målgruppen, da det ikke kun medfører økonomisk stabilitet, men også selvværd, status og en regelmæssig livsrytme. De nye metoder til at få klienter i lønnet arbejde omfatter oprettelse af partnerskaber med private virksomheder, mentorordninger og incitamenter som f.eks. tilskud til praktikantlønninger eller tilvejebringelse af iværksætterlån. I mange lande har narkotikabehandlingsfaciliteter oprettet egne socioøkonomiske virksomheder, hvor deres klienter er erhvervsomtrent beskæftiget. Andre initiativer fokuserer på at forbedre beskæftigelsessituationen ved at matche profiler, forventninger og færdigheder bedre med arbejdslivets realiteter. F.eks. fungerer jobbørsen i Wien (Wiener Berufsborse) som et mellemlid mellem klienter, narkotikaorganer og offentlige arbejdsformidlinger, der yder specifik rådgivning for at øge succesraten på jobbet. Den bistår også med at finde løsninger til klienter, for hvem erhvervsomtrent reintegration ikke længere er en mulighed.

Reintegrationen af marginaliserede, aldrende heroinbrugere med udbredte somatiske og psykiske lidelser udgør en særlig udfordring. I Belgien kan stofbrugere med psykiatriske

problemer behandles i specialiserede misbrugsafdelinger på psykiatriske eller almindelige hospitaler eller i andre psykiatriske behandlingsfaciliteter; Danmark har meldt om, at stofbrugere med psykiatriske problemer modtager behandling i psykiatriske behandlingsfaciliteter, og at »alternative plejehjem« kan tilbydes stofbrugere, som ikke kan klare sig i eget hjem på grund af misbrug, demens eller problematisk adfærd. I Nederlandene blev der vedtaget en ny lov om social bistand i 2007, hvorved stofafhængighed blev omfattet af de samme bestemmelser som (andre) kroniske psykiatriske problemer. Et stort centraliseret botilbud med plads til 120 hjemløse stofbrugere med psykiatriske problemer blev imidlertid mødt med indsigelser i lokalområdet. For personer med psykiske problemer anses professionel bistand til at reetablere et netværk af støtte og kontaktpersoner som en vigtig komponent af den sociale reintegrationsproces.

I nogle lande (f.eks. Bulgarien, Den Tjekkiske Republik, Grækenland, Slovenien) stilles der kun strukturerede reintegrationsprogrammer til rådighed som en opfølgning af en afholdenhedsbaseret behandling for stofafhængighed, der er afsluttet med godt resultat, og der findes ikke på nuværende tidspunkt specifikke reintegrationsforanstaltninger for klienter i vedligeholdelsesbehandling.





## Kapitel 3 Cannabis

### Indledning: det ændrede billede af cannabisbrug i Europa

Cannabis er det hyppigst anvendte illegale stof i verden og et stof, der har stået i centrum for narkotikadebatten i Europa siden 1960'erne, hvor brugen heraf praktisk talt blev synonym med en voksende alternativ ungdomskultur. Trods denne fortrolighed er det ingen let opgave at forstå mønstrene i brugen af cannabis i Europa. Ét vigtigt element i dette billede er de forskellige cannabisprodukter, der nu kan fås på det europæiske marked. Historisk har tre primære former for cannabis været almindelige i Europa: cannabisharpiks, cannabisblade og langt mindre hyppigt cannabisolie. For mange er rygning af cannabisharpiks sammen med tobak fortsat den måde, stoffet normalt indtages på, selv om dette brugsmønster er forholdsvis sjældent andre steder i verden. Mens Europa fortsat er det dominerende globale marked for cannabisharpiks, synes produkter af cannabisblade at blive mere udbredte og være fremherskende på nogle markeder. I de senere år er dette billede blevet mere kompliceret med den øgede tilgængelighed af cannabis, der er produceret inden for Europa; noget af dette er dyrket under kontrollerede forhold og kan have en forholdsvis høj styrke. Denne form for cannabis er blevet et specifikt, selvstændigt produkt i mange lande og vanskeliggør vurderingen af de folkesundhedsmæssige følger af de ændrede mønstre i brugen af cannabis.

### Udbud og tilgængelighed

#### Produktion og ulovlig handel

Da cannabis kan dyrkes i en række forskellige miljøer og vokser vildt i mange dele af verden, er det særdeles vanskeligt at udarbejde overbevisende skøn over den globale produktion. Efter en stigende tendens i mange år har UNODC under hensyntagen til oplysninger om diversificeringen af cannabisproduktionen reduceret sine globale skøn over produktionen af cannabisblade fra 45 000 tons i 2004 til 42 000 tons i 2005, hovedsageligt som følge af et fald i produktionsskønnene fra Nordamerika efter en intensiveret indsats for at udrykke cannabis. Det anslås nu, at ca. halvdelen af al cannabis dyrkes i Nord-

#### Fortolkning af beslaglæggelser og anden markedsinformation

Narkotikabeslaglæggelser i et land betragtes sædvanligvis som en indirekte indikator for forsyning og tilgængelighed af narkotika, selv om de også afspejler retshåndhævelsesmyndighedernes ressourcer, prioriteringer og strategier samt den udstrækning, hvori omsætningsleddene er udsat for at blive omfattet af nationale og internationale udbudsbegrænsende strategier, samt indberetningsprocedurer. Mængderne, som beslaglægges, kan variere meget fra år til år, f.eks. hvis nogle af beslaglæggelserne et år er meget store. Af den grund er antallet af beslaglæggelser undertiden en bedre indikator for tendenser. I alle lande sker størstedelen af beslaglæggelserne i detailledet (gadeplan). Beslaglagte stoffers oprindelse og destination kan, hvis disse kendes, give et fingerpeg om smuglerruter og produktionsområder. De fleste medlemsstater rapporterer om priser og renhed/styrke for stoffer i detailledet. Oplysningerne kommer imidlertid fra en række forskellige kilder, som ikke altid er sammenlignelige, og dette gør det vanskeligt at foretage nøjagtige sammenligninger landene imellem.

Med henblik på at se narkotikabeslaglæggelserne i Europa i en bredere sammenhæng indeholder denne beretning kortfattede oplysninger om situationen på verdensplan. FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet udarbejder en årsrapport om den internationale narkotikasituation, og dette er den primære kilde til de internationale skøn, der er medtaget her. Læseren bedes bemærke, at der er vanskeligheder med at indsamle oplysninger af denne art, og at informationssystemerne er ringe udviklet i mange dele af verden. Disse data bør derfor betragtes som de bedste skøn, der er mulige på grundlag af de nuværende informationsressourcer.

Mellem- og Sydamerika (46 %), efterfulgt af Afrika (26 %) og derpå Asien (22 %) (UNODC, 2007).

Marokko er fortsat den væsentligste internationale producent af cannabisharpiks, og selv om det fremgår af nylige undersøgelser, at det område, der anvendes til dyrkning af cannabis, blev reduceret med ca. 40 % mellem 2004 og 2005, anslås det, at landet stadig producerer omkring 70 % af den cannabisharpiks, der forbruges i Europa. På grundlag af skøn over det samlede dyrkningsareal havde Marokko en potentiel produktion på 1 066 tons i 2005, og

hovedparten af den marokkanske cannabis var bestemt til markederne i Europa og Nordafrika (CND, 2007; UNODC og Marokkos regering, 2007). Cannabisharpiks smugles til Europa via Den Iberiske Halvø. Selv om Marokko er langt den største producent af harpiks til det europæiske marked, angives harpiks fra andre lande (Moldova og Indien) at være tilgængelig, især i centraleuropæiske lande.

Mens cannabisharpiks i Europa normalt er et forholdsvis ensartet produkt, kan det samme ikke siges om cannabisblade. De steder, hvor beslaglæggelserne havde deres oprindelse i 2005, omfatter Albanien, Nederlandene, lande i det tidligere Jugoslavien, Angola og Sydafrika. Selv om det er vanskeligt at overvåge den indenlandske produktion af cannabisblade systematisk, blev en sådan registreret i halvdelen af de indberettende lande i 2005. Noget af den cannabis, der produceres i Europa, dyrkes udendørs og kan praktisk talt ikke skelnes fra importerede cannabisblade. Forholdsvis stærk cannabis, der dyrkes under intensive forhold, ser imidlertid ud til at blive en vigtig og måske stigende del af markedet i mange lande, og udstyr, der gør det muligt for brugere at producere cannabis hjemme, kan nu generelt fås via internettet eller, i nogle lande, hos specialiserede leverandører. Den omstændighed, at denne form for stoffer dyrkes internt og ofte tæt på målmarkedet, kan betyde, at de beslaglægges mindre hyppigt og derfor er mindre synlige i de foreliggende data.

### Beslaglæggelser

I 2005 blev der på globalt plan beslaglagt i alt 1 302 tons cannabisharpiks i forhold til 4 644 tons cannabisblade; begge tal var faldet i forhold til tallene for 2004. Vest- og Centraleuropa tegnede sig fortsat for hovedparten af den beslaglagte harpiks (70 %), mens beslaglæggelserne af cannabisblade fortsat var koncentreret i Nordamerika (64 %) (UNODC, 2007).

Der blev foretaget skønsmæssigt 303 000 beslaglæggelser af cannabisharpiks, svarende til 909 tons, i Europa i 2005 <sup>(25)</sup>, hvor Spanien tegnede sig for ca. halvdelen af alle beslaglæggelser og for ca. tre fjerdedele af de samlede beslaglagte mængder <sup>(26)</sup>. En mindre stigning i antallet af indberettede beslaglæggelser af harpiks i 2005 videreførte den stigende tendens, der var registreret siden 2000. Dette var imidlertid ikke tilfældet med mængden af beslaglagt harpiks, som faldt i 2005 efter at være steget i perioden 2000-2004.

Den relative position, som harpiks og cannabisblade indtager, kan ses på baggrund af, at der i 2005 kun var omkring halvt så mange beslaglæggelser af cannabisblade (152 000) og under en tiendedel af den beslaglagte mængde (66 tons). Antallet af beslaglæggelser af

### Cannabis til eget brug: retlig status

Trods de forskellige lovgivningstiltag i forbindelse med cannabis i medlemsstaterne <sup>(1)</sup> kan der ses en generel tendens i Europa i udviklingen af alternative foranstaltninger til en straffedom i forbindelse med tilfælde af brug og besiddelse af mindre mængder cannabis til eget brug uden skærpende omstændigheder. Der sondres nu hyppigt mellem cannabis og andre illegale stoffer enten i loven, ved ministeriel bekendtgørelse eller i domstolens praksis. I de fleste europæiske lande er tendensen gået fra frihedsberøvende straffe til bøder, advarsler, betingede domme, fritagelse for straf og rådgivning. Eksempler på denne tendens findes i en række nylige foranstaltninger, bl.a. afskaffelsen af frihedsstraffe i Luxembourg i 2001 og Belgien i 2003 og nedsættelsen af frihedsstraffe i Grækenland i 2003 og Det Forenede Kongerige i 2004. Retningslinjer for politi eller anklagemyndighed blev udstedt i Belgien i 2003 og 2005, i Frankrig i 2005 og i Det Forenede Kongerige i 2004 og 2006. I 2006 var Den Tjekkiske Republik på vej til at fastsætte forskellige klasser for ikke-lægemidler, men dette udkast til straffeloven blev forkastet af andre årsager. Til trods herfor fortsætter antallet af indberettede cannabisrelaterede lovovertrædelser med at stige i Europa (se kapitel 1).

Cannabisdebatten giver stadig anledning til strid, og der er fortsat stor uenighed om de relative ulemper og fordele ved forskellige folkesundhedsmæssige og strafferetlige tiltag. Dette afspejles i, at ikke alle foranstaltninger er gået i retning af at lempe straffene, og at straffene i nogle lande er blevet skærpet, eller den nuværende situation er ved at blive gennemgået kritisk. I Danmark blev det i 2004 fastsat i en bekendtgørelse, at der skulle gives bøder frem for advarsel, og i Italien blev den juridiske sondring mellem ikke-lægemidler elimineret i 2006 for at modvirke en sondring mellem begreberne »bløde« og »hårde« stoffer. Andre lande har gennemgået deres nuværende tiltag i forbindelse med cannabis; f.eks. offentliggjorde Nederlandene en specifik cannabisstrategi i 2005, og Tyskland gennemførte en evaluering af gennemførelsen af sanktioner for simpel besiddelse af cannabis.

Cannabispolitik er fortsat et spørgsmål, der giver anledning til betydelig offentlig debat og uenighed. Dette fremgår af resultaterne af den nylige Eurobarometer-undersøgelse (2006), hvor europæiske borgere blev spurgt, om de var enige i det udsagn, at personligt forbrug af cannabis bør legaliseres i Europa. Godt to tredjedele (68 %) af de adspurgte var uenige og ca. en fjerdedel (26 %) var enig i dette udsagn. Selv om andelen af de stikprøveudvalgte, der gik ind for et fortsat forbud, varierede, var det i alle lande altid holdningen hos flertallet.

<sup>(1)</sup> For en mere indgående behandling se ELDD's emneoversigt på adressen: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5036>

cannabisblade i Europa har været støt stigende i de seneste fem år, selv om billedet med hensyn til beslaglagte mængder synes mindre klart, med en mulig stigning i 2005 efter en periode med faldende mængder mellem 2001 og

<sup>(25)</sup> De data om narkotikabeslaglæggelser i Europa, som dette afsnit er baseret på, findes i tabel SZR-1, SZR-2, SZR-3 og SZR-4 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(26)</sup> Bør kontrolleres, når de manglende data for 2005 foreligger. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2005 erstattet med data for 2004.



2004. Konklusionerne i denne forbindelse er nødvendigvis foreløbige, da Det Forenede Kongerige, et land, der både med hensyn til antal og mængder tegner sig for de fleste beslaglæggelser af cannabisblade, endnu ikke har indberettet data for 2005.

I 2005 resulterede skønsmæssigt 13 500 beslaglæggelser i konfiskation af ca. 24 millioner cannabisplanter (hovedparten i Tyrkiet) og 13,6 tons cannabisplanter (hovedparten i Spanien). Generelt har antallet af beslaglæggelser af cannabisplanter i Europa vist en fortsat stigende tendens siden 2000. Ser man på EU-medlemsstaterne, toppede antallet af beslaglagte cannabisplanter i 2001 og er igen steget siden 2003, mens antallet af beslaglagte cannabisplanter efter en stigning i perioden 2001-2003 i Tyrkiet faldt i 2004 og igen steg i 2005.

### Pris og styrke

I 2005 varierede den gennemsnitlige eller typiske detailpris for både cannabisharpiks og cannabisblade, både mellem og i de enkelte lande, idet de fleste lande har indberettet priser for cannabisprodukter på 4-10 EUR pr. gram <sup>(27)</sup>. De indberettede gennemsnitlige eller typiske priser for begge typer cannabis varierede imidlertid fra 2 EUR pr. gram til over 15 EUR. Gennemsnitspriserne for cannabisharpiks, korrigeret for inflation, faldt i perioden 2000-2005 i alle indberettende lande undtagen Polen, hvor priserne var stabile. Gennemsnitspriserne for cannabisblade, korrigeret for inflation, faldt også eller var stabile i samme periode i alle indberettende lande undtagen Slovenien <sup>(28)</sup>.

Cannabisprodukternes styrke bestemmes ud fra deres indhold af det primære aktive stof delta-9-tetrahydrocannabinol (THC) (EONN, 2004). I 2005 varierede det indberettede gennemsnitlige eller typiske THC-indhold i cannabisharpiks i detailledet fra under 1 % til 17 %; det er vanskeligt at forklare dette store udsving i betragtning af, at hovedparten af den europæiske harpiks kommer fra samme kilde. Styrken i cannabisblade blev angivet at ligge fra under 1 % til lige over 15 %. Det er ikke muligt på grundlag af de foreliggende data at sondre mellem internt producerede eller importerede cannabisblade. Nederlandene var dog i stand til at angive et skøn på 17,7 % for lokalt producerede cannabisblade <sup>(29)</sup>.

## Udbredelse af og mønstre i cannabisbrug

### I befolkningen som helhed

De nyere undersøgelsesdata bekræfter billedet af brugen af cannabis som det illegale stof, der anvendes hyppigst i Europa. I løbet af 1990'erne steg brugen af stoffet, især

### Undersøgelser — et vigtigt redskab til at forstå stofbrugsmønstre og tendenser i Europa

Stofbrug i den almindelige befolkning eller blandt skoleelever vurderes gennem undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en andel af personerne der angiver at have brugt stoffer i nærmere bestemte tidsrum: langtidsprævalens, de seneste 12 måneder eller den seneste måned.

EONN har sammen med nationale eksperter udviklet en række fælles kerneelementer (»europæisk modelspørgeskema«) til brug i voksenundersøgelser, og dette er blevet gennemført i de fleste EU-medlemsstater. Oplysninger om det europæiske modelspørgeskema findes i »Handbook for surveys about drug use among the general population« (håndbog i, hvordan man foretager undersøgelser af stofbrug i den almindelige befolkning) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Der er imidlertid stadig forskelle mellem landene med hensyn til dataindsamlingsmetode og -år, og mindre forskelle mellem landene bør fortolkes med forsigtighed <sup>(1)</sup>.

Da det er dyrt at foretage undersøgelser, er det kun få lande, der indsamler oplysninger hvert år. I denne beretning fremlægges data på grundlag af den senest tilgængelige undersøgelse, som i de fleste tilfælde vil være mellem 2003 og 2006.

Der anvendes almindeligvis tre mål for stofbrug over tid til indberetning af undersøgelsesdata. Langtidsprævalens er det bredeste. Dette mål anvendes normalt til indberetning i forbindelse med meget unge grupper, f.eks. skoleelever, men har begrænset værdi med hensyn til at afspejle den aktuelle situation blandt voksne, selv om det kan give et indblik i brugs mønstre og forekomst. I denne beretning ligger fokus på indberetning af brug inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned, da disse to mål bedre afspejler den nuværende situation, idet sidstnævnte kategori ofte tjener som et proxymål for regelmæssig brug. Det er vigtigt klart at identificere de personer, der regelmæssigt bruger stoffer eller har problemer med deres stofbrug, og der er gjort visse fremskridt i denne henseende med udviklingen af skalaer til at vurdere mere intensive former for brug, og disse indgår, når de foreligger (se boks om udvikling af psykometriske skalaer, s. 42).

(1) EONN's standardaldersgrupper: alle voksne (15-64 år) og unge voksne (15-34 år). Data fra nogle lande dækker lidt andre aldersgrupper (f.eks. 16-64, 18-64, 16-59 år). Flere oplysninger om metoden i forbindelse med befolkningsundersøgelser og den metode, der er anvendt i hver national undersøgelse, findes i Statistical bulletin 2007.

blandt unge, i praktisk talt alle lande. Det fremgår imidlertid af nogle af de nyere data, at den stigende tendens er ved at flade ud, om end på et historisk højt niveau. Et vigtigt sekundært spørgsmål er at undersøge tendenserne blandt dem, der bruger stoffet intensivt og i lange perioder. I denne henseende er dataene mindre gode, men der er bekymring

<sup>(27)</sup> Se tabel PPP-1 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(28)</sup> Oplysninger om priser for både cannabisharpiks og cannabisblade blev analyseret for 19 lande (hvor der forelå oplysninger for mindst tre på hinanden følgende år).

<sup>(29)</sup> Data om cannabisstyrke findes i tabel PPP-2 og PPP-5 i Statistical bulletin 2007.

over, at flere unge bruger cannabis på denne måde, og at denne omstændighed til dels kan afspejles i de stigninger i efterspørgslen efter cannabisbehandling, der er registreret i nogle lande.

Et forsigtigt skøn viser, at cannabis er blevet brugt mindst én gang (langtidsprævalens) af over 70 millioner voksne europæere, dvs. i gennemsnit næsten en fjerdedel (22 %) af alle 15-64-årige <sup>(30)</sup>. De nationale tal varierer fra 2 til 37 %, idet de laveste tal er registreret i Bulgarien, Malta og Rumænien og de højeste i Danmark (36,5 %), Frankrig (30,6 %), Det Forenede Kongerige (29,8 %) og Italien (29,3 %) <sup>(31)</sup>. Trods dette brede interval angav 12 ud af de 26 europæiske lande, der fremlagde oplysninger, en langtidsprævalens på 10-25 % <sup>(32)</sup>.

Flyttes referencepunktet fra langtidsprævalens til de seneste 12 måneder, falder den indberettede brug af cannabis, men er stadig betydelig. Det anslås, at over 23 millioner voksne europæere har brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, hvorved der fremkommer et gennemsnitstal på omkring 7 % af alle 15-64-årige. De nationale tal ligger på mellem 1 og 11,2 %, idet de laveste tal er indberettet af Bulgarien, Grækenland og Malta og de højeste af Italien (11,2 %), Spanien (11,2 %), Den Tjekkiske Republik (9,3 %) og Det Forenede Kongerige (8,7 %). Trods det brede interval angav 13 ud af de 25 lande, der fremlagde oplysninger, også i denne forbindelse skøn over sidste års prævalens på mellem 4 og 9 % (figur 3).

Skøn over brug inden for den seneste måned omfatter personer, som bruger cannabis mere regelmæssigt, om end ikke nødvendigvis intensivt. Det anslås, at 13,4 millioner voksne europæere har brugt stoffet inden for den seneste måned, i gennemsnit ca. 4 % af alle 15-64-årige. Tallene for landene ligger på mellem 0,5 og 8,7 %. De laveste tal blev indberettet af Bulgarien, Malta, Litauen og Sverige og de højeste fra Spanien (8,7 %), Italien (5,8 %), Det Forenede Kongerige (5,2 %) og Frankrig (4,8 %). Af de 26 lande, der fremlagde oplysninger, falder tal fra 13 lande inden for intervallet 2-6 % <sup>(33)</sup>.

### Brug af cannabis blandt unge voksne

Brugen af cannabis er uforholdsmæssig høj blandt unge, idet mellem 3 og 49,5 %, afhængigt af det undersøgte land, af unge voksne europæere (15-34 år) har brugt cannabis mindst én gang, 3-20 % har brugt stoffet inden for de

seneste 12 måneder og 1,5-15,5 % inden for den seneste måned. De højeste tal for langtidsprævalens er indberettet fra Danmark, Frankrig, Det Forenede Kongerige og Spanien, og den højeste prævalens inden for de seneste 12 måneder er indberettet fra Spanien, Den Tjekkiske Republik, Frankrig og Italien. I gennemsnit har 30 % af de unge voksne angivet langtidserfaring og 13 % brug inden for de seneste 12 måneder, og over 7 % har angivet brug inden for den seneste måned. Til sammenligning er skønnene for brug inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned for voksne i aldersgruppen 35-64 år henholdsvis 3 og 1,6 % <sup>(34)</sup>.

Hvis der kun ses på unge i aldersgruppen 15-24 år, varierer skønnene over langtidsprævalensen mellem 3 og 44 % (de fleste lande har indberettet tal på 20-40 %). Prævalensen for brug inden for de seneste 12 måneder ligger på mellem 4 og 28 % (i de fleste lande 10-25 %) og inden for den seneste måned mellem 1 og 19 % (i de fleste lande 5-12 %). Blandt mænd i denne aldersgruppe er prævalensskønnene endnu højere. Langtidserfaring blev angivet af 11-51 % af de unge mænd (i de fleste lande 25-45 %), brug inden for de seneste 12 måneder af 5-35 % (i de fleste lande 15-30 %) og brug inden for den seneste måned af 1,7-23,7 % (i fleste lande 6-20 %) <sup>(35)</sup>.

### Mønstre i cannabisbrug

Som anført ovenfor er brugen af cannabis, som det er tilfældet med de fleste andre illegale stoffer, betydeligt højere blandt unge, selv om der også i denne forbindelse findes store forskelle fra land til land. Brugen er også betydeligt højere blandt mænd end blandt kvinder, selv om denne forskel er mindre udtalt for unge. Generelt stiger forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere i nyere målinger, og også i denne forbindelse kan der registreres betydelige udsving fra land til land, f.eks. varierer forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere i forbindelse brug af cannabis inden for den seneste måned fra 1,5 i Italien til 1,14 i Litauen (se det udvalgte tema i 2006 om køn og stofbrug).

For mange har brugen af cannabis en tendens til at blive afbrudt efter en kort eksperimenterende periode, og brugen falder generelt, efterhånden som personerne bliver ældre. Det er imidlertid vanskeligt at spore forløbet af personernes cannabisbrug i de foreliggende data og påvise ændringer

<sup>(30)</sup> Den gennemsnitlige andel blev beregnet som gennemsnittet af de nationale prævalensstal vægtet efter befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. De samlede tal blev beregnet ved at multiplicere prævalensen blandt den pågældende befolkning i hvert land og, men hensyn til lande, for hvilke der ikke forelå oplysninger, at tilregne den gennemsnitlige prævalens. Tallene her er formentlig minimumstal, da der kan være tale om en vis underreportering.

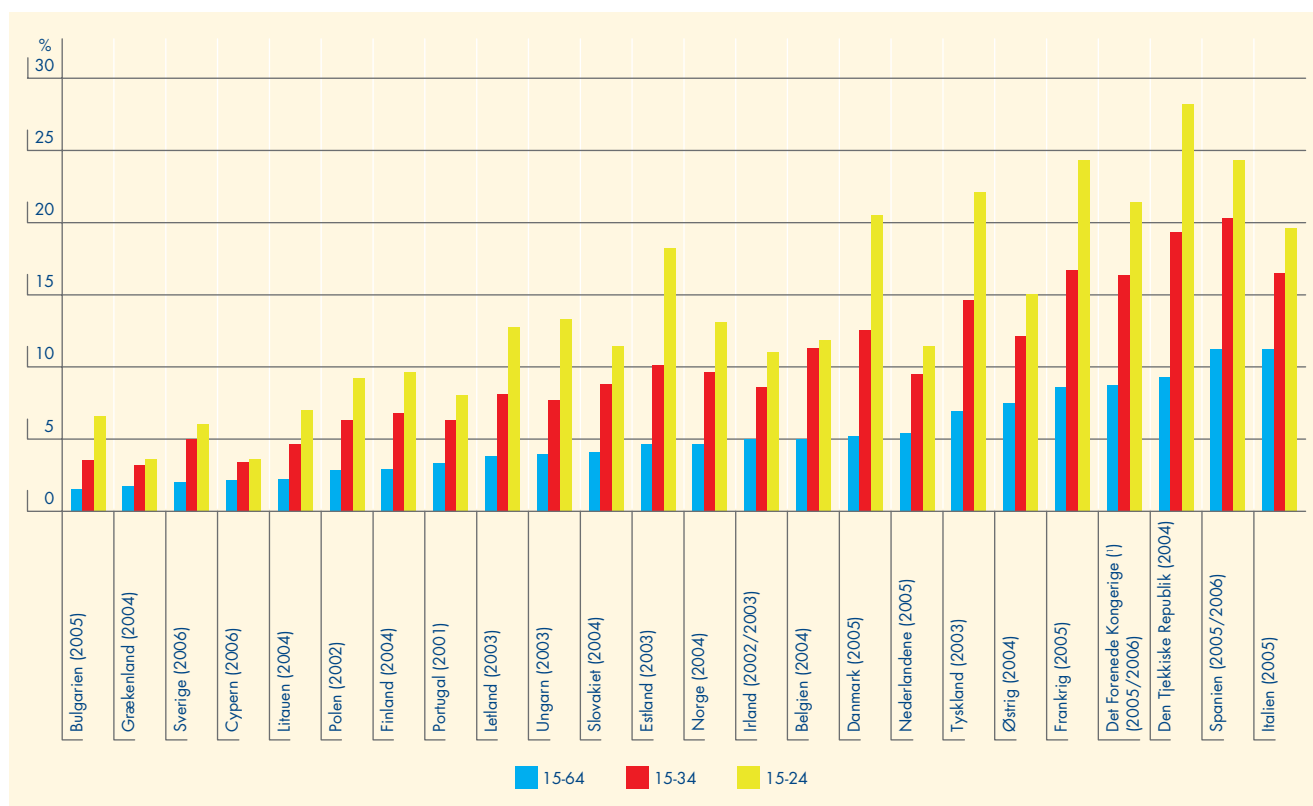
<sup>(31)</sup> Tallene for Det Forenede Kongerige er her af praktiske årsager baseret på British Crime Survey for 2006 (England og Wales). Der er yderligere skøn for Skotland, Nordirland, og der foreligger et samlet skøn for Det Forenede Kongerige (findes i Statistical bulletin 2007).

<sup>(32)</sup> Se tabel GPS-8 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(33)</sup> Se tabel GPS-12 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(34)</sup> Se tabel GPS-9, GPS-11 og GPS-13 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(35)</sup> Se tabel GPS-17, GPS-18 og GPS-19 og figur GPS-1, GPS-3, GPS-7 og GPS-12 i Statistical bulletin 2007.

**Figur 3:** Sidste års prævalens for brug af cannabis blandt alle voksne (15-64 år) og unge voksne (15-34 år og 15-24 år)

(1) England og Wales.

NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Landene er placeret i rækkefølge efter den samlede (alle voksne) prævalens. Se tabel GPS-10, GPS-11 og GPS-18 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2006), oplysninger fra befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

over tid i forbrugsmønstrene. Man kan få et vist indblik i dette spørgsmål ved at sammenligne langtidspævalensen med nyere forbrugsmålinger. Det fremgår af denne analyse, at i gennemsnit 32 % af alle voksne (15-64 år), som nogensinde har brugt cannabis, har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder og 18 % inden for den seneste måned. Disse andele, undertiden kaldet »fortsættelsesfrekvenser«, varierer betydeligt landene imellem og er påvirket af en række faktorer, bl.a. den historiske udvikling i brugen af cannabis i et land og antallet af nye tilfælde. Alligevel vil det for at forstå de mulige folkesundhedsmæssige følger af brugen af dette stof være vigtigt at kende andelen af cannabisbrugere, der går over til regelmæssig brug og langtidbrug. Trods bekymringer over, at antallet af personer, der bruger stoffet regelmæssigt eller intensivt, kan være stigende <sup>(36)</sup>, foreligger der for øjeblikket for få

oplysninger til, at det er muligt at undersøge dette spørgsmål nærmere. EONN arbejder på nuværende tidspunkt tæt sammen med en række medlemsstater med henblik på at udvikle en bedre metodologisk tilgang til dette emne. Det fremgik af et groft skøn, som EONN foretog i 2004 på grundlag af begrænsede data, at omkring 1 % af de voksne europæere, eller ca. 3 millioner personer, kan være »daglige eller næsten daglige« cannabisbrugere. Det er planen, at dette skøn kan opdateres i nær fremtid. En række lande har meldt om stigninger i den regelmæssige eller intensive cannabisbrug, men kun Spanien har indberettet sammenlignelige data om »daglig brug« <sup>(37)</sup>, som steg fra 0,7 % i 1997 til 2 % i 2006.

Et andet vigtigt informationsbehov på dette område er bedre at forstå de faktorer, der er forbundet med afbrydelsen

<sup>(36)</sup> Der findes endnu ingen generelt accepteret definition af »intensiv cannabisbrug«. Det er imidlertid et bredt begreb, der betyder brug af cannabis, hvor brugen overstiger en vis hyppighedstærskel. Det indebærer ikke nødvendigvis en forekomst af »afhængighed/misbrug« eller andre problemer, men det anses for at øge risikoen for negative følger, herunder afhængighed. I dette kapitel henviser tallene til »daglig eller næsten daglig brug« (defineret som brug i 20 eller flere dage ud af de seneste 30 dage). Denne benchmark er ofte blevet anvendt i undersøgelser og kan udledes af det europæiske modelspørgeskema. Igangværende metodeundersøgelser (nationalt og EONN) vil bidrage til bedre at forstå forholdet mellem intensiv/hyppig brug og problemer (se boks om udvikling af psykometriske skalaer, s. 42).

<sup>(37)</sup> 1997 (0,7 %), 1999 (0,8 %), 2001 (1,5 %), 2003 (1,5 %), 2005/2006 (2 %). Dette mål (brug i 30 af de seneste 30 dage) er forskelligt fra det tidligere anvendte »daglig eller næsten daglig brug« (brug i 20 eller flere af de seneste 30 dage), som vil give et højere skøn. I Frankrig er en »regelmæssig bruger« defineret som brug af stoffet »10 gange eller mere inden for de seneste 30 dage« (4,3 % af voksne mænd, 1,3 % af voksne kvinder). I Det Forenede Kongerige betragtes »hyppig brug« som »brug mere end én gang pr. måned inden for det seneste år« og er ikke sammenlignelig med de mål, der er anvendt i dette afsnit.

### Udvikling af psykometriske skalaer til identificering af intensiv, afhængig og problematisk cannabisbrug i undersøgelsesdata

Beskrivelser om stofbrug fra undersøgelser er baseret på selvrapporeret adfærd over forskellige tidsintervaller. Traditionelt er daglig brug ikke blevet overvåget systematisk, til dels fordi udbredelsen af cannabisbrug var lav i de fleste lande. Og strategien med udelukkende at fokusere på brug inden for den seneste måned gør det ikke muligt at foretage nøjagtige skøn over antallet af intensive brugere. Efterhånden som brugen af cannabis er steget i Europa, og cannabisproblemer har givet anledning til voksende bekymring, har man imidlertid taget denne strategi op til fornyet overvejelse. Næsten alle EU-lande indsamler således nu oplysninger om, hvor mange dage stoffet er blevet brugt inden for den seneste måned forud for interviewet. På grundlag af disse oplysninger anslås det, at ca. 3 millioner personer bruger cannabis dagligt eller næsten dagligt.

EONN arbejder sammen med nationale eksperter med henblik på at forbedre indberetningen af denne form for intensiv brug i data fra befolkningsundersøgelser. Dette udgør imidlertid stadig kun et hjælpeværktøj til at identificere personer, som har problemer eller lider af afhængighed på grund af deres brug af cannabis. Disse oplysninger er af afgørende betydning for at forstå de sundhedsmæssige følger af cannabisforbrug og er på nuværende tidspunkt et vigtigt emne for EONN's ekspertgruppe på området.

Der er arbejde i gang med at udvikle den metode- og begrebsmæssige ramme, der er nødvendig til at overvåge »intensive former for stofbrug«, som kunne anvendes i befolkningsundersøgelser til bedre at identificere personer med problemer. Nogle lande er nu begyndt at måle »afhængighed« eller »problematisk brug« af cannabis i den almindelige befolkning, med foregangsprojekter i gang i Frankrig, Tyskland, Nederlandene, Polen, Portugal, Det Forenede Kongerige og senest Spanien.

Et eksempel på, hvorfor dette arbejde er vigtigt, findes i forbindelse med erfaringerne fra den franske undersøgelse fra 2005, som omfattede det eksperimentelle CAST-skema (Cannabis Abuse Screening Test): en foreløbig analyse viste, at så mange som 16 % af de personer, der havde brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, og 58 % af de daglige brugere risikerede at udvikle problematisk brug.

af brugen. Som anført ovenfor vil de fleste af dem, der begynder at bruge cannabis, afbryde brugen efter en periode. Det er klart vigtigt at forstå, hvilke faktorer der er forbundet hermed, når der skal udformes tiltag på dette område. En række oplysninger er ved at blive tilgængelige på dette område, og det fremgik f.eks. af den franske befolkningsundersøgelse fra 2005, at blandt de personer, der nogensinde havde brugt cannabis, men ikke havde brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder, var den væsentligste årsag hertil for hovedpartens vedkommende (80 %) ganske

enkelt en manglende interesse for et stof; dette til trods for, at de fleste voksne (næsten 60 %) mente, at de let kunne skaffe cannabis, hvis de ønskede det.

### Tendenser i cannabisbrugen blandt voksne

Springen af tendenserne i stofbrugen i Europa vanskeliggøres af, at der i mange lande mangler pålidelige tidsseriedata. Stadig flere lande har imidlertid iværksat undersøgelser fra og med 1990'erne, og disse er nu begyndt at give et værdifuldt indblik i tendenserne over tid.

Tidsserier fra undersøgelser kan kaste lys over udviklingen i brugen af cannabis i Europa. Et af resultaterne er, at der kan iagttages væsentlige tidsmæssige forskelle mellem landene og bølger i populariteten i brugen af stoffet, siden det begyndte at blive populært i 1960'erne<sup>(38)</sup>. Et eksempel herpå er data fra Sverige (national Reitox-rapport, 2005), hvor der blev registreret et forholdsvis stort antal eksperimenter i 1970'erne blandt værnepligtige og skoleelever, efterfulgt af et betydeligt fald i 1980'erne og derpå en ny stigning i 1990'erne til lignende niveauer som i 1970'erne, efterfulgt af et fald i de senere år. Et lignende fænomen ses i de finske data med større narkotikabølger, først i 1960'erne og derpå igen i 1990'erne.

Det kan konkluderes på grundlag af undersøgelsesmateriale, at brugen af cannabis steg markant i 1990'erne i næsten alle EU-lande. Denne stigning har været ved indtil for nylig i mange lande, selv om der nu er tegn på en stabilisering i nogle lande, især blandt det, der kan betragtes som gruppen med stor udbredelse. Et eksempel her er Det Forenede Kongerige, som generelt ofte synes at være »frontløber« med hensyn til tendenser i stofbrug. I begyndelsen af 1990'erne skilte Det Forenede Kongerige sig ud som et land med stor udbredelse, idet man i de fleste henseender havde de højeste prævalenstal i Europa. Sidste års prævalens blandt unge voksne (16-34) stabiliserede sig imidlertid fra 1998 og er faldet mellem 2003 og 2006 (fra 20,0 % til 16,3 %). Det er interessant, at der i den yngste aldersgruppe (16-24) er registreret et konstant fald siden 1998, hvilket tyder på, at brugen af cannabis er blevet mindre populær blandt de unge<sup>(39)</sup>.

Udbredelsen af brugen af cannabis i Frankrig, Spanien og Italien er i de senere år (henholdsvis 2002, 2003 og 2005), efter en periode med konstante stigninger, begyndt at nærme sig udbredelsen i Det Forenede Kongerige. Også i denne forbindelse er der noget, der tyder på, at der er ved at indtræde en stabilisering af situationen: Frankrig meldte om et fald i brugen i 2005, og selv om Spanien har meldt om en mindre stigning indtil 2006, er der generelt tegn på, at tendensen kan være ved at flade ud i de seneste data. I Den Tjekkiske Republik, et land med høje prævalenssatser,

<sup>(38)</sup> Se tillige figur 4 i årsberetningen for 2004.

<sup>(39)</sup> Se figur GPS-10 i Statistical bulletin 2007.

er det vanskeligt at vurdere tendenserne på grundlag af de foreliggende data — selv om oplysningerne for unge voksne tyder på, at prævalensen kan være faldet en smule.

Blandt de lande, som ligger i midterfeltet og lavere med hensyn til sidste års prævalens blandt unge voksne (15-34 år), viser de seneste data fra Danmark og Nederlandene et mindre fald, mens prævalensen stadig synes at stige i Estland, Tyskland, Ungarn, Slovakiet og Norge <sup>(40)</sup>. De fleste af disse stigninger er imidlertid små og generelt mindre udtalte i de nyere skøn.

Finland og Sverige er fortsat blandt de lande, der har meldt om den laveste udbredelse af cannabisbrug, og selv om prævalensskønnene er steget, er der intet, der tyder på en tilnærmelse til niveauet i lande med en højere prævalens. Den stigning, der er observeret i Sverige mellem 2000 og 2004 i sidste års prævalens blandt unge voksne (fra 1,3 % til 5,3 %), er, selv om der er tale om en stor stigning, vanskelig at fortolke på grund af metodemæssige ændringer i den måde, hvorpå undersøgelsen blev gennemført, og prævalensskønnene i undersøgelserne fra 2004, 2005 og 2006 tyder på en stabil situation.

### Blandt skoleelever

Et nyttigt billede af mønstre og tendenser i forbindelse med cannabis kan også fås på grundlag af data fra skoleundersøgelser, som viser, at brugen af cannabis har været stigende i mange EU-lande i slutningen af 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne.

Samlet set afspejler det generelle billede, der fremkommer på grundlag af data fra skoleundersøgelser, det billede, der findes i voksenundersøgelser. Den højeste livstidsprævalens for cannabisbrug blandt skoleelever i alderen 15-16 år i Europa er indberettet af Belgien, Den Tjekkiske Republik, Irland, Spanien, Frankrig og Det Forenede Kongerige (henholdsvis 30 % og 44 %). Tyskland, Italien, Nederlandene, Slovenien og Slovakiet har indberettet tal på over 25 %. I modsætning hertil har Grækenland, Cypern, Rumænien, Sverige, Tyrkiet og Norge alle meldt om skøn over langtidspævalensen på under 10 %.

En analyse af data fra ESPAD (det europæiske skoleprojekt om alkohol og andre stoffer) fra de tre første runder af undersøgelsen (1996-2003) viste markante geografiske forskelle i tendenserne i langtidspævalensen for cannabisbrug blandt skoleelever i alderen 15-16 år. Landene kan inddeles i tre geografiske grupper. I Irland og

Det Forenede Kongerige, hvor der er blevet brugt cannabis meget længe, er langtidspævalensen høj, men har været stabil i det seneste årti. I de øst- og centraleuropæiske medlemsstater samt Danmark, Spanien, Frankrig, Italien og Portugal steg langtidspævalensen for cannabisbrug betydeligt mellem 1995 og 2003. I den tredje gruppe af medlemsstater (Finland og Sverige i nord og Grækenland, Cypern og Malta i syd) samt Norge er skønnene for langtidspævalensen blandt skoleelever forblevet på et forholdsvis lavt niveau (ca. 10 % og derunder). Data fra den næste runde af ESPAD-undersøgelsen forventes næste år.

Kun fire lande (Italien, Polen, Sverige, Det Forenede Kongerige) har indberettet nye data fra nationale skoleundersøgelser i 2005, og Belgien har indberettet en undersøgelse fra Flandern-regionen. I Sverige syntes situationen stabil, og der blev registreret mindre fald i de øvrige fire undersøgelser.

## Cannabis: data om behandlingsefterspørgsel <sup>(41)</sup>

### Generelle mønstre i behandlingsefterspørgslen

Blandt de i alt 326 000 behandlingsanmodninger, der blev indberettet i 2005 (data foreligger fra 21 lande), var cannabis den primære grund til påbegyndelse af behandling i ca. 20 % af alle tilfælde, hvorved det er det stof, der nævnes næsthøppigst efter heroin. Den største efterspørgsel efter behandling for primært cannabisbrug er normalt i forbindelse med ambulans behandling <sup>(42)</sup>.

Klienter i narkotikaklinikker angives ofte at have et problematisk brug af andre stoffer ved siden af det primære stof, for hvilket de søger behandling; dette er sjældnere tilfældet i forbindelse med cannabisbrugere, som er de klienter, der oftest angives kun at anvende et enkelt stof (cannabis). Nogle bruger dog cannabis i kombination med andre stoffer, oftest alkohol (37 %) og amfetaminer eller ecstasy (28 %). Efter alkohol (38 %) angives cannabis som det sekundære stof, der nævnes næsthøppigst af de personer, der modtager behandling <sup>(43)</sup>.

### Stigende efterspørgsel efter behandling

Blandt de ca. 130 000 nye anmodninger om narkotikabehandling udgør cannabis-klienter 29 % af alle nye narkotikaklienter, umiddelbart efter andelen af nye anmodninger om heroinbehandling (35 %; data foreligger

<sup>(40)</sup> Se figur GPS-4 i Statistical bulletin 2007.

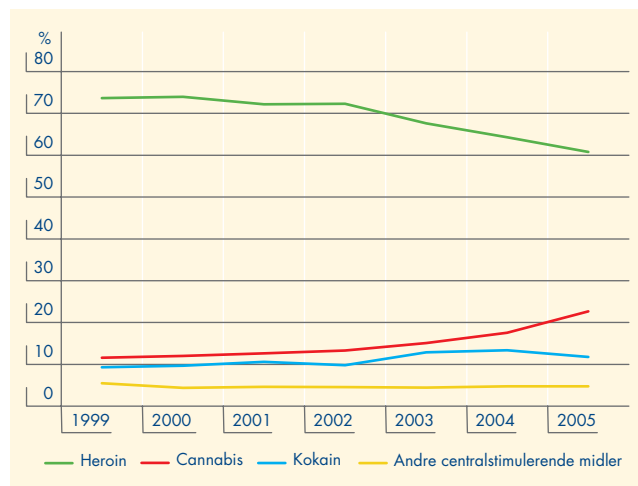
<sup>(41)</sup> Analysen af den generelle fordeling og tendenserne er baseret på dataene om klienter, der søger behandling på alle behandlingscentre; analysen af klientprofil og stofbrugsmønstre er hovedsageligt baseret på dataene fra ambulatorier.

<sup>(42)</sup> Se figur TDI-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(43)</sup> Se tabel TDI-22 og TDI-23 (del i) og (del iv) i Statistical bulletin 2007.



**Figur 4:** Tendenser i mønstre for brug af behandlingstilbud (1999-2005) — stof, som klienterne primært søger behandling for som procentdel af alle anmodninger



NB: Baseret på data fra 21 EU-medlemsstater: Bulgarien, Den Tjekkiske Republik, Danmark, Tyskland, Irland, Grækenland, Spanien, Frankrig, Italien, Cypern, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Malta, Nederlandene, Rumænien, Slovenien, Slovakiet, Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige. Manglende data blev interpoleret for hvert land ved at fastholde den gennemsnitlige EU-tendens i de foreliggende data for hvert år. For flere oplysninger og udførlige noter se figur TDI-3 i Statistical bulletin 2007.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

fra 22 lande)<sup>(44)</sup>. Selv om problemer med hensyn til tilgængeligheden af data gør det vanskeligt at knytte præcise kommentarer til tendenserne, er det muligt at identificere hovedtendenserne i efterspørgslen efter cannabisbehandling. Den stigende tendens synes imidlertid at stabilisere sig i de seneste data. I alle lande (undtagen Litauen) er andelen blandt nye klienter, der angives at have søgt behandling for primært cannabisbrug, højere end den tilsvarende andel blandt alle klienter<sup>(45)</sup>.

I perioden 1999-2005 steg andelen af klienter, der søgte behandling for primært cannabisbrug, i alle de lande, der indberettede data (figur 4). Der er imidlertid interessante udsving fra land til land, idet cannabis nævnes af under 5 % af alle klienter, der påbegyndte behandling i Bulgarien, Litauen, Polen og Rumænien, og af over 30 % i Ungarn og Frankrig. Med hensyn til de resterende lande udgør andelen af cannabis-klienter i 12 lande mellem 5 og 20 % og i syv lande mellem 21 og 29 %. Ligeledes er der blandt nye behandlingsanmodninger store udsving fra land til land, idet cannabis nævnes af under 10 % af nye klienter i Bulgarien, Litauen, Luxembourg, Polen og Rumænien og af over 50 % i Danmark, Tyskland, Frankrig og Ungarn<sup>(46)</sup>.

Stigningen i efterspørgslen efter cannabisbehandling synes ikke at have en simpel forklaring. Det er fortsat uklart,

i hvilket omfang en øget efterspørgsel efter behandling er et resultat af stigninger i udbredelsen af intensiv cannabisbrug og relaterede problemer i befolkningen og en øget bevidsthed om risiciene. Andre faktorer kan også have bidraget hertil, bl.a. en bedre datadækning i forbindelse med ambulatorier, der behandler cannabis-klienter, og som typisk er de centre, der dækker efterspørgslen efter cannabisbehandling, og eventuelt flere diagnoser og indberetninger i forbindelse med problematisk cannabisbrug. Bidrag fra to andre mulige årsager bør også tages i betragtning: udvidelsen af behandlingstilbuddene, f.eks. åbningen af cannabisbehandlingscentre i Frankrig i slutningen af 2004, og stigningen i antallet af henvisninger fra det strafferetlige system. I det første tilfælde har mange lande i lyset af den stigende efterspørgsel efter cannabisbehandling gennemført specifikke programmer for teenagere eller unge med et behandlingstilbud, der i højere grad er målrettet mod cannabisbrugere; i denne forbindelse har en stigning i efterspørgslen medført en stigning i udbuddet, som på sin side kan have forstærket efterspørgslen. I det andet tilfælde vedrører henvisninger fra det strafferetlige system ofte lovovertrædelser i forbindelse med cannabisbrug; det fremgår af forskningsresultater, at hovedparten af de personer, der henvises til behandling fra det strafferetlige system, har cannabis som primært stof; i dette scenario vil en stigning i antallet af henvisninger fra det strafferetlige system have bidraget til den øgede efterspørgsel efter cannabisbehandling.

## Klientprofiler

Uanset hvilke forklarende faktorer der har medført stigninger i efterspørgslen efter cannabisbehandling, er det af interesse, hvad der kendetegner de personer, som i sidste instans søger behandling, selv om denne meget lille del af gruppen af cannabisbrugere ikke kan siges at være repræsentativ. Ser man på profilen af personer, der kommer i ambulans behandling for primært cannabisbrug, er de mest almindelige karakteristika, at der er tale om unge mænd, der stadig er under uddannelse i modsætning til i arbejde eller arbejdsløse, og som bor hos deres forældre i modsætning til i egen bolig<sup>(47)</sup>. Sammenlignet med andre narkotikaklienter har personer, der kommer i behandling for primært cannabisbrug, den højeste andel af mænd og den yngste alder (gennemsnitsalder 24,5 år). De klienter, der kommer i behandling for første gang, er endda yngre end alle cannabis-klienter (gennemsnitsalder 23,8); tilsvarende er 67 og 80 % af unge på 15-19 år eller under 15 år nye cannabis-klienter. I de seneste tre år er der imidlertid meldt om tegn på en stigning i de nye cannabis-klienters alder<sup>(48)</sup>.

<sup>(44)</sup> Se figur TDI-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(45)</sup> Se tabel TDI-3 (del iii) og TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(46)</sup> Se tabel TDI-5 (del ii) og TDI-4 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(47)</sup> Se tabel TDI-13, TDI-14 og TDI-21 (del i) og (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(48)</sup> Se tabel TDI-10 (del i), (del ii) og (del ix) i Statistical bulletin 2007, 2006 og 2005.

Generelt kan cannabis-klienter inddeles i tre grupper: personer, der bruger stoffet lejlighedsvist (34 %), personer, der bruger det flere gange om ugen (27 %), og personer, der bruger det dagligt (39 %).

Disse forskelle i den indberettede brug af stoffet blandt cannabis-klienter er sandsynligvis resultatet af forskellige henvisningskanaler til behandling, og det kunne formodes, at stigningen i henvisninger fra det strafferetlige system kan have forbindelse med nogle af de personer, der har et lavt forbrug, og som angives at være kommet i behandling. Der er forskelle mellem landene med hensyn til hyppigheden af cannabisbrug, idet halvdelen af landene har indberettet over 30 % af klienterne som daglige brugere af cannabis og den anden halvdel under 30 %. Nederlandene, Danmark og Spanien har de højeste andele af regelmæssige brugere blandt klienter i behandling, mens den højeste andel af lejlighedsvis brugere findes i Ungarn, Tyskland og Italien <sup>(49)</sup>. Som det behandles nedenfor, kan indsatsen i forbindelse med intensiv cannabisbrug være fokuseret på forebyggelse og ikke på behandling, og sådanne forskelle i national praksis kan påvirke de samlede indberetninger; dette kan til dels forklare, hvorfor nogle lande med høj udbredelse har indberettet forholdsvis lave tal for cannabisbehandling.

## Tiltag over for cannabisproblemer

Data om cannabisbehandling skal ses på baggrund af, hvad der i Europa udgør cannabisbehandling, som for øjeblikket omfatter et bredt sammenhængende hele af foranstaltninger, der strækker sig fra korte interventioner til behandling i stationære behandlingsmiljøer. I nogle af programmerne er indsatsen i lige så høj grad rettet mod forebyggelse og skadesreduktion som mod behandlingen af narkotikaproblemer.

Identificering af personer i risikogruppen og tidlig indsats anerkendes som en vigtig komponent i alle narkotikaprogrammer, og lærerpersonalet kan være blandt de første til at påvise cannabis blandt deres elever. Tyskland, Italien og Polen har alle udviklet programmer for lærere, som bistår dem med at reagere over for cannabisbrug og søge specialhjælp, når dette er hensigtsmæssigt.

Der er intet stærkt evidensgrundlag, som kan understøtte den praktiske cannabisbehandling, og forskningsundersøgelserne på dette område er begrænsede og hovedsageligt baseret på amerikanske og australske erfaringer. I Europa omfatter den mest almindelige indsats over for cannabisproblemer kortvarig ambulant behandling, rådgivning, skolebaserede programmer og opsøgende forebyggelsesaktiviteter. Generelt synes interventionerne at være baseret på tilgange

med korte interventioner, hvor der anvendes en kombination af motivationssamtaler og kognitiv-adfærdsmæssige elementer. Selv om der ikke er stærk konsensus om, hvad der er effektiv praksis, har nogle undersøgelser tydet på, at denne form for tilgang kan være nyttig. Ét europæisk initiativ på dette område er INCANT-projektet, hvor Belgien, Frankrig, Tyskland, Nederlandene og Schweiz har samarbejdet om at undersøge værdien af multidimensional familierapi (MDFT) i forbindelse med cannabisbrugere. Efter en positiv evaluering af pilotfasen (Rigter, 2005) er dette projekt blevet udvidet til et randomiseret kontrolleret forsøg, der gennemføres flere steder, og hvor MDFT sammenlignes med standardbehandlinger i forbindelse med cannabisrelaterede forstyrrelser.

Kun 13 medlemsstater har meldt om adgang til specialiserede behandlingsfaciliteter for problematiske cannabisbrugere, hvilket tyder på, at de fleste cannabisbrugere behandles i forbindelse med generelle narkotikaprogrammer eller ikke-specifikke sundheds- eller ungdomstjenester. Der er udtrykt bekymring over, at det kan være u hensigtsmæssigt at behandle unge cannabisbrugere i generelle narkotikatjenester, hvis dette medfører, at klienterne bliver blandet med ældre, problematiske brugere af andre stoffer. Selv om det er uklart, i hvilket omfang dette er et problem, er det fortsat et vigtigt spørgsmål i forbindelse med planlægningen af tilbud på dette område.

I Frankrig findes et eksempel på et specialiseret tilbud til cannabisbrugere, hvor der blev oprettet 250 cannabisrådgivningscentre i 2005. Disse centre modtager nu skønsmæssigt 2 900 klienter pr. måned, hvoraf ca. en tredjedel af klienterne (31 %) har henvist sig selv eller er blevet henvist af tredjemand (31 %), og godt en tredjedel er blevet henvist ved domstolsafgørelse (38 %). Andre eksempler på specifikke behandlingsprogrammer for cannabisbrugere omfatter Maria Youth Centre i Sverige, som stiller et rådgivningsprogram til rådighed for unge problematiske cannabisbrugere, efterfulgt af støttesessioner. Og i Tyskland har man siden januar 2006 udviklet en modulopbygget behandling af cannabisrelaterede forstyrrelser for unge (Candis) på forskningsambulatoriet i Dresden.

## Kvasi-tvangstiltag

Trods en generel tendens til, at cannabisbrugere, der kommer i kontakt med det strafferetlige system, henvises til behandlings- og rådgivningstjenester i stedet for straffeforanstaltninger, er adgangen til og strukturen af disse mekanismer meget forskellig i Europa, og kun få lande (Tyskland, Frankrig, Luxembourg, Østrig, Sverige)

<sup>(49)</sup> Se tabel TDI-18 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2007.

har angivet, at de tilbyder strukturerede programmer eller tjenester.

For cannabisbrugere, der er henvist fra retsinstanter, er behandlingsinterventioner ikke den eneste form for tiltag, der er registreret. Lejlighedsvis tilbydes intensivkurser i nogle lande, f.eks. har Tyskland, Østrig og Luxembourg alle meldt om kurser, som har til formål at ændre overbevisningerne og brugsmønstrene blandt cannabisbrugere <sup>(50)</sup>.

### Nye kommunikationsstrategier med henblik på at etablere kontakt til cannabisbrugere

En række innovative programmer i Europa forsøger at udnytte nye kommunikationsværktøjer med henblik på at etablere kontakt til cannabisbrugere. I nogle lande (Tyskland, Det Forenede Kongerige) er der udviklet internetbaserede korte interventioner, som gør det muligt for cannabisbrugere at kontrollere deres aktuelle brug og selv identificere

problemer. Et eksempel på denne tilgang er det tyske program »Quit the Shit« <sup>(51)</sup>, som tilbyder støtte til brugere, som ønsker at holde op med at bruge cannabis. Det fremgik af en evalueringsundersøgelse, at de personer, der anvendte denne tjeneste, meldte om et reduceret cannabisforbrug, både med hensyn til den forbrugte mængde og det antal dage, hvor der blev brugt cannabis.

I Danmark er SMASH et anonymt støtte- og rådgivningsprojekt for unge cannabisbrugere, som har til formål at være skadesreducerende, oplysende og støttende i forhold til ophør med cannabisrygning <sup>(52)</sup>. Projektet er baseret på, at man kan abonnere på to sms-pakker. Den første af disse (hashfacts) giver faktaoplysninger om cannabisbrug, og den anden forsøger at støtte og motivere unge, der forsøger at holde op med at tage stoffer. Derudover kan de unge få personlig coaching til ophør eller reduktion af cannabisforbruget via sms-beskeder. En lignende tjeneste findes i Irland, selv om vægten ligger på formidling af information.

### Stofbrug blandt mindrerårige, i EONN 2007 udvalgte temaer

Det fremgår af det udvalgte tema om stofbrug blandt meget unge europæere (under 15 år), at brugen af stoffer ikke er udbredt i denne aldersgruppe og hovedsageligt afspejler eksperimenterende brug. Regelmæssig brug af stoffer blandt meget unge mennesker er sjælden og vedrører ofte en meget problematisk del af befolkningen.

Det primære tiltag i forbindelse med stofbrug blandt unge under 15 år er i vidt omfang koncentreret om forebyggelse eller strategier for tidlig indsats. Alligevel anslås det i det

udvalgte tema, at ca. 4 000 meget unge mennesker modtager narkotikabehandling i Europa. Narkotikabehandling, der er skræddersyet efter unges behov, er undtagelsen, men de fleste europæiske lande har identificeret behovet for sådanne programmer.

I det udvalgte tema undersøges det også, hvordan erkendelsen af, at der er en forbindelse mellem forbrug af legale og illegale psykoaktive stoffer i en ung alder og stofafhængighed senere i livet, er blevet indarbejdet i de europæiske folkesundhedspolitikker.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk og på internettet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).

<sup>(50)</sup> [http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte\\_KS1/FreD/FreD-Basics/](http://www.lwl.org/LWL/Jugend/KS/Projekte_KS1/FreD/FreD-Basics/)

<sup>(51)</sup> <http://www.drugcom.de>

<sup>(52)</sup> <http://www.smash.name>





## Kapitel 4

# Amfetaminer, ecstasy og lsd

I mange europæiske lande er det andet mest anvendte illegale stof en eller anden form for syntetisk fremstillet stof, selv om der på europæisk plan nu er flere brugere af kokain. Generelt er brugen af disse stoffer ikke udbredt i den almindelige befolkning, mens udbredelsen blandt yngre aldersklasser er betydeligt større, og i visse sociale sammenhænge eller blandt visse kulturelle grupper kan brugen af disse stoffer være særlig høj. Amfetaminer (amfetamin og metamfetamin) og ecstasy er på verdensplan blandt de mest udbredte syntetiske illegale stoffer.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer, som stimulerer det centrale nervesystem. Af de to stoffer er amfetamin langt det mest tilgængelige i Europa, mens det kun synes at være Den Tjekkiske Republik og Slovakiet, der har et større forbrug af metamfetamin.

### Amfetamin og metamfetamin: forskelle og ligheder

På markedet for illegale stoffer er de primære repræsentanter for amfetamingruppen amfetamin og metamfetamin (og saltene heraf) — to nært beslægtede syntetiske stoffer, medlemmer af phenetylaminfamilien. Begge stoffer stimulerer det centrale nervesystem og har samme virkningsmekanisme, adfærdsmæssige effekter, toleranceeffekt, abstinenssymptomer og (kroniske) effekter ved langvarig brug. Amfetamin er ikke så stærkt som metamfetamin, men i ukontrollerede situationer kan virkningerne stort set ikke skelnes fra hinanden.

Amfetamin- og metamfetaminprodukter består for det meste af pulver, men »ice«, den rene krystallinske hydrokloridsalt af metamfetamin, anvendes også. Tabletter, der indeholder enten amfetamin eller metamfetamin, kan have lignende logoer som dem, der ses på MDMA og andre ecstasytabletter.

I betragtning af de fysiske former, som amfetamin og metamfetamin kan fås i, kan stofferne spises, sniffes, inhaleres eller, mindre hyppigt, injiceres. I modsætning til sulfatsalt af amfetamin er metamfetamin-hydroklorid, navnlig den krystallinske form (ice), tilstrækkelig volatil til at kunne ryges.

Kilde: EONN narkotikaprofiler (<http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=25328>).

Ecstasy er syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men som virker på en lidt anden måde. Det mest velkendte stof i ecstasygruppen er 3,4-methylenedioxy-metamfetamin (MDMA), men lejlighedsvist findes også andre analogstoffer i ecstasytabletter (MDA, MDEA). Brugen af ecstasy er blevet mere udbredt i EU siden 1990'erne.

Traditionelt har lysergsyrediaetylamid (lsd) været langt det mest velkendte hallucinogen, men det samlede forbrug har i længere tid været lavt og ret stabilt. I den senere tid har der været tegn på øget tilgængelighed og brug af naturligt forekommende hallucinogene stoffer, især hallucinogene svampe.

## Forsyning og tilgængelighed <sup>(53)</sup>

### Amfetamin

Den globale produktion af amfetamin blev anslået til 88 tons i 2005 (UNODC, 2007). Selv om den illegale fremstilling har bredt sig til andre dele af verden, er den fortsat koncentreret i Vest- og Centraleuropa. Der blev i 2005 lukket laboratorier, der fremstillede illegal amfetamin, i Belgien, Bulgarien, Tyskland, Estland, Litauen, Nederlandene og Polen. Den amfetamin, der er beslaglagt i Europa, angives at komme hovedsageligt fra Belgien, Nederlandene og Polen og i mindre omfang fra Estland og Litauen.

På verdensplan blev der beslaglagt 12,9 tons amfetamin i 2005, størstedelen heraf i to regioner, dvs. Vest- og Centraleuropa og Øst- og Sydøstasien.

I 2005 blev der i Europa foretaget skønsmæssigt 40 300 beslaglæggelser af amfetamin, svarende til 6,6 tons. Indtil 2004 tegnede Det Forenede Kongerige sig konstant for det største antal beslaglæggelser og de største beslaglagte mængder af amfetamin i Europa. Trods visse udsving er både det samlede antal amfetaminbeslaglæggelser og de beslaglagte mængder steget siden 2000 på europæisk plan <sup>(54)</sup>. I 2005 meldte de fleste indberettende lande imidlertid om en nedadgående tendens i antallet af

<sup>(53)</sup> Oplysninger om fortolkning af beslaglæggelser og anden markedsinformation findes på s. 37. Data om beslaglæggelser og beslaglagte mængder af amfetamin, ecstasy og lsd foreligger ikke for alle lande for 2005; flere oplysninger findes i tabellerne over beslaglæggelser i Statistical bulletin 2007.

<sup>(54)</sup> Se tabel SZR-11 og SZR-12 i Statistical bulletin 2007.

### International indsats mod fremstilling og ulovlig anvendelse af narkotikaprækursorer

Der er iværksat en række internationale initiativer til bekæmpelse af ulovlig anvendelse af prækursorer, der anvendes til fremstilling af illegale stoffer: Cohesion-projektet har fokus på kaliumpermanganat (der anvendes til fremstilling af kokain) og eddikesyreanhydrid (der anvendes til fremstilling af heroin), mens Prisme-projektet vedrører prækursorer til syntetiske stoffer (<sup>1</sup>). Alle nedenstående data kommer fra INCB's rapport om prækursorer (INCB, 2007b).

Beslaglæggelserne af kaliumpermanganat på verdensplan var i 2005 de største, der nogensinde er indberettet til INCB, idet 16 lande beslaglagde 183 tons, som for størstedelens vedkommende blev beslaglagt uden for Europa.

Af de 22 400 liter eddikesyreanhydrid, der blev beslaglagt på verdensplan i 2005, tegnede Europa sig igen kun for en lille andel.

I 2005 blev beslaglæggelser af 41 tons efedrin og pseudoefedrin, væsentlige prækursorer til fremstilling af metamfetamin, indberettet til INCB, hovedparten af Kina, mens EU-medlemsstaterne (hovedsageligt Grækenland, Bulgarien, Rumænien og Den Tjekkiske Republik) sammen med Den Russiske Føderation tegnede sig for 1,7 tons.

Beslaglæggelserne på verdensplan af 1-phenyl-2-propanon (P-2-P), der anvendes til illegal fremstilling af metamfetamin og amfetamin, udgjorde 2 900 liter i 2005, hvoraf europæiske lande tegnede sig for 1 700 liter (hovedsageligt i Tyskland og Nederlandene).

Europas andel af beslaglæggelserne på verdensplan af 3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), der anvendes til fremstilling af MDMA, faldt i 2005 til 38 %, idet der blev indberettet 5 100 liter (hovedsageligt i Frankrig og Nederlandene). Det øgede antal beslaglæggelser af 3,4-MDP-2-P i andre regioner synes at vise, at den illegale fremstilling af MDMA er ved at brede sig til lande uden for Europa.

(<sup>1</sup>) Alle anført i fortegnelse I i FN's konvention af 1988.

amfetaminbeslaglæggelser. Dette resultat bør kontrolleres, når dataene for 2005 fra Det Forenede Kongerige foreligger.

I 2005 varierede den gennemsnitlige eller typiske detailpris for amfetamin fra 7 EUR pr. gram til 37,5 EUR pr. gram, idet de fleste europæiske lande har indberettet priser på 10-20 EUR pr. gram (<sup>55</sup>). I perioden 2000-2005 faldt de gennemsnitlige amfetaminpriser, korrigeret for inflation, i de fleste af de 17 lande, der har indberettet tilstrækkelige data.

Den gennemsnitlige eller typiske renhedsgrad for amfetamin i detaileddet varierede betydeligt i 2005, men de fleste europæiske lande meldte om renhedsgrader på mellem 15 og 50 % (<sup>56</sup>).

### Metamfetamin

Den globale produktion af metamfetamin blev anslået til 278 tons i 2005. Stoffet fremstilles hovedsageligt i Øst- og Sydøstasien og i Nordamerika. I Europa er den illegale fremstilling af metamfetamin stadig i vidt omfang begrænset til Den Tjekkiske Republik (under det lokale navn »pervitin«), selv om der også er meldt om produktion i Litauen, Moldova og Slovakiet (INCB, 2007a; UNODC, 2007).

I 2005 steg beslaglæggelserne af metamfetamin på verdensplan til skønsmæssigt 17,1 tons, hvoraf over halvdelen er indberettet af Øst- og Sydøstasien (Kina, Thailand) og en tredjedel af Nordamerika (De Forenede Stater). I samme år blev der i 15 europæiske lande foretaget skønsmæssigt 2 200 beslaglæggelser, svarende til ca. 104 kg metamfetamin (<sup>57</sup>). Norge og Sverige tegnede sig for de største antal beslaglæggelser og de største beslaglagte mængder af metamfetamin.

Den gennemsnitlige eller typiske detailpris for metamfetamin (kun indberettet af nogle få lande) varierede i 2005 mellem 5 EUR og 35 EUR pr. gram. De fleste lande meldte om gennemsnitlige eller typiske renhedsgrader for metamfetamin i detaileddet på 30-65 % (<sup>58</sup>).

### Ecstasy

Den globale produktion af ecstasy blev anslået til 113 ton i 2005 (UNODC, 2007). Europa er fortsat den verdensdel, der har den største ecstasyproduktion, men dette er tilsyneladende ved at ændre sig, idet ecstasyproduktionen har bredt sig til andre dele af verden, især Nordamerika, Øst- og Sydøstasien og Oceanien (CND, 2006; UNODC, 2006). I Europa finder ecstasyproduktionen hovedsageligt sted i Nederlandene (selv om der er meldt om tegn på et fald i produktionen dér), efterfulgt af Belgien. Den ecstasy, der blev beslaglagt i Europa i 2005, angives at komme fra disse to lande og i mindre omfang fra Polen og Det Forenede Kongerige.

Af de skønsmæssigt 5,3 tons ecstasy, der blev beslaglagt på verdensplan i 2005, blev en betydelig andel fortsat beslaglagt i Vest- og Centraleuropa (38 %), efterfulgt af Oceanien (27 %) og Nordamerika (20 %).

(<sup>55</sup>) Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2007.

(<sup>56</sup>) Se tabel PPP-8 i Statistical bulletin 2007. Bemærk, at den indberettede gennemsnitlige renhedsgrad for amfetamin kan skjule store forskelle i udsving i renhedsgraden af de analyserede prøver.

(<sup>57</sup>) På grund af manglende data for 2005 for Det Forenede Kongerige blev data for 2004 anvendt med henblik på at kunne foretage skøn. Se tabel SZR-17 og SZR-18 i Statistical bulletin 2007.

(<sup>58</sup>) Se tabel PPP-4 og PPP-8 i Statistical bulletin 2007.

Skønsmæssigt 26 500 beslaglæggelser førte til konfiskation af ca. 16,3 millioner ecstasytabletter i Europa i 2005 <sup>(59)</sup>. De største mængder ecstasy beslaglægges fortsat i Det Forenede Kongerige, Belgien, Nederlandene og Tyskland. Efter at være toppet i 2001 har antallet af ecstasybeslaglæggelser i Europa igen været stigende siden 2003. Den samlede beslaglagte ecstasymængde har svinget omkring 20 millioner tabletter pr. år mellem 2000 og 2004. De foreliggende data viser imidlertid et fald i de beslaglagte ecstasymængder i de fleste lande i 2005. Dette resultat bør kontrolleres, når dataene for 2005 fra Det Forenede Kongerige foreligger.

I 2005 varierede den gennemsnitlige eller typiske detailpris for ecstasytabletter fra under 3 EUR pr. tablet til 15 EUR <sup>(60)</sup>. I perioden 2000-2005 faldt de gennemsnitlige eller typiske detailpriser for ecstasy, korrigeret for inflation, i de fleste af de 21 lande, der har indberettet tilstrækkelige data.

I Europa indeholdt de fleste ecstasytabletter i 2005 fortsat MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA), normalt som det eneste psykoaktive stof, der var til stede. I ti medlemsstater gælder dette for over 80 % af det samlede antal analyserede tabletter. Der er en række undtagelser hertil, idet man i Slovenien hyppigere fandt MDMA/MDEA/MDA i kombination med amfetamin og/eller metamfetamin, mens man i Polen hyppigere fandt amfetamin og/eller metamfetamin som de eneste psykoaktive stoffer i de analyserede tabletter. MDMA-indholdet af ecstasytabletter varierer meget fra parti til parti (også selv om partierne bærer det samme logo), såvel landene imellem som inden for de enkelte lande. I 2005 lå det gennemsnitlige indhold af MDMA pr. ecstasytablet mellem 2 og 130 mg i de indberettende lande, selv om gennemsnittet i de fleste lande lå mellem 30 og 80 mg MDMA.

## Lsd

Efter et kontinuerligt fald i mange år har både antallet af beslaglæggelser og de beslaglagte mængder af lsd været stigende siden 2003 <sup>(61)</sup>. Selv om lsd produceres og smugles i meget mindre omfang end andre syntetiske stoffer, blev der i 2005 i Europa foretaget skønsmæssigt 800 beslaglæggelser, svarende til 850 000 lsd-enheder, hvor Nederlandene tegnede sig for ca. 75 % af den samlede beslaglagte mængde. Brugeren af en lsd-enhed betalte i gennemsnit eller typisk fra 4 EUR til 30 EUR <sup>(62)</sup>.

## Udbredelse og mønstre i den almindelige befolkning og blandt unge

Med hensyn til målinger af nylig brug er ecstasy nu det mest anvendte syntetiske stof i 17 europæiske lande og amfetaminer i ni <sup>(63)</sup>. Langtidsprævalensen for amfetaminer har en tendens til at være højere, hvilket afspejler ecstasys senere fremkomst på det illegale narkotikamarked i Europa. Data fra skoleundersøgelser viser, at skoleelevers brug af ecstasy, amfetamin og andre psykotrope stoffer end cannabis er koncentreret blandt nogle få personer. F.eks. er der i forbindelse med skoleelever, som har prøvet ecstasy, også registreret prævalenssatser for brug af kokain og hallucinogener, som er over 20 gange højere end blandt skoleelever generelt <sup>(64)</sup> og ca. fem gange højere end blandt de skoleelever, der nogensinde har brugt cannabis.

Blandt EU-medlemsstaterne synes brugen af amfetaminer eller ecstasy kun at være forholdsvis høj i nogle få lande, dvs. Den Tjekkiske Republik, Estland og Det Forenede Kongerige og i mindre grad i Letland og Nederlandene.

## Amfetaminer

Det fremgår af nyere undersøgelser blandt den voksne befolkning, at langtidsprævalensen for brug af amfetaminer i Europa varierer fra 0,1 til 3,6 % af alle voksne (15-64 år), undtagen i Danmark (6,9 %) og Det Forenede Kongerige (England og Wales), hvor den når op på 11,5 % (hvilket afspejler en højere tidligere brug, mens den aktuelle brug er mere på linje med andre lande). De lande, der har de næsthøjeste tal, er Norge (3,6 %), Tyskland og Spanien (3,4 %). I gennemsnit har næsten 3,5 % af alle voksne europæere brugt amfetaminer mindst én gang <sup>(65)</sup>. Brug inden for de seneste 12 måneder er meget lavere med 0,7 % i gennemsnit (0-1,3 %). Data fra generelle befolkningsundersøgelser tyder på, at ca. 11 millioner personer har prøvet amfetaminer, og at ca. 2 millioner europæere har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder.

Blandt unge voksne (15-34 år) har 0,2-16,8 % langtids erfaring med amfetaminbrug, selv om intervallet er begrænset til 0,2-5,9 %, hvis tallene fra Det Forenede Kongerige (England og Wales) (16,8 %) og Danmark (12,7 %) behandles særskilt <sup>(66)</sup>. I halvdelen af de lande,

<sup>(59)</sup> Se tabel SZR-13 og SZR-14 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(60)</sup> Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(61)</sup> Se tabel SZR-15 og SZR-16 i Statistical bulletin 2007.

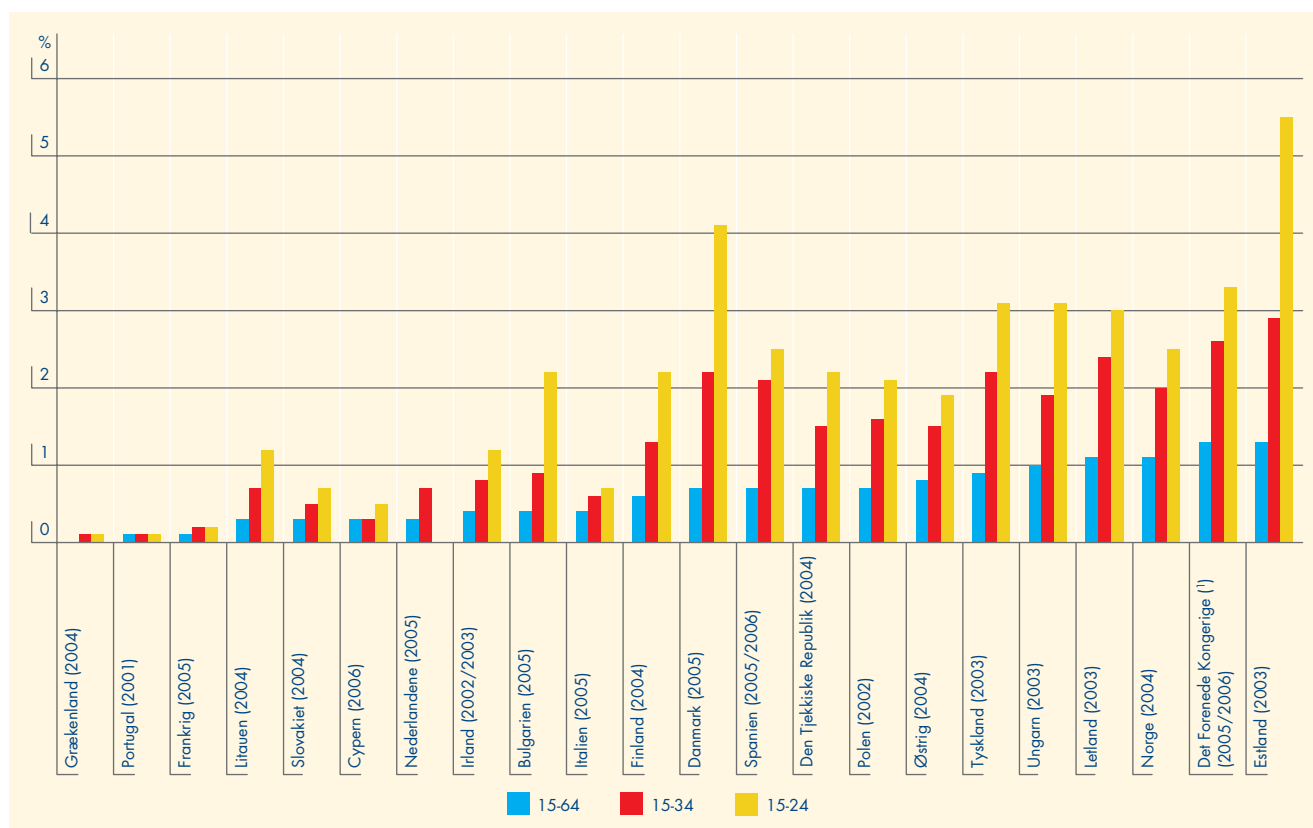
<sup>(62)</sup> Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(63)</sup> I undersøgelsesdata om »amfetaminbrug« sondres der ofte ikke mellem amfetamin og metamfetamin, men denne vil typisk være relateret til brugen af amfetamin (sulfat eller dexamfetamin), da brug af metamfetamin er sjælden.

<sup>(64)</sup> Se figur EYE-1 (del iv) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(65)</sup> Med hensyn til beregningsmetoden se fodnote (30).

<sup>(66)</sup> Se figur GPS-9 i Statistical bulletin 2007.

**Figur 5:** Sidste års prævalens for brug af amfetaminer blandt alle voksne (15-64 år) og unge voksne (15-34 år og 15-24 år)

(!) England og Wales.

NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Landene er placeret i rækkefølge efter den samlede (alle voksne) prævalens. Se tabel GPS-10, GPS-11 og GPS-18 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2006), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

for hvilke der foreligger data, ligger prævalensen på under 4 %, idet de højeste satser efter Det Forenede Kongerige og Danmark er indberettet af Norge (5,9 %), Tyskland (5,4 %) og Letland (5,3 %). I gennemsnit har 5,1 % af unge voksne europæere prøvet amfetaminer<sup>(67)</sup>. Brug inden for de seneste 12 måneder i denne aldersgruppe varierer fra 0,1 til 2,9 %, idet Estland (2,9 %), Det Forenede Kongerige (2,6 %) og Letland (2,4 %) har indberettet de højeste prævalenssatser (figur 5). Det er bemærkelsesværdigt, at tallene fra Det Forenede Kongerige og Danmark er mere på linje med tallene fra andre lande, når man ser på brugen inden for de seneste 12 måneder. Det anslås, at i gennemsnit 1,5 % af unge voksne europæere har brugt amfetaminer inden for de seneste 12 måneder.

Kun Finland kan fremlægge et nyere skøn over problematisk amfetaminbrug (defineret som intravenøs stofbrug eller langvarig/regelmæssig brug), som i 2002 skønnedes at udgøre mellem 10 900 og 18 500 problematiske amfetaminbrugere (3,1-5,3 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), ca. tre gange så mange som antallet af problematiske opioidbrugere.

### Metamfetamin

Brugen af metamfetamin synes begrænset i Europa i modsætning til på internationalt plan, hvor der har været en stigning i brugen af dette stof i de senere år. De europæiske lande er imidlertid bekymrede over, at brugen af dette stof potentielt kan stige i medlemsstaterne, hvilket har givet anledning til en række forsigtighedsforanstaltninger, og f.eks. i Det Forenede Kongerige har man truffet beslutning om at omklassificere metamfetamin blandt de mest skadelige stoffer (klasse A).

Traditionelt har brugen af metamfetamin i Europa været koncentreret i Den Tjekkiske Republik og i en vis grad Slovakiet. Nylige skøn over problematisk metamfetaminbrug er indberettet af to lande (Den Tjekkiske Republik, Slovakiet). I 2005 skønnedes der at være 18 400-24 000 metamfetaminbrugere i Den Tjekkiske Republik (2,5-3,2 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), næsten dobbelt så mange som antallet af problematiske opioidbrugere, og 6 000-14 000 metamfetaminbrugere i Slovakiet

<sup>(67)</sup> Se figur GPS-18 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

(1,5-3,7 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), lidt færre end det anslåede antal opioiddbrugere. Metamfetamin er blevet det hyppigst forekommende primære stof blandt klienter, der søger behandling for første gang i Slovakiet, og der er nu registreret en omfattende metamfetaminbrug blandt nogle undergrupper i Ungarn.

I andre dele af Europa meldes der ikke om et større forbrug af metamfetamin. Der er to vigtige forbehold i denne forbindelse, idet de fleste undersøgelser ikke gør det muligt at sondre mellem brugen af metamfetamin og brugen af amfetaminer, og metamfetamin undertiden er blevet fundet i tabletter solgt som ecstasy og derfor kan være blevet forbrugt uden personens vidende <sup>(68)</sup>.

### Ecstasy

0,3-7,2 % af alle voksne europæere har prøvet ecstasy. Halvdelen af landene har meldt om en langtidsprævalens på 2,5 % eller derunder, idet de højeste prævalenssatser er indberettet af Det Forenede Kongerige (7,2 %), Den Tjekkiske Republik (7,1 %), Spanien (4,4 %) og Nederlandene (4,3 %). Prævalensen for brug af ecstasy inden for de seneste 12 måneder varierer fra 0,2 til 3,5 % af de voksne, idet de højeste satser er indberettet af Den Tjekkiske Republik (3,5 %), Estland (1,7 %) og Det Forenede Kongerige (1,6 %), selv om halvdelen af landene melder om prævalenssatser på 0,5 % eller derunder. Det anslås, at næsten 9,5 millioner europæere (3 % i gennemsnit) har prøvet ecstasy, og at næsten 3 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder.

Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidsprævalensen for ecstasybrug fra 0,5 til 14,6 %, idet de højeste tal er rapporteret af Den Tjekkiske Republik (14,6 %), Det Forenede Kongerige (13,3 %) og Nederlandene (8,1 %) <sup>(69)</sup>. I gennemsnit har over 5 % af unge voksne europæere prøvet ecstasy.

Blandt de 15-24-årige varierer langtidsprævalensen for ecstasybrug fra 0,4 til 18,7 %, idet de højeste tal er rapporteret af Den Tjekkiske Republik (18,7 %), Det Forenede Kongerige (10,4 %) og Ungarn (7,9 %) <sup>(70)</sup>. Brug inden for de seneste 12 måneder i denne aldersgruppe varierer fra 0,3 til 12 %, idet Den Tjekkiske Republik (12,0 %) og Estland (6,1 %) har indberettet de højeste tal (figur 6).

I aldersgruppen 15-24 år findes der en højere langtidsprævalens for ecstasybrug blandt mænd

(0,3-23,2 %) end blandt kvinder (0,3-13,9 %). I nylige skoleundersøgelser forløb stigningerne i langtidsprævalensen for ecstasybrug i vid udstrækning parallelt blandt både mandlige og kvindelige elever, selv om der er en progressiv stigning i kønsskævheden med stigende alder. Blandt unge kan der forekomme store stigninger i udbredelsen med mindre stigninger i alder, f.eks. fremgår det af data fra 16 lande, at i forhold til yngre elever er langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 17-18-årige skoleelever i de fleste tilfælde betydeligt højere <sup>(71)</sup>.

### Lsd

Langtidserfaring med brug af lsd blandt voksne varierer fra 0,2 til 5,5 %, idet to tredjedele af landene har angivet en langtidsprævalens på mellem 0,4 og 1,7 %. Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidsprævalensen for brug af lsd fra 0,3 til 7,6 %, og i aldersgruppen 15-24 år varierer den fra 0 til 4,2 %. Brugen af dette stof inden for de seneste 12 måneder er lav, og i aldersgruppen 15-24 år overstiger den kun 1 % i syv lande (Bulgarien, Den Tjekkiske Republik, Estland, Italien, Letland, Ungarn, Polen).

### Tendenser

Generelt i Europa er der fortsat tegn på stabiliserende eller endog faldende tendenser i brugen af amfetamin og ecstasy. Brugen af amfetamin blandt unge voksne (15-34) er faldet betydeligt i Det Forenede Kongerige (England og Wales) siden 1996 og i mindre omfang i Danmark og Den Tjekkiske Republik, mens prævalensen synes stort set stabil i andre lande, selv om der er meldt om nogle mindre stigninger <sup>(72)</sup>.

Et mere blandet billede findes i forbindelse med brugen af ecstasy blandt unge voksne (15-34) <sup>(73)</sup>. Efter generelle stigninger i brugen i 1990'erne har en række lande, herunder to lande med stor udbredelse, Spanien og Det Forenede Kongerige, i de senere år meldt om en vis stabilisering eller endog moderate fald. I nogle lande er der registreret et fald i udbredelsen i aldersgruppen 15-24 år, men ikke blandt de 15-34-årige <sup>(74)</sup>, hvilket kunne tyde på et fald i stoffets popularitet blandt de yngre aldersklasser. Et spørgsmål, der opstår på grundlag af dataene i nogle lande (Spanien, Danmark, Det Forenede Kongerige), er, om kokain er ved at erstatte amfetaminer og ecstasy som den foretrukne stimulant <sup>(75)</sup>.

<sup>(68)</sup> Se »Amfetamin og metamfetamin: forskelle og ligheder«, s. 48.

<sup>(69)</sup> Se figur GPS-9 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(70)</sup> Se figur GPS-17 i Statistical bulletin 2007.

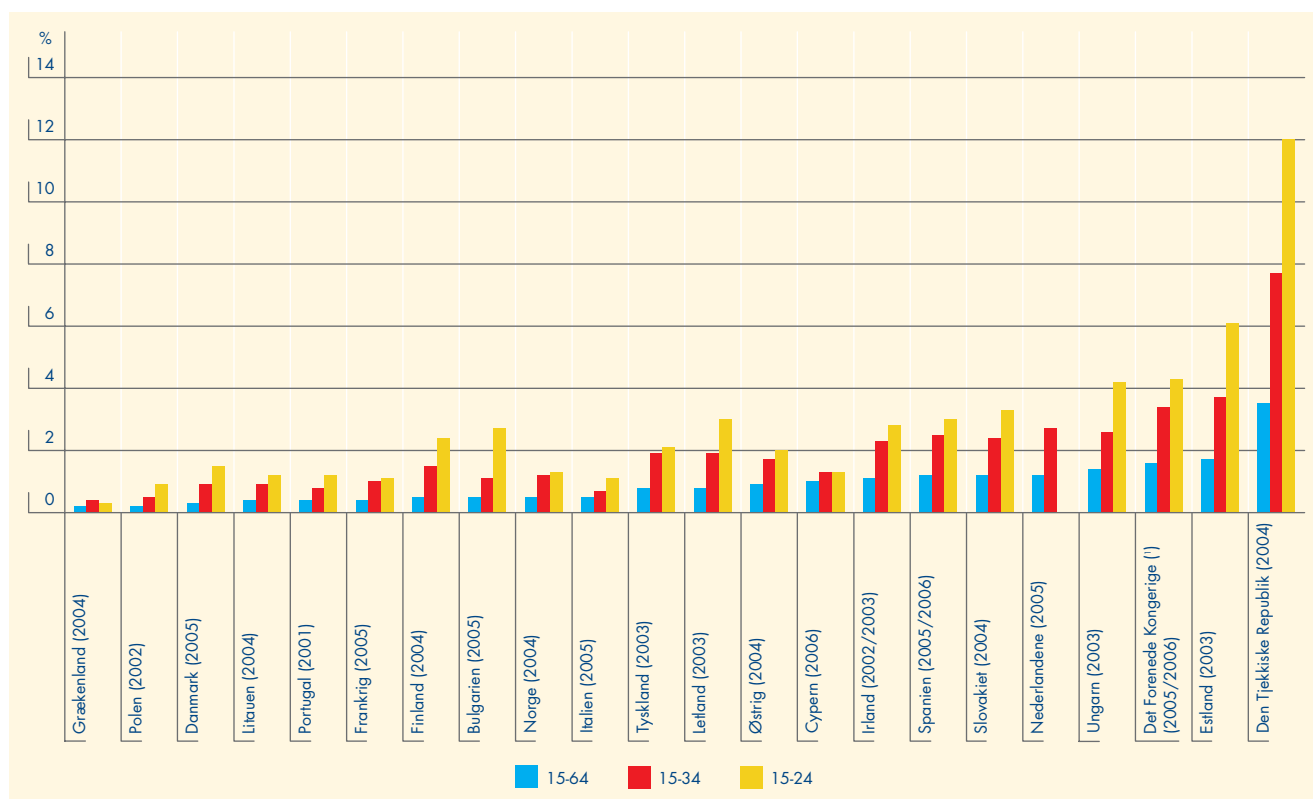
<sup>(71)</sup> Se figur EYE-1 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(72)</sup> Se figur GPS-8 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(73)</sup> Se figur GPS-21 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(74)</sup> Se figur GPS-4 og GPS-15 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(75)</sup> Se figur GPS-20 i Statistical bulletin 2007.

**Figur 6:** Sidste års prævalens for brug af ecstasy blandt alle voksne (15-64 år) og unge voksne (15-34 år og 15-24 år)

(<sup>1</sup>) England og Wales.

NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Landene er placeret i rækkefølge efter den samlede (alle voksne) prævalens. Se tabel GPS-10, GPS-11 og GPS-18 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2006), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

I nye nationale eller regionale skoleundersøgelser, som blev indberettet i 2006 (Italien, Polen, Sverige, Flandern i Belgien), er der ikke registreret nogen ændring eller endog et vist fald i langtidserfaringen med amfetamin- og ecstasybrug (<sup>76</sup>).

### Fritidsmiljøer

Undersøgelser af stofbrug i fritidsmiljøer som f.eks. dansearrangementer kan give et nyttigt billede af adfærden blandt personer med regelmæssig og intensiv brug af stimulanser. Der er typisk en udbredt stofbrug i disse miljøer, men den kan ikke generaliseres til befolkningen i almindelighed. F.eks. viser undersøgelser af personer i udvalgte danse- og musikmiljøer en omfattende ecstasybrug og en lavere, men stadig stor udbredelse af brugen af amfetamin (<sup>77</sup>).

Det fremgår af en årlig læserundersøgelse foretaget af det britiske musikmagasin *Mixmag*, hvis læsere består af personer, der regelmæssigt besøger danseklubber, at andelen af personer defineret som storbrugere af ecstasy (indtager normalt over fire piller pr. gang) blev

mere end fordoblet mellem 1999 og 2003, fra 16 til 36 % (McCambrige et al, 2005). Selv om der kan sættes spørgsmålstegn ved, om denne stikprøve er repræsentativ, støttes den generelle bekymring over, at der har været en stigning i mængden af ecstasytabletter, der forbruges af nogle grupper af brugere. En britisk internetundersøgelse viser også en stigende intensiv brug af ecstasy og blandingsbrug blandt erfarne ecstasybrugere (Scholey et al, 2004). Det skal imidlertid bemærkes, at der fremgår af oplysninger fra Amsterdam, at brugen inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned af ecstasy faldt med 20 % mellem 1998 og 2003, og at den gennemsnitlige mængde ecstasy, der blev brugt hver gang, også faldt i denne periode (nationale Reitox-rapporter 2005). Ifølge en undersøgelse fra 2005 blandt pubgængere i Amsterdam brugte kun 3 % ecstasy i løbet af aftenen i byen.

Selv om de data, der foreligger om kombineret brug af stoffer og alkohol, stadig er begrænsede, giver forbrug af alkohol i danse- og musikmiljøer, ofte i mængder, der anses for skadelige for sundheden og i kombination med stimulanser, i stigende grad anledning til bekymring.

(<sup>76</sup>) Se figur EYE-4 i Statistical bulletin 2007.

(<sup>77</sup>) Se det udvalgte tema i 2006 om stofbrug i fritidsmiljøer.



## Data om behandlingsefterspørgsel

Antallet af anmodninger om behandling for brug af amfetaminer og ecstasy er forholdsvis lille. Generelt er denne form for stofbrug sjældent den primære grund til at søge narkotikabehandling i de fleste af de 21 lande, for hvilke der foreligger data <sup>(78)</sup>. Sådanne behandlingsanmodninger vedrører for det meste primært amfetaminbrug og kun en meget lille andel ecstasy <sup>(79)</sup>.

Der er et begrænset antal lande med en ikke ubetydelig andel af amfetamin- og ecstasybrugere blandt narkotikaklienter, og de kan inddeles i tre grupper. Den Tjekkiske Republik og Slovakiet har angivet, at en væsentlig andel af behandlingsanmodningerne vedrørte primært brug af amfetaminer (henholdsvis 58 og 24 % af alle klienter), i de fleste tilfælde vedrørte de et primært metamfetaminproblem; Sverige, Finland og Letland har meldt om, at ca. en tredjedel af alle narkotikaklienter kommer i behandling for primært brug af amfetaminer; Irland, Nederlandene, Det Forenede Kongerige og Frankrig har angivet, at mellem 1 og 5 % af patienterne kommer i behandling for primært ecstasybrug <sup>(80)</sup>.

I alle lande, undtagen Grækenland og Sverige, er andelen af nye klienter, der kommer i behandling for primært brug af amfetaminer og ecstasy, større end andelen af alle klienter, der modtager behandling for disse stoffer <sup>(81)</sup>. Selv om dette kan have flere forklaringer, er det i overensstemmelse med dataene om tendenserne: I perioden 1999-2005 steg antallet af nye anmodninger om behandling for primært amfetamin- og ecstasybrug med over 3 000, fra 6 500 til 10 000 <sup>(82)</sup>.

Klienter, der kommer i behandling for brug af andre stimulanser end kokain, er i gennemsnit ca. 27 år (26 år, hvis de søger behandling for første gang) og brugte stoffet første gang i en alder af 19 år i gennemsnit <sup>(83)</sup>. Ecstasyklienter er sammen med cannabisbrugere den yngste gruppe, der kommer i narkotikabehandling. I Nederlandene er den højeste andel kvinder i narkotikabehandling registreret blandt ecstasyklienterne. Andelen af kvinder blandt amfetaminklienter er højere end for de andre stoffer, idet den højeste andel af ambulante kvindelige klienter er registreret i den yngste aldersklasse <sup>(84)</sup>.

Amfetaminklienterne bruger normalt stoffet i kombination med andre stoffer, hovedsageligt cannabis og alkohol, og i nogle lande meldes der hyppigt om intravenøs brug <sup>(85)</sup>.

I Den Tjekkiske Republik gør en interessant geografisk variation sig gældende, idet der er registreret flere brugere uden for hovedstaden; dette ligner oplysninger fra USA, hvor ikke-storbyområder har en større tilgang til metamfetamin- og amfetaminbrug (Dasis, 2006).

## Tiltag over for stofbrug i fritidsmiljøer

### Foranstaltninger inden for narkotikaforebyggelse

Generelt er tilgangen til forebyggelse blevet ændret med en øget erkendelse af den centrale rolle, som livsstilsfaktorer spiller med hensyn til at forme holdninger til stofbrug, og betydningen af at sætte spørgsmålstejn ved den opfattelse, at stofbrug er en normal eller acceptabel adfærd. Denne form for tilgang er af særlig relevans for det forebyggende arbejde i miljøer, som kulturelt er forbundet med narkotikaindtagelse. Den høje udbredelse af stofbrug i nogle fritidsmiljøer, f.eks. klubber, barer og dansearrangementer, betyder, at disse steder er blevet identificeret som relevante mål for efterspørgselsbegrænsende initiativer. Behovet for at udvikle forebyggelsesindsatsen i fritidsmiljøer yderligere fremgår også af EU's narkotikahandlingsplan (2005-2008).

Ét tiltag har været at stille informationsmateriale, som kan indeholde forebyggelses- og, undertiden, skadesreduktionsbudskaber, til rådighed i fritidsmiljøer. Materialet udvikles normalt på en brugervenlig måde, som afspejler ungdomskulturen i målgruppen, og uddeles undertiden via mobile opsøgende team. For at få kontakt til de unge møder de opsøgende team dem normalt med en fordomsfri indstilling og kan også, idet de præciserer, at det er sikrest slet ikke at tage stoffer, yde rådgivning om skadesreduktion (Belgien, Den Tjekkiske Republik, Portugal, Østrig).

Foruden tiltag, der har til formål at informere og overtale personer til ikke at bruge stoffer, er stadig flere medlemsstater også ved at udvikle foranstaltninger til bedre at kunne regulere fritidsmiljøerne. I forbindelse med nogle af disse tiltag, bl.a. afholdelse af udtrykkeligt stoffrie arrangementer, har man forsøgt at ændre nogle overbevisninger med hensyn til, at stofbrug er fremmede for deres fritidsaktiviteter. I flere og flere lande (Belgien, Danmark, Irland, Italien, Litauen, Nederlandene, Sverige, Det Forenede Kongerige, Norge) synes der at være interesse hos kommunerne for at etablere tættere kontakt til fritidssektoren

<sup>(78)</sup> Se figur TDI-2 (del ii) og tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(79)</sup> Se tabel TDI-1 13 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(80)</sup> Se tabel TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(81)</sup> Se tabel TDI-4 (del ii) og TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(82)</sup> Se figur TDI-1 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

<sup>(83)</sup> Se tabel TDI-10, TDI-11 og TDI-102 to TDI-109 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(84)</sup> Se tabel TDI-21 og TDI-25 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(85)</sup> Se tabel TDI-4, TDI-5 (del ii), TDI-24, TDI-1 16 og TDI-1 17 i Statistical bulletin 2007.

og udvikle foranstaltninger til at begrænse tilgængeligheden af narkotika og reducere sundhedsrisiciene i danse- og musikmiljøer og andre sammenhænge. F.eks. er der i en række lande nu ved at blive udarbejdet retningslinjer for sikre natklubbesøg, bl.a. de retningslinjer, der er udviklet i Det Forenede Kongerige <sup>(86)</sup>.

Blandt de hyppigst anvendte tiltag over for brugen af ecstasy, amfetaminer og psykotrope stoffer er målrettede offentlige informationskampagner og i stadig højere grad websteder. Forebyggelsesstrategier har udnyttet internettet til at etablere lavtærskelkontakt til unge, som tager ecstasy, amfetaminer eller andre psykotrope stoffer, eller som kunne overveje at tage sådanne stoffer. I mange medlemsstater foregår informations- og forebyggelsesindsatsen via websteder

for at fremme kritisk refleksion blandt unge om deres egen forbrugsadfærd. Disse websteder tilbyder rådgivning, f.eks. om »klog adfærd« i nattelivet, sikker sex, trafikrisici, sund kost, partyturisme og juridiske emner (Belgien) <sup>(87)</sup>.

### Narkotikabehandling

Behandlingstjenester til brugere af ecstasy, amfetaminer og andre psykotrope stoffer tilbydes generelt via narkotikabehandlingsudbydere, som tager sig af problematiske stofbrugere, eller mere specialiserede tjenester i forbindelse med brugere af kokain og andre stimulanser. Flere oplysninger om narkotikabehandlingstjenester i EU findes i kapitel 2 og kapitel 5.

<sup>(86)</sup> Se det udvalgte tema i 2006 om fritidsmiljøer.

<sup>(87)</sup> Links til nogle af disse findes på adressen: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5575>



## Kapitel 5

### Kokain og crackkokain

Da forbruget af kokain er steget, er brugen af dette stof blevet et vigtigt spørgsmål i forbindelse med den europæiske narkotikapolitik. I erkendelse af den stigende betydning af dette spørgsmål, behandles mønstrene i brugen af kokain udførligt i det udvalgte tema i 2007 om kokain.

#### Forsyning og tilgængelighed <sup>(88)</sup>

##### Produktion og ulovlig handel

Kokain er, efter cannabis, det næstmest smuglede illegale stof i verden. Beslaglæggelserne af kokain på verdensplan er fortsat med at stige i 2005 til nu i alt 756 tons, og de største mængder af stoffet blev beslaglagt i Sydamerika, efterfulgt af Nordamerika.

Colombia er fortsat langt den største kilde til illegal kokain i hele verden, efterfulgt af Peru og Bolivia (UNODC, 2007). Det meste af den kokain, der beslaglægges i Europa, kommer fra Sydamerika, enten direkte eller via Mellemamerika, Caribien eller Vestafrika.

Den vigtigste indgang i Europa er fortsat Den Iberiske Halvø, hvor Portugal synes at blive stadig vigtigere. Kokain importeres også direkte til andre lande, hvor Nederlandene fortsat er en vigtig indgang. Både Spanien og Nederlandene betragtes som hoveddistributionscentre for stoffet. Import fra lande uden for Europa er også registreret af en række andre lande, bl.a. Belgien, Tyskland, Frankrig og Det Forenede Kongerige; og distributionen kan være ved at brede sig, idet der er meldt om øget aktivitet via Øst- og Centraleuropa, og både EU og nabolandene anføres undertiden nu som sekundære transitsteder.

##### Beslaglæggelser

I 2005 blev der i Europa foretaget skønsmæssigt 70 000 beslaglæggelser af kokain, svarende til 107 tons. De fleste beslaglæggelser af kokain indberettes fortsat

i vesteuropæiske lande, navnlig Spanien, som tegner sig for ca. halvdelen af kokainbeslaglæggelserne og de beslaglagte mængder i Europa <sup>(89)</sup>. I perioden 2000-2005 steg både antallet af kokainbeslaglæggelser og de beslaglagte mængder generelt på europæisk plan <sup>(90)</sup>. Dette skyldtes især markante stigninger i Spanien og Portugal, idet Portugal i 2005 overhalede Nederlandene som det land, der tegnede sig for de næststørste beslaglæggelser af kokain efter Spanien.

##### Pris og renhed

Den gennemsnitlige eller typiske detailpris for kokain varierede meget i Europa i 2005, fra 45 EUR pr. gram til 120 EUR pr. gram, idet de fleste lande har indberettet priser på 50-80 EUR pr. gram <sup>(91)</sup>. Gennemsnitspriserne for kokain, korrigeret for inflation, viste en generel nedadgående tendens i perioden 2000-2005 i de fleste af de 19 lande, der har indberettet tilstrækkelige data.

Den gennemsnitlige eller typiske renhed for kokain på brugerniveau varierede i 2005 fra 20 til 78 %, idet de fleste lande meldte om renhedsgrader på 30-60 % <sup>(92)</sup>. Data for perioden 2000-2005 viser et generelt fald i gennemsnitsrenheden for kokain i de fleste af de 21 indberettende lande.

#### Udbredelse af og mønstre i kokainbrug

Kokain er nu, efter cannabis, det næsthøjest anvendte illegale stof i mange EU-medlemsstater og i EU som helhed. Ifølge nyere nationale befolkningsundersøgelser i EU og Norge skønnes det, at kokain er blevet brugt mindst én gang (langtidsprævalens) af over 12 millioner europæere, svarende til næsten 4 % af alle voksne <sup>(93)</sup>. Nationale tal for langtidsprævalens ligger fra 0,2 til 7,3 %, idet tre lande har indberettet værdier på over 5 % (Spanien, Italien, Det Forenede Kongerige) <sup>(94)</sup>.

<sup>(88)</sup> Se »Fortolkning af beslaglæggelser og anden markedsinformation«, s. 37.

<sup>(89)</sup> Bør kontrolleres, når de manglende data for 2005 foreligger. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2005 erstattet med data for 2004.

<sup>(90)</sup> Se tabel SZR-9 og SZR-10 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(91)</sup> Se tabel PPP-3 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(92)</sup> Se tabel PPP-7 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(93)</sup> Med hensyn til beregningsmetoden se fodnote 30.

<sup>(94)</sup> Se tabel GPS-8 i Statistical bulletin 2007.

Brug af kokain inden for de seneste 12 måneder er angivet af mindst 4,5 millioner europæere (1,3 % i gennemsnit) og ligger fra 0,1 % i Grækenland til 3,0 % i Spanien, idet Italien og Det Forenede Kongerige også har indberettet en prævalens på over 2 % <sup>(95)</sup>. Det fremgår af skøn, at 2 millioner europæere (0,6 % i gennemsnit) har brugt kokain inden for den seneste måned <sup>(96)</sup>.

Brugen af kokain er, som det er tilfældet med andre illegale stoffer, koncentreret blandt unge voksne (15-34 år). Ca. 7,5 millioner unge voksne europæere (5,3 % i gennemsnit) har brugt stoffet mindst én gang i deres liv, idet fem lande har indberettet en prævalens på 5 % eller derover (Tyskland, Italien, Danmark, Spanien, Det Forenede Kongerige) <sup>(97)</sup>. Det fremgår af skøn over kokainbrug i kortere referenceperioder <sup>(98)</sup>, at inden for de seneste 12 måneder har 1,5 millioner (1 %) af de 3,5 millioner (2,4 %) unge voksne, som har brugt stoffet, brugt det inden for den seneste måned.

Blandt skoleelever er prævalensen for kokainbrug generelt meget lavere end for cannabisbrug. I de fleste lande er langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever 2 % eller derunder, kun stigende til 6 % i Spanien og Det Forenede Kongerige <sup>(99)</sup>. Data om 17-18-årige skoleelever fra 16 lande viser betydeligt højere skøn over langtidsprævalensen for kokainbrug blandt den ældre aldersgruppe i Spanien, selv om de foreløbige data for dette land tyder på et fald fornylig <sup>(100)</sup>. I de fleste af de andre 15 lande er prævalensen højere blandt de ældre elever, men forskellene er mindre markante. Det skal imidlertid bemærkes, at prævalensen for brug af kokain inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned er meget lavere.

Brug af kokain er ikke begrænset til visse sociale grupper, men socialt integrerede unge voksnes brug af stoffet i fritidsmiljøer kan nå op på højere niveauer end dem, der registreres i generelle befolkningsundersøgelser. Undersøgelser med fokus på danse- og musikmiljøer i en række europæiske lande viste en langtidsprævalens for kokainbrug på 10-75 % <sup>(101)</sup>.

Mønstrene i brugen af kokain varierer meget mellem de forskellige grupper af brugere. Blandt socialt integrerede brugere sniffes stoffet normalt; mange bruger også andre

stoffer, bl.a. alkohol, tobak, cannabis og andre stimulanser end kokain <sup>(102)</sup>, og denne form for blandingsbrug kan medføre øgede sundhedsrisici.

Generelt er brugen af crack fortsat forholdsvis sjælden i Europa og er koncentreret blandt marginaliserede og udstødte undergrupper i nogle byer. Kokainrygere tegner sig imidlertid for en væsentlig andel af behandlingsanmodningerne, selv om de fortsat udgør et mindretal. Intravenøs brug af kokain synes ikke at være almindelig blandt personer, der ikke er intravenøse brugere af andre stoffer, selv ikke blandt klienter i behandling (se nedenfor). Der er imidlertid i stigende grad meldt om intravenøse heroinbrugere, som også indtager kokain eller blandinger af kokain og heroin ved injektion.

Der foreligger kun skøn over udbredelsen af problematisk kokainbrug <sup>(103)</sup> for tre lande (Spanien, Italien, Det Forenede Kongerige). Skønnene i disse lande ligger på 3-6 problematiske kokainbrugere pr. 1 000 voksne (i alderen 15-64 år) <sup>(104)</sup>.

### Tendenser i kokainbrugen

De tegn på en stabilisering af kokainbrugen blandt unge voksne, der blev omtalt i årsberetningen for 2006, støttes ikke af de nye data. Der er registreret stigninger i prævalensen af brug af kokain inden for de seneste 12 måneder blandt de 15-34-årige i alle lande, der har indberettet nye undersøgelsesdata, selv om der kan være tale om en vis stabilisering i Spanien og Det Forenede Kongerige (England og Wales), de medlemsstater, der har de højeste prævalenssatser. Der er også indberettet væsentlige stigninger af Italien og Danmark (figur 7).

På grundlag af en analyse af data for lande med længere tidsserier og betydelige prævalenssatser er det muligt at påvise tendenser inden for undergrupper i befolkningen. I både Spanien og Det Forenede Kongerige var stigningen i udbredelsen generelt større blandt mænd end blandt kvinder. Den registrerede stigning i sidste års prævalens for brug af kokain i Spanien siden 2001 kan snarere tilskrives en øget brug i aldersgruppen 15-24 år end blandt de 15-34-årige som helhed.

<sup>(95)</sup> Se tabel GPS-10 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(96)</sup> Se tabel GPS-12 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(97)</sup> Se tabel GPS-9 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(98)</sup> Se tabel GPS-11 og GPS-13 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(99)</sup> Se tabel EYE-3 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(100)</sup> Se tabel EYE-2 i Statistical bulletin 2007.

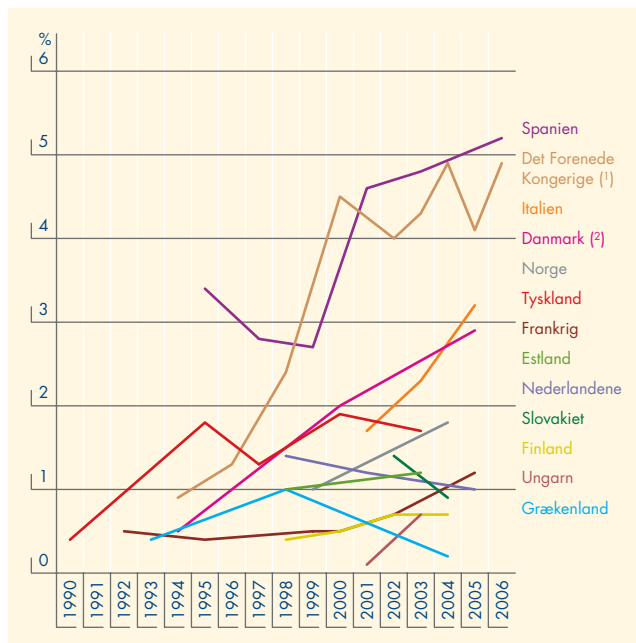
<sup>(101)</sup> Se det udvalgte tema i 2006 om stofbrug i fritidsmiljøer.

<sup>(102)</sup> Se figur 15 i årsberetningen for 2006.

<sup>(103)</sup> Defineret som langvarig og/eller regelmæssig og/eller intravenøs brug af kokain.

<sup>(104)</sup> Se tabel PDU-2 i Statistical bulletin 2007 og det udvalgte tema i 2007 om kokain.

**Figur 7:** Tendenser i sidste års prævalens for brug af kokain blandt unge voksne (15-34 år)



(1) England og Wales.

(2) I Danmark vedrører værdien for 1994 »hårde stoffer«.

NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabel GPS-4 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2006), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

Det er fremgået, at andre stimulanser i nogle europæiske lande kan være blevet »erstattet« med kokain (105). Data fra undersøgelser gennemført i forbindelse med unge i danse- og musikklubmiljøer bør behandles med forsigtighed på grund af stikprøvens meget begrænsede beskaffenhed. Alligevel kan de give et billede af adfærden blandt regelmæssige stofbrugere, og undersøgelser gennemført i Nederlandene har vist, at kokain i nogle kommuner har overhalet ecstasy blandt klubgængere som den hyppigst anvendte stimulant, idet stoffet er ved at opnå øget accept blandt nogle grupper.

## Kokain: data om behandlingsefterspørgsel

Efter opioider og cannabis er kokain det stof, der nævnes hyppigst som årsag til at søge behandling i Europa. I 2005 blev der indberettet ca. 48 000 anmodninger om behandling for kokain som det primære stof, svarende til ca. 13 % af alle indberettede behandlingsanmodninger

i EU (106); kokain angives også som sekundært stof af ca. 15 % af alle ambulante klienter (107). Det samlede tal skjuler store udsving fra land til land, idet de fleste lande har meldt om lave procentdele af kokainbrugere blandt klienter i narkotikabehandling, mens der er meldt om høje andele af kokainbrugere blandt narkotikaklienter af Nederlandene (35 %) og Spanien (42 % i 2004). Blandt klienter, der først lige er kommet i behandling, er andelen af kokainklienter højere, idet ca. 22 % af alle nye behandlingsanmodninger (33 000 personer, tal fra 22 lande) angives som kokainrelaterede.

Den stigende tendens, der i tidligere år har gjort sig gældende, og hvor klienter søger behandling for kokainbrug, fortsætter. I perioden 1999-2005 steg andelen af nye klienter, der søgte behandling for kokainbrug, fra 11 til 24 % af alle nye narkotikaklienter, og antallet af indberettede tilfælde steg fra 13 000 til 33 000 (108). En mere detaljeret analyse af tendenserne med hensyn til efterspørgsel efter behandling for brug af stoffet findes i det udvalgte tema i 2007 om kokain.

Europæiske data om stofbrugere, der kommer i behandling for primært kokainbrug, vedrører hovedsageligt kokainpulver (85 %), mens kun 16 % vedrører crackkokain; og næsten al indberettet behandling for kokainafhængighed finder sted i ambulatorier (94 %) (109). Det bemærkes imidlertid, at dataene om efterspørgslen efter kokainbehandling på døgnbehandlingscentre og hos praktiserende læger er ufuldstændige.

Kokainklienter, der kommer i ambulante behandling, angives at være de ældste narkotikaklienter efter opioidbrugere, med en gennemsnitsalder på 31 år (110). Der er primært tale om mænd, med en af de største forskelle i forholdet mellem mandlige og kvindelige klienter blandt alle typer af narkotikaklienter (næsten fem mænd for hver kvinde med hensyn til alle klienter og seks mænd for hver kvinde med hensyn til nye klienter) (111). De fleste kokainbrugere i ambulante behandling begyndte at bruge stoffet i en alder af mellem 15 og 24 år (112).

## Kokainbehandling

Udbuddet af specialiserede tiltag i forbindelse med problematiske kokain- og crackbrugere i Europa er fortsat begrænset, og som anført ovenfor tegner Spanien og Nederlandene sig på nuværende tidspunkt for de fleste

(105) Se kapitel 4 i denne beretning.

(106) Se figur TDI-2 i Statistical bulletin 2007.

(107) Se tabel TDI-22 (del i) i Statistical bulletin 2006.

(108) Se figur TDI-1 i Statistical bulletin 2007.

(109) Se tabel TDI-24 og TDI-115 i Statistical bulletin 2007.

(110) Se tabel TDI-10 i Statistical bulletin 2007.

(111) Se tabel TDI-21 i Statistical bulletin 2007.

(112) Se tabel TDI-11 (del i)-(del iv) i Statistical bulletin 2007.

indberetninger om kokainbehandling. Blandt de lande, der har betydelige grupper af kokainbrugere, synes der imidlertid at være en stigende interesse for at udbyde specialiserede tjenester. Det er ikke overraskende, at man i lande med en lav udbredelse ikke angiver specifikke kokainbehandlingstjenester som en politisk prioritering. I modsætning til opioidbehandling, hvor målgruppen er forholdsvis homogen, står man i forbindelse med kokainbehandlingen i Europa over for den udfordring at skulle tilbyde interventioner til et bredere spektrum af brugere. Blandt primære kokainbrugere er den primære indtagelsesmåde, der er angivet af ambulante klienter, snifning, efterfulgt af rygning eller inhalation, idet forholdsvis få (under 10 %) af klienterne har angivet injektion som indtagelsesmåde. Blandt de klienter, der først lige er kommet i behandling, er den intravenøse brug endnu lavere (5 %) <sup>(113)</sup>. Ca. 16 % af kokainklienterne har angivet at have brugt stoffet i kombination med opioider, og i nogle lande anvender mange klienter, der behandles for opioidproblemer, også kokain, i det mindste lejlighedsvis.

Behandlingstjenesterne vil derfor formentlig skulle tilbyde behandling til tre grupper, som i korte træk kan karakteriseres på følgende måde: For det første socialt mere integrerede kokainbrugere, som også kan have et regelmæssigt »fritids«-blandingsbrug bag sig, herunder alkohol, for det andet kokainbrugere, som også kan have opioidproblemer, og for det tredje yderst marginaliserede og problematiske crackkokainbrugere.

Behovene blandt disse tre grupper må formodes at være forskellige og kræve forskellige strategier fra tjenesteudbydernes side. Kokainbehandlingen i Europa er hovedsageligt i form af ambulant behandling, som i mange tilfælde vil være lagt an på behovene blandt opioidbrugere. Det er tvivlsomt, hvor attraktive sådanne tilbud er for forholdsvis velintegrerede kokainbrugere, som har udviklet problemer som følge af deres brug af stoffet i fritiden. Og det er sandsynligt, at en del af denne gruppe vil søge hjælp enten via generelle udbydere af sundhedsydelse, f.eks. praktiserende læger eller rådgivere, eller, hvis det er muligt, via private specialiserede klinikker.

I modsætning til opioidbehandling er de farmakologiske muligheder for kokainbehandling begrænsede, selv om det kan være en hjælp at ordinere medicin til lindring af tilknyttede symptomer. På nuværende tidspunkt findes der intet farmakologisk stof, der kan hjælpe brugerne med at opnå eller administrere kokainafholdenhed — selv om der kan være en række fremtidige muligheder i denne retning. I Europa lægges vægten på psykosociale interventioner, som for det meste er baseret på kognitive adfærdsmæssige tilgange. En meget detaljeret gennemgang af mulighederne for kokainbehandling

findes i det udvalgte tema i 2007 om kokain og i en teknisk gennemgang fra EONN (EONN, 2007b).

Den lave og geografisk meget begrænsede udbredelse af crackkokainproblemer i Europa betyder, at erfaringerne med at hjælpe denne gruppe af stofbrugere er langt mere begrænsede. Der findes en del litteratur, der er baseret på de amerikanske erfaringer med crackkokainproblemer, men det er forsat uklart, i hvilken udstrækning disse kan overføres direkte til den europæiske kontekst. Det Forenede Kongerige, som sammenlignet med andre europæiske lande har indberettet en forholdsvis høj problematisk crackbrug, har udarbejdet retningslinjer for fagfolk, hvorefter crackbehandling bør tilbydes som led i et struktureret narkotikabehandlingsprogram, der omfatter foranstaltninger til afholdenhed og skadesminimering (NTA, 2002). Af en nylig evaluering af udbuddet af tjenester i Det Forenede Kongerige fremgik også en række positive resultater blandt crackkokainklienter i stationær behandling (Weaver, 2007).

## Risiko- og skadesreduktion

Fritidskokainbrugere befinder sig i en risikozone, ikke kun for at udvikle en afhængighedsskabende narkotikavane, men også gennem interaktionen af kokainbrug med andre stoffer eller som følge af samtidige hjerte-kar-problemer. De fleste europæiske lande har meldt om, at kokainbrugere kan få adgang til information om kokain og risiciene ved kokainbrug gennem forskellige informationskilder som f.eks. websteder, hjælpelinjer og via andre medier. Det er interessant at bemærke, at European Foundation of Drug Helplines (europæisk stiftelse for telefonhjælpetjenester på narkotikaområdet) har meldt om en stigning i antallet af opkald vedrørende kokain i 2005 og 2006 <sup>(114)</sup>.

Kokainbrug kan også være forbundet med seksuel højrisikoadfærd eller involvering i sexindustrien. Undersøgelser har vist, at kvinder, der bruger crackkokain, især kan være udsat og udøve seksuel højrisikoadfærd for penge eller stoffer, og i nogle lande arbejder skadesreduktionsprogrammer og opsøgende programmer specifikt med sexarbejdere og er målrettet mod både seksuel og narkotikarelateret risikoadfærd.

Selv om der er tale om en lille gruppe, har crackkokainbrugere særlig stor risiko for at få problemer og kan være vanskelige at få til at deltage i behandling og andre tiltag. I nogle byer, hvor der er betydelige crackkokainproblemer, har man i forbindelse med skadesreduktionsprogrammer forsøgt at gøre en indsats gennem opsøgende arbejde, kriseintervention, behandling for akutte medicinske problemer samt henvisning til strukturerede tilbud. F.eks. i Wien stiller ambulatorier rum

<sup>(113)</sup> Se tabel TDI-17 (del ii) og (del vi) og tabel TDI-110 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(114)</sup> <http://www.fesat.org/>



til rådighed for at give kokain- og crackbrugere, som ofte lider af angst, et sikkert sted, og der tilbydes grundlæggende sundhedstjenester og henvisning til andre tilbud. I de lande, der stiller brugerrum til rådighed for intravenøse stofbrugere, er et sådant tilbud undertiden blevet udvidet til også at omfatte crackkokainbrugere; f.eks. i Tyskland stilles der specialiserede tilbud til rådighed for crackrygere i både Frankfurt og Hamburg.

Skadesreduktionstiltag i forbindelse med intravenøse kokainbrugere adskiller sig generelt ikke fra tiltagene i forbindelse med andre intravenøse brugere (se kapitel 8), selv om nogle undersøgelser har vist, at stimulansbrugere i højere grad er intravenøse brugere og derfor potentielt har større risici. Endvidere er der specifikke risici forbundet med injektion af crackkokain, hvis det ikke er forberedt korrekt.

### **Kokain og crackkokain: et folkesundhedsspørgsmål af stadig større betydning, i EONN 2007 udvalgte temaer**

I de senere år har der været tegn på, at kokainbrug er et voksende problem i Europa. Dette udvalgte tema viser, at der i nogle europæiske lande har været en markant stigning i brugen af kokain, i efterspørgslen efter behandling for kokain og i antallet af beslaglæggelser af stoffet. Kokainbrugens potentiale til at have en stor indvirkning på folkesundheden undersøges. Der lægges særlig vægt på de sundhedsmæssige

følger af kokain, som der ofte ikke tages tilstrækkeligt højde for i de eksisterende indberetningssystemer. I det udvalgte tema behandles indgående udfordringer, som består i at sikre en effektiv behandling for kokain- og crackkokainafhængighed, hvilket har vist sig at være særlig vanskelig, ikke mindst på grund af de meget forskellige typer af kokainbrugere og deres forskellige behov.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk og på internettet (<http://issues07.emcdda.europa.eu>).



## Kapitel 6

# Opioidbrug og intravenøs stofbrug

### Forsyning og tilgængelighed af heroin <sup>(115)</sup>

I Europa er der traditionelt blevet anvendt for former for importeret heroin: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform) hovedsageligt fra Afghanistan og den mindre almindelige og dyrere hvide heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien — selv om denne form for stof nu bliver stadig sjældnere. En mindre mængde opioider produceres også i Europa, men produktionen begrænsede sig i 2005 især til en mindre produktion af hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østeuropæiske lande (Letland, Litauen, Polen).

#### Produktion og ulovlig handel

Den heroin, der forbruges i Europa, er primært produceret i Afghanistan, som på verdensplan fortsat er den største leverandør af illegal opium, efterfulgt af Myanmar. Det anslås, at der blev produceret ca. 6 610 tons opium i 2006, heraf 92 % i Afghanistan. Dette udgør en stigning på 43 % sammenlignet med skønnet for 2005 som følge af en betydelig udvidelse af dyrkningsarealet. Den globale potentielle produktion af heroin blev anslået til 606 tons i 2006, en stigning fra 472 tons i 2005 (UNODC, 2007). På grundlag af beslaglæggelser af opioider og lukkede laboratorier ser det ud til, at opium, der er produceret i Afghanistan, i stigende grad omdannes til morfin eller heroin, inden det eksporteres (CND, 2007).

Heroinen føres ind i Europa ad to større smuglerruter. Den traditionelt vigtige, og korteste, Balkan-rute spiller fortsat en afgørende rolle inden for heroinsmugling. Ruten, der løber igennem Pakistan, Iran og Tyrkiet, deler sig i en sydlig gren gennem Grækenland, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Albanien, Italien, Serbien, Montenegro og Bosnien-Hercegovina og en nordlig gren gennem Bulgarien, Rumænien, Ungarn, Østrig, Tyskland og Nederlandene, som fungerer som et sekundært distributionscenter til

andre vesteuropæiske lande. Siden midten af 1990'erne er heroin stadig oftere (men i mindre omfang end via Balkan-ruten) blevet smuglet til Europa via »silkeruten« gennem centralasiatiske republikker, Det Kaspiske Hav og Den Russiske Føderation, Belarus eller Ukraine, til Estland, Letland, nogle af de nordiske lande, Tyskland og Bulgarien. Selv om disse ruter er de vigtigste, er lande på Den Arabiske Halvø (Oman, De Forenede Arabiske Emirater) blevet transitsteder for heroinsendinger fra Sydvest- og Sydøstasien (INCB, 2006), hvoraf nogle derpå smugles via Østafrika (Etiopien, Kenya, Mauritius) og undertiden også via Vestafrika (Nigeria), inden de når de illegale markeder i Europa og i mindre omfang Nordamerika (INCB, 2007a). Der er også meldt om, at heroin fra Sydøstasien er smuglet til Europa via lande i Syd- og Østasien (Indien, Bangladesh, Sri Lanka, Kina).

#### Beslaglæggelser

I 2005 blev der på verdensplan beslaglagt 342 tons opium, 32 tons morfin og 58 tons heroin. Asien (Kina, Afghanistan, Iran, Pakistan) tegnede sig fortsat for størstedelen af heroinbeslaglæggelserne i verden (54 %), efterfulgt af Europa (38 %) (UNODC, 2007).

Skønsmæssigt 52 000 beslaglæggelser resulterede i konfiskation af ca. 16,8 tons heroin i EU-medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge i 2005. Det Forenede Kongerige (på grundlag af data for 2004) tegnede sig fortsat for det største antal beslaglæggelser i Europa, efterfulgt af Spanien, Tyskland og Grækenland, mens Tyrkiet beslaglagde de største mængder (efterfulgt af Det Forenede Kongerige, Italien og Nederlandene), svarende til næsten halvdelen af den samlede mængde, der blev beslaglagt i 2005 <sup>(116)</sup>. Antallet af heroinbeslaglæggelser viste et generelt fald mellem 2000 og 2003 og har, på grundlag af de foreliggende data, været stigende siden da. I perioden 2000-2005 har de samlede mængder heroin, der blev beslaglagt i EU-medlemsstater, svinget med en let nedadgående tendens, mens der er meldt om en stor stigning i Tyrkiet i samme periode <sup>(117)</sup>.

<sup>(115)</sup> Se »Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation«, s. 37.

<sup>(116)</sup> Bør kontrolleres, når de manglende data for 2005 foreligger. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2005 erstattet med data for 2004.

<sup>(117)</sup> Se tabel SZR-7 og SZR-8 i Statistical bulletin 2007.

## Pris og renhed

Manglen på konsistente data gør det vanskeligt at påvise tendenser med hensyn til både pris og renhed, og skønnene er derfor kun baseret på et begrænset antal lande <sup>(118)</sup>. De fleste lande har indberettet en gennemsnitlig eller typisk gadepris for brun heroin på 35-80 EUR pr. gram. Mellem 2000 og 2005 synes de gennemsnitlige eller typiske heroinpriser, korregeret for inflation, at være faldet i de fleste af de 18 lande, for hvilke der foreligger sammenlignelige data. Den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin på gadeplan varierede betydeligt, idet de fleste lande har indberettet værdier mellem 15 og 50 %; tallene for hvid heroin lå generelt højere (30-70 %) i de tilfælde, hvor der forelå oplysninger. Den gennemsnitlige renhedsgrad for heroinprodukter har været svingende i de fleste af de 18 indberettende lande siden 2000.

## Skøn over udbredelsen af problematisk opioidbrug

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra EONN's indikator for problematisk stofbrug, som hovedsageligt omfatter skøn over intravenøs stofbrug og brug af opioider, selv om brugere af amfetaminer også udgør et vigtigt element i nogle få lande <sup>(119)</sup>. Det er vanskeligt at anslå antallet af problematiske opioidbrugere, og der kræves sofistikerede analyser for at nå frem til prævalensskøn på grundlag af de foreliggende datakilder. Da de fleste undersøgelser er baseret på et bestemt geografisk område, f.eks. en by eller et distrikt, er det endvidere vanskeligt at foretage en ekstrapolering med henblik på at generere nationale skøn.

Det er også vanskeligt at foretage skøn, da der synes at være ved at ske en diversificering af mønstrene i problematisk stofbrug i Europa. F.eks. er problemer med blandingsbrug efterhånden blevet mere fremherskende i de fleste lande, og en del lande, hvor opioidproblemer (næsten udelukkende heroinproblemer) traditionelt har domineret, melder nu om et skift til andre stoffer som f.eks. kokain.

Nylige skøn over udbredelsen af problematisk opioidbrug på nationalt plan ligger på ca. 1-6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. I sammenligning hermed skønnes den samlede udbredelse af problematisk stofbrug at ligge på 1-8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere. Nogle af de laveste, velunderbyggede skøn, der foreligger, er fra de nye EU-lande, selv om dette ikke er tilfældet med hensyn til Malta, hvor der er meldt om en forholdsvis høj

udbredelse (5,8-6,7 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år) (figur 8).

På grundlag af de begrænsede data, der foreligger, kan der udledes en gennemsnitlig udbredelse af problematisk opioidbrug på 4-5 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Dette svarer til ca. 1,5 millioner (1,3-1,7 millioner) problematiske opioidbrugere i EU og Norge. Disse skøn er dog langtfra solide, og der er behov for mere omfattende data.

## Tidstendenser for problematisk opioidbrug

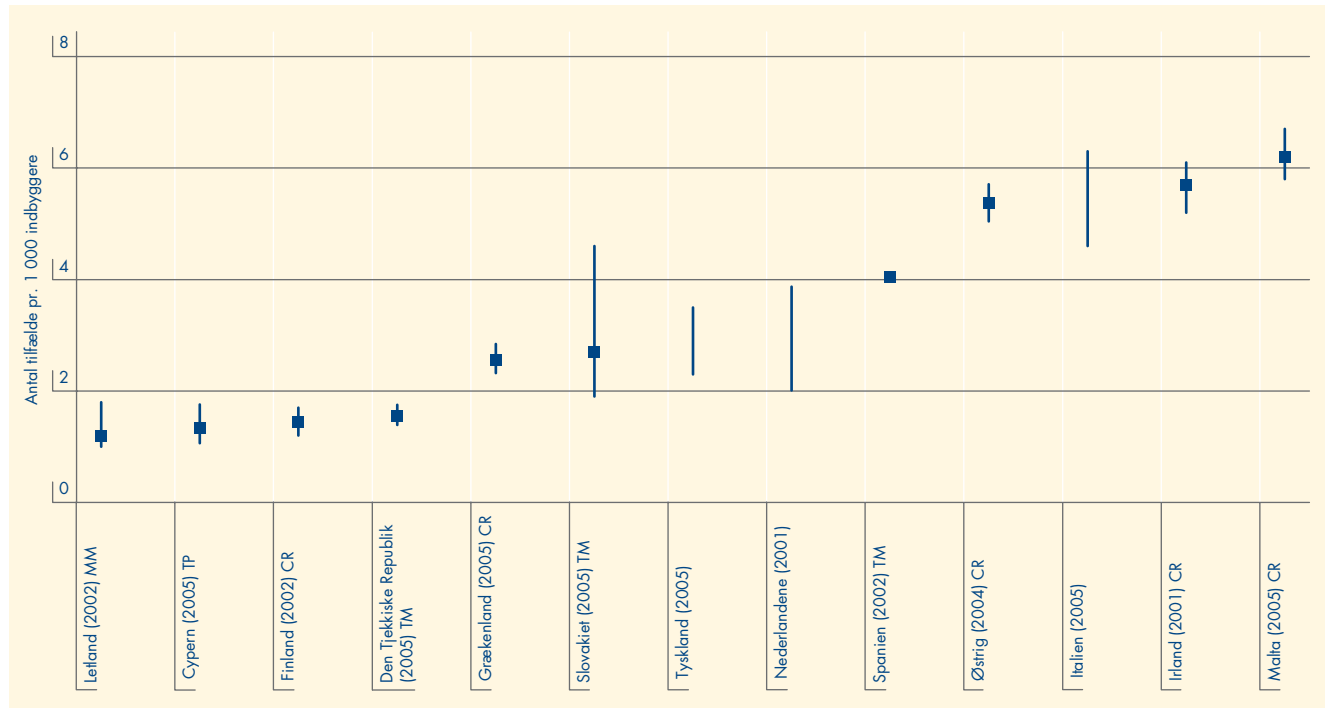
Manglen på pålidelige historiske data vanskeliggør vurderingen af tendenserne over tid for problematisk opioidbrug, og tendenserne bør derfor fortolkes med forsigtighed. Indberetninger fra en række lande tyder på, at den problematiske opioidbrug i gennemsnit kan have stabiliseret sig noget i de senere år. Data fra gentagne skøn over problematisk opioidbrug i perioden 2001-2005 foreligger kun for otte lande og giver et forholdsvis stabilt billede, idet kun ét land (Østrig) viser en klar stigning <sup>(120)</sup>.

Selv om det overordnet set ser ud til, at den generelle tendens i udbredelsen af problematisk opioidbrug er forholdsvis stabil, er der tegn på stigninger i antallet af heroinbeslægteligheder (se ovenfor), hvilket muligvis står i forbindelse med en øget tilgængelighed af heroin på det europæiske marked og flere indberetninger om brug af opioider, der er omdirigeret fra lovlige anvendelser. I Italien tyder skøn over udbredelsen af heroinbrug på grundlag af data om behandlingsefterspørgsel på en stigning siden 1998, efter en periode med fald, men en årlig forekomst i 2005 på ca. 30 000 nye heroinbrugere. Ligeledes i Østrig er andelen af klienter under 25 år steget blandt nye klienter i substitutionsbehandling, hvilket kunne tyde på en stigning i antallet af unge, der har problemer, i forbindelse med ulovlig anvendelse og ukontrolleret brug af lægeordnede opioider. Efter en periode med fald har Den Tjekkiske Republik ligeledes meldt om en stigning i intravenøs brug af et ulovligt anvendt stof (i dette tilfælde buprenorphin), og det fremgår af oplysninger fra Belgien, at der har været en stigning i den illegale brug af metadon. En nylig overvågning af lavtærskeltjenester i Frankrig giver anledning til bekymring over den illegale brug af buprenorphin, herunder intravenøs brug, og brugen blandt unge, hvis problematiske stofbrug er opstået som følge af buprenorphin og ikke heroin; der er også udtrykt bekymring over nye undergrupper af unge og marginaliserede intravenøse brugere. I Finland synes heroin

<sup>(118)</sup> Se tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(119)</sup> Selv om EONN's tekniske definition på problematisk stofbrug er »intravenøs brug eller langvarig/regelmæssig brug af opioider, kokain og/eller amfetaminer«, har skøn over problematisk stofbrug hovedsageligt afspejlet heroinbrug. I de få lande, hvor der er meldt om problematisk brug af amfetaminer, foreligger der velunderbyggede skøn. Der foreligger meget få skøn over problematisk kokainbrug, og indikatoren for problematisk stofbrug er, undtagen i nogle få lande med stor udbredelse, formentlig mindre pålidelig for dette stof.

<sup>(120)</sup> Se figur PDU-4 (del ii) i Statistical bulletin 2007.

**Figur 8:** Skøn over udbredelsen af problematisk brug af opioider (antal tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), 2001-2005

NB: Symbolet angiver et punkttestimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval, som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse (detajlerede oplysninger findes i tabel PDU-3). Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Når der ikke er angivet nogen metode, repræsenterer linjen et interval mellem den laveste nedre grænse og den højeste øvre grænse for alle eksisterende skøn. Estimeringsmetoder: CR = capture-recapture; TM = treatment multiplier; TP = truncated Poisson; MM = mortality multiplier. Flere oplysninger findes i tabel PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistical bulletin 2007.

Kilder: Nationale knudepunkter.

også i vidt omfang at være blevet erstattet med buprenorphin i forbindelse med nye anmodninger om opioidbehandling, og buprenorphin nævnes i stigende grad i indberetninger af overdosisdødsfald.

## Intravenøs stofbrug

Intravenøse stofbrugere har stor risiko for at få sundhedsproblemer som følge af deres stofbrug, bl.a. blodbårne infektioner (f.eks. hiv/aids, hepatitis) eller overdoser. Trods betydningen for folkesundheden er det kun få lande, der på nuværende tidspunkt er i stand til at fremlægge skøn over udbredelsen af intravenøs stofbrug (figur 9), og forbedringen af overvågningen af denne særlige gruppe er derfor en vigtig udfordring for udviklingen af sundhedsovervågningssystemer i Europa.

### Indirekte skøn over udbredelsen af intravenøs stofbrug

De fleste skøn over intravenøs stofbrug, der foreligger, er baseret på enten tal for dødelige overdoser eller data om smitsomme sygdomme (f.eks. hiv). Der er store udsving fra land til land, og de nationale skøn lå i perioden 2001-2005 typisk på mellem 0,5 og 6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. En undtagelse er Estland, hvor der er indberettet et meget højere skøn på 15 tilfælde pr. 1 000 indbyggere. Blandt de øvrige lande, der har

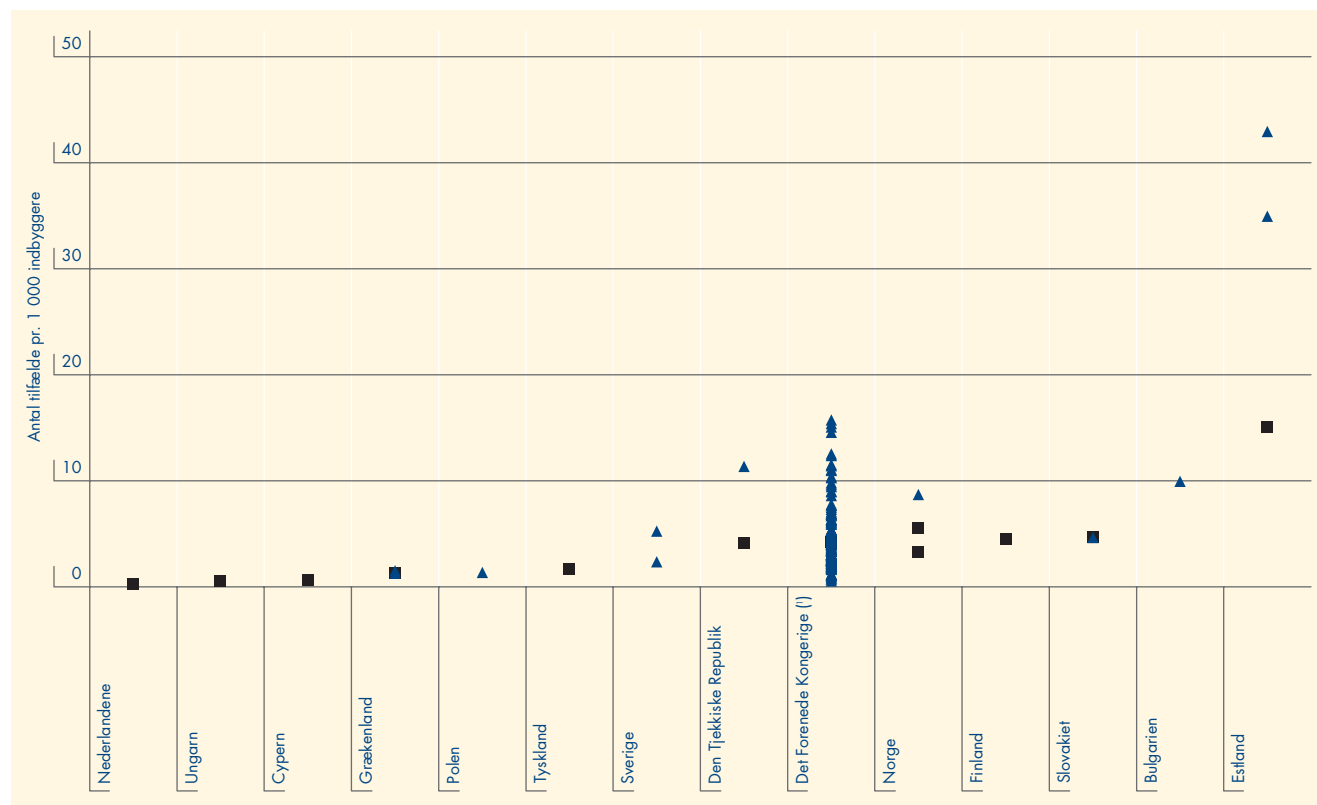
kunnet fremlægge data, er de højeste skøn blevet indberettet fra Den Tjekkiske Republik, Slovakiet, Finland og Det Forenede Kongerige med tal på mellem 4 og 5 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, og de laveste tal fra Cypern, Ungarn og Nederlandene, med under ét tilfælde pr. 1 000 indbyggere.

En ekstrapolering på grundlag af de begrænsede data, der foreligger, skal foretages med forsigtighed, men tyder på en gennemsnitlig udbredelse af intravenøs stofbrug (aktuelle intravenøse brugere) på mellem 3 og 4 tilfælde pr. 1 000 indbyggere blandt den voksne befolkning. Dette betyder, at der kan være ca. 1,1 millioner (0,9-1,3 millioner) intravenøse brugere i EU og Norge i dag. Disse er primært intravenøse opioidbrugere, selv om de også kan bruge andre stoffer intravenøst, og nogle lande har meldt om et stort problem med intravenøs brug af amfetamin eller metamfetamin (Den Tjekkiske Republik, Slovakiet, Finland, Sverige).

### Tendenser i intravenøs stofbrug på grundlag af data om behandlingsefterspørgsel

Manglen på data gør det vanskeligt at drage konklusioner om tendenserne i intravenøs stofbrug, selv om data om stofbrugere, der kommer i behandling, giver et vist billede af denne adfærd. Behandlingsanmodninger blandt f.eks. opioidbrugere kan give

**Figur 9:** Skøn fra nationale og subnationale undersøgelser over udbredelsen af intravenøs stofbrug (antal tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), 2001-2005



(!) Regionale skøn for England for 2004/2005.

NB: Sort firkant = stikprøve med national dækning; blå trekant = stikprøve med subnational dækning.

Mønsteret for subnationale prævalensskøn afhænger meget af tilgængeligheden og lokaliseringen af undersøgelser inden for et land. Målgrupperne kan variere noget afhængig af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed.

Flere oplysninger findes i tabel PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistical bulletin 2007.

Kilder: Nationale knudepunkter.

en indikation af brugsmønstre i befolkningen i almindelighed. Andelen af intravenøse brugere blandt alle primære heroinbrugere, der er kommet i behandling (2001-2005), viser markante forskelle mellem landene med hensyn til udbredelsen af intravenøs stofbrug. Generelt tyder disse data på, at intravenøs stofbrug måske er ved at blive mindre populær, idet der er registreret fald i Danmark, Irland, Grækenland, Ungarn, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet. I visse lande (Spanien, Nederlandene, Portugal) er en forholdsvis lille andel af de behandlede heroinbrugere nu intravenøse brugere. Dette billede ses imidlertid ikke overalt, f.eks. synes intravenøs brug i en række af de nye medlemsstater fortsat at være den mest udbredte indtagelsesmåde for heroin. Det bemærkes, at tendenserne i intravenøs brug blandt ikke-heroinbrugere kan være forskellige.

## Behandling for opioidafhængighed

### Vedligeholdelsesbehandling

På grundlag af data fra undersøgelser af behandlingsresultater og kontrollerede forsøg findes der nu et forholdsvis solidt

evidensgrundlag for effektiviteten af substitutionsbehandlinger i forbindelse med behandling af afhængighed af heroin eller andre opioider (i Gossop, 2006 findes en gennemgang). Der er nu blevet påvist positive virkninger med hensyn til at reducere brugen af illegale stoffer, sundhedsmæssig risikoadfærd og kriminalitet og forbedret social funktion. Substitutionsbehandlingsprogrammer omfatter normalt foruden et ordinationselement andre interventioner til støtte for adfærdændringer. Generelt er der på dette område enighed om, at det er god praksis at integrere programmer inden for bredere rammer af lægebehandling og social støtte.

### Ordineringspraksis i forbindelse med substitutionsbehandling i Europa

I de seneste 15 år er mulighederne for behandling for heroinafhængighed steget betydeligt i EU. Ifølge de foreliggende oplysninger skyldes dette hovedsageligt, at udbuddet af substitutionsbehandling er steget med mere end det syvdobbelte i EU-15-medlemsstaterne siden 1993.

Med undtagelse af fem lande (Den Tjekkiske Republik, Frankrig, Letland, Finland, Sverige) er metadon langt det

### Kvalitetskontrol og substitutionsbehandling

Effektiviteten af enhver tjeneste afhænger af kvaliteten af den udbudte behandling. Der er udtrykt bekymring over, at nogle substitutionsbehandlingsprogrammer er af ringe kvalitet, idet aktiviteterne i for høj grad har været koncentreret om at ordinere medicin, og der ikke i tilstrækkelig grad har været fokus på at tilbyde en mere omfattende pakke af social og medicinsk støtte. Blandt de fremsatte kritikpunkter indgår også, at der ikke er nogen hensigtsmæssig klinisk overvågning, at der er en utilstrækkelig ordineringspraksis, hvilket medfører, at stoffer omdirigeres til det illegale marked, og at programmer for lavdosisbehandling ikke er i overensstemmelse med den kliniske dokumentation for effektivitet (Loth et al, 2007; Schifano et al, 2006; Strang et al, 2005).

Mange lande har taget denne bekymring alvorligt, og Danmark, Tyskland og Det Forenede Kongerige har alle meldt om, at man er ved at gennemgå området med henblik på at forbedre kvaliteten af den udbudte behandling. Ligeledes har Danmark for nylig afsluttet et treårigt projekt med henblik på at dokumentere effekten af en udvidet psykosocial støtte i substitutionsbehandlingen og afprøve kvalitetssikringsprocesser.

I Tyskland vedrørte to nyere undersøgelser praksis i forbindelse med substitutionsbehandling, hvor man så nærmere på mulighederne for at forbedre behandlingen (COBRA) og undersøgte kvalitetssikrings spørgsmål, hvilket resulterede i en ny håndbog for praktiserende læger (ASTO). I Det Forenede Kongerige blev der for nylig foretaget en revision i England for at analysere ordineringspraksis og praksis i den kliniske håndtering og vurdere, i hvilket omfang denne praksis er i overensstemmelse med eksisterende kliniske vejledninger.

Det er vigtigt, at der er adgang til nationale kliniske vejledninger, standarder og behandlingsprotokoller for at sikre kvaliteten af substitutionsbehandling. Nationale kliniske vejledninger og behandlingsprotokoller angives at være under udarbejdelse eller revidering i Danmark, Irland, Ungarn, Portugal, Det Forenede Kongerige og Norge, og Slovakiet offentliggjorde retningslinjer for forvaltningen af metadonbehandling i 2004. I Nederlandene gennemføres vedligeholdelsesbehandling nu i stigende grad på grundlag af standarder for den medicinske behandling, og indtagelsen af metadon overvåges i den første fase af behandlingen. I Østrig blev der i 2005 udarbejdet to forordninger, som fastsætter rammebetingelserne for den medicinske støttede behandling med henblik på at forbedre substitutionsbehandlingen og medtage foranstaltninger om overvåget indtagelse samt regulering med hensyn til de læger, der arbejder på dette område.

Et nationalt overvågningssystem til indberetning af klienter i substitutionsbehandling giver også oplysninger, der er nyttige ved vurderingen af kvaliteten og tilgængeligheden af tilbud. På nuværende tidspunkt angives sådanne ordninger at findes i 17 medlemsstater, og nationale substitutionsregistre er under udarbejdelse i Belgien og Luxembourg, mens det eksisterende register i Den Tjekkiske Republik er ved at blive udvidet til at omfatte alle sundhedscentre.

hyppigst anvendte stof til substitutionsformål, og det tegner sig for ca. 72 % af alle substitutionsbehandlinger <sup>(121)</sup>. Generelt foregår metadonbehandlingen i forbindelse med specialiserede ambulatorier, men i nogle lande kan behandlingen også foregå hos praktiserede læger eller, når patienterne er blevet stabiliseret, i behandlingscentre i nærmiljøet. Praksis for udlevering af metadon varierer; i nogle tilfælde kan den kun fås hos specialiserede centre, og indtagelsen overvåges, mens apotekerne i en række lande, f.eks. Det Forenede Kongerige, også spiller en vigtig rolle, og tag hjem-ordninger kan være tilladt.

I de senere år har der i hele EU været interesse for yderligere farmakologiske stoffer til behandling af stofafhængighed, og anvendelsen af især buprenorphin er blevet mere udbredt. I 2005 sluttede Slovenien og i maj 2006 Malta sig til den gruppe af europæiske lande, der har givet tilladelse til vedligeholdelsesbehandling med buprenorphin i specialiserede enheder <sup>(122)</sup>, og på nuværende tidspunkt er Bulgarien, Ungarn, Polen og Rumænien de eneste lande, hvor denne behandlingsmulighed ikke tilbydes.

En af årsagerne til interessen for brugen af buprenorphin er, at det nok udgør en mere egnet farmaceutisk behandlingsmulighed end metadon til brug i praksis. Dette spørgsmål er kompleks og behandles udførligt i det udvalgte tema i 2005 om buprenorphin. I de fleste lande kan buprenorphin kun ordineres af uddannede, godkendte læger og er underlagt regulering i overensstemmelse med dets kontrolstatus i henhold til de internationale konventioner (fortegnelse III i FN's konvention af 1988 om psykotrope stoffer).

Buprenorphin markedsføres i form af sublinguale tabletter, og selv om det ikke anses for at være et særligt attraktivt stof at indtage ved injektion, er der indberetninger om, at tabletter er blevet opløst og indtaget intravenøst. Muligheden for misbrug af buprenorphin støttes af indberetninger fra en række lande om omladning af stoffet til det illegale marked. For at forhindre illegal brug af buprenorphin er der blevet udviklet en ny formulering af stoffet, i kombination med naloxon. Denne formulering, Suboxone, opnåede europæisk markedsføringsstilladelse i 2006.

I januar 2007 indførte Nederlandene heroinbehandling som en mulig behandling af opioidafhængighed og udvidede antallet af behandlingspladser til ca. 1 000 og sluttede sig dermed til Det Forenede Kongerige som det ene af de to europæiske lande, hvor man har denne mulighed. Generelt er antallet af klienter, der får heroin i Europa, meget lille, og behandlingen er normalt forbeholdt særligt kroniske tilfælde, hvor andre behandlingsmuligheder ikke er lykkedes.

<sup>(121)</sup> Se tabel HSR-7, HSR-9 og HSR-11 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(122)</sup> Se figur HSR-1 og tabel HSR-8 i Statistical bulletin 2007.



### Procedure for europæisk markedsføringstilladelse for lægemidler

Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) er ansvarligt for den faglige vurdering af ansøgninger om europæisk markedsføringstilladelse for lægemidler. Lægemidler, der er godkendt via den centraliserede procedure, får en enkelt markedsføringstilladelse, der gælder i alle EU-medlemsstaterne.

Alle godkendte lægemidlers sikkerhed overvåges ligeledes. Dette sker via EU's netværk af nationale lægemiddelagenter, i nært samarbejde med fagfolk i sundhedsvæsenet og medicinalvirksomhederne selv.

EMA offentliggør en europæisk offentlig vurderingsrapport (EPAR) for hvert centralt godkendt produkt, der har fået markedsføringstilladelse; EPAR offentliggøres på EMA's websted (<http://www.emea.europa.eu/>), og et sammendrag for offentligheden foreligger på alle EU's officielle sprog. Inden for rammerne af Rådets afgørelse arbejder EMA også sammen med EONN og Europol om at opspore nye stoffer, der kan udgøre en trussel i Europa (se kapitel 7).

Virkeevnen af heroin som et substitutionsstof er også blevet undersøgt som led i eksperimentel forskning i både Spanien (March et al, 2006) og Tyskland (Naber og Haasen, 2006). Begge undersøgelser viste positive behandlingsresultater, hvilket tyder på, at denne tilgang kan vise sig at være en hensigtsmæssig behandlingsmetode til socialt udstødte opioidbrugere med alvorlige problemer, hvor resultatet af andre behandlingsmuligheder ikke har været tilfredsstillende. Sammen med tidligere arbejde har disse undersøgelser om heroinudlevering stimuleret debatten om behovet for, at denne behandlingsmulighed bliver mere udbredt.

### Behandlingsdata

EONN indsamler to typer information til at beskrive behandlingen i Europa. Indikatoren for behandlingsefterspørgsel er baseret på overvågningen af karakteristika ved de klienter, der kommer i behandling i Europa. Endvidere anmodes medlemsstaterne om at fremlægge data, som beskriver tilbuddenes generelle struktur og adgangen hertil.

#### Data fra indikatoren for behandlingsefterspørgsel

Data fra overvågningen af klienter, der kommer i narkotikabehandling i Europa, giver ikke kun et billede af den bredere epidemiologiske situation med hensyn til brugsmønstre og tendenser, men også af den relative efterspørgsel efter og tilgængelighed af forskellige former

for behandling. Dette kan gøre det vanskeligt at fortolke de foreliggende oplysninger, da en stigning i antallet af klienter, der behandles for et bestemt narkotikaproblem, kan vise, at efterspørgslen efter tjenester er steget, eller at tilgængeligheden af netop denne form for tjeneste er steget. Som en hjælp til analysen af denne slags data sondres der mellem nye og alle behandlingsanmodninger ud fra den antagelse, at nye behandlingsanmodninger bedre afspejler ændringer med hensyn til de bredere mønstre i stofbrugen, og alle behandlinger bedre afspejler den samlede efterspørgsel i behandlingssektoren som helhed.

De oplysninger, der er tilgængelige fra indikatoren for behandlingsefterspørgsel (TDI), dækker ikke alle klienter i narkotikabehandling, som udgør et betydeligt større antal; kun klienter, der søger behandling i det aktuelle år registreres, men der er på nuværende tidspunkt ved at blive gennemført et pilotprojekt i 2007, som har til formål at udvide den europæiske dataindsamling til at omfatte klienter i kontinuerlig behandling<sup>(123)</sup> og vurdere indberetningen i forbindelse med de nationale systemer.

I mange lande er opioider, hovedsageligt heroin, fortsat det stof, som klienterne primært søger behandling for. Af de i alt 326 000 behandlingsanmodninger, der blev indberettet i 2005 på grundlag af indikatoren for behandlingsefterspørgsel, blev opioider registreret som hovedstof i ca. 40 % af tilfældene, og ca. 46 % af disse klienter angav intravenøs stofbrug<sup>(124)</sup>.

Nogle lande har meldt om, at en væsentlig andel af behandlingsanmodningerne vedrører andre opioider end heroin. I Finland angives andre opioider, især buprenorphin, at være det primære stof af 41 % af narkotikaklienterne, og i Frankrig angives 7,5 % af alle klienter at bruge buprenorphin. I Det Forenede Kongerige og Nederlandene angives ca. 4 % af klienterne som primære metadonbrugere. I Spanien, Letland og Sverige kommer 5-7 % af narkotikaklienterne i behandling for primær brug af andre uspecificerede opioider end heroin eller metadon<sup>(125)</sup>. Og i Ungarn, hvor man meget længe har brugt hjemmelavede produkter fremstillet af opiumsvalmuer, vedrører ca. 4 % af behandlingsanmodningerne opium.

De fleste opioidbrugere er indberettet af ambulante enheder; i Sverige er 71 % af opioidklienterne imidlertid indberettet af døgnbehandlingscentre, hvilket viser, at tjenesterne er anderledes struktureret i dette land. En lille procentdel (3 %) af anmodningerne om døgnbehandling for opioidklienter er også indberettet af Det Forenede Kongerige<sup>(126)</sup>. I de få

<sup>(123)</sup> Se <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1420> (møderapport 2006).

<sup>(124)</sup> Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(125)</sup> Se tabel TDI-114 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(126)</sup> Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2007.

lande, der har indberettet data om behandlingsefterspørgsel i forbindelse med lavtærskeltjenester, søger en væsentlig andel af narkotikaklienterne behandling for primært opioidbrug <sup>(127)</sup>.

Den relative andel af behandlingsanmodninger fra ikke-opioidklienter er stigende i TDI-datasættet, og de faktiske antal nye klienter, der anmoder om behandling for opioidbrug, er også faldende i mange lande, idet det absolutte antal af indberettede nye anmodninger om behandling for primært heroinbrug er faldet fra 80 000 i 1999 til 51 000 i 2005 <sup>(128)</sup>.

### Omfanget af substitutionsbehandling

Det anslås, at antallet af substitutionsbehandlinger i EU-medlemsstaterne og Norge i 2005 udgjorde mindst 585 000. Dette skøn er baseret på behandlingsovervågning, der er foretaget i de fleste lande, og giver et generelt billede af adgangen til behandling. Disse tal er formentlig et minimumsskøn, da der formentlig er tale om underrapportering i forbindelse med nogle behandlingsmetoder, f.eks. behandling hos praktiserede læger eller i fængselsmiljøer.

Langt hovedparten af behandlede klienter (97 %) er indberettet af EU-15-medlemsstaterne, som også bidrager med hovedparten (80 %) af alle behandlingsanmodninger, der er angivet i TDI-datasættet. Dette udgør en stigning på over det syvdobbelte siden 1993, hvor antallet af personer i substitutionsbehandling blev anslået til ca. 73 000 (Farrell, 1995). Dataene viser en stigning på ca. 15 % i antallet af klienter i EU og Norge i perioden 2003-2005, hovedsageligt på grund af stigninger i Tyskland (anslået stigning på 8 300 tilfælde), Frankrig (5 706), Italien (6 234), Portugal (4 168) og Det Forenede Kongerige (41 500) <sup>(129)</sup>. I 2005 blev der meldt om en stabilisering af antallet af klienter i substitutionsbehandling i Nederlandene (122 tilfælde pr. 100 000 indbyggere) og Luxembourg (355 tilfælde pr. 100 000).

Den stærkeste relative vækst mellem 2003 og 2005 blev konstateret i (men var ikke begrænset til) nogle af de nye medlemsstater, hvor lande har meldt om betydelige stigninger (over 40 %), bl.a. Bulgarien, Estland, Grækenland, Litauen, Rumænien og Norge. Disse stigninger var sammenfaldende med en geografisk udvidelse af adgangen til substitutionsbehandling i mange af disse lande. Adgangen til substitutionsbehandling blev ikke øget i alle nye medlemsstater: Ungarn, Polen og Slovakiet har meldt om en forholdsvis stabil situation, mens antallet af klienter i det

lettiske højtærskelprogram for metadonbehandling faktisk faldt fra 67 til 50. I to lande, hvor man tidligere har haft et stort udbud, Spanien og Malta, er dette for nylig faldet, hvilket muligvis afspejler den samlede efterspørgsel i disse lande.

Det indbyrdes forhold mellem gentagne anmodninger om behandling, vedligeholdelsesomfang og udbredelsen af problematisk opioidbrug er kompleks. Omfanget af klienternes gentagne anmodninger om behandling og antallet af klienter i vedligeholdelsesprogrammer bestemmes af den tidligere udvikling i udbredelsen og forekomsten af opioidbrug samt behandlingstjenesternes organisation og art. Med hensyn til nogle få lande er det muligt at anvende skøn over udbredelsen af opioidbrug til at beregne forholdet mellem klienter i vedligeholdelsesbehandling og problematiske opioidbrugere.

For EU-lande, hvor der forelå skøn over problematisk opioidbrug for 2005, beregnedes omfanget af substitutionsbehandling blandt problematiske opioidbrugere (figur 10). Resultaterne viser betydelige forskelle mellem landene, idet tallene varierer fra under 10 % (Slovakiet) til ca. 50 % af opiatbrugere (Italien). Det fremgår imidlertid af dataene, at der er behov for at gennemgå adgangen til behandling i alle lande for at sikre, at der er et tilstrækkeligt udbud til at imødekomme de skønnede behov.

Trods visse nylige stigninger i substitutionsbehandlingen i de baltiske stater og de centraleuropæiske lande er omfanget stadig lavt i forhold til det skønnede antal opioidbrugere i disse medlemsstater, med undtagelse af Slovenien. Det fremgår af et skøn fra Estland, at kun 5 % af heroinbrugere i de fire største byområder er omfattet af substitutionsprogrammer, og at dette tal er så lavt som 1 % på nationalt plan.

### Efterspørgsel efter opioidbehandling

Andelen af behandlingsanmodninger, der vedrører primært opioidbrug, afspejler i en vis grad den relative udbredelse af illegale opioider som et problematisk stof, der kræver (yderligere) behandling, selv om den er påvirket af behandlingstjenesternes organisation og indberetningssystemet.

Andelen af klienter, der søger behandling for opioidbrug, varierer mellem landene. På grundlag af de senest tilgængelige data tegner opioidbrugere sig for 40-70 % af alle behandlingsanmodninger i 12 lande, under 40 % i syv lande og over 70 % i seks lande <sup>(130)</sup>.

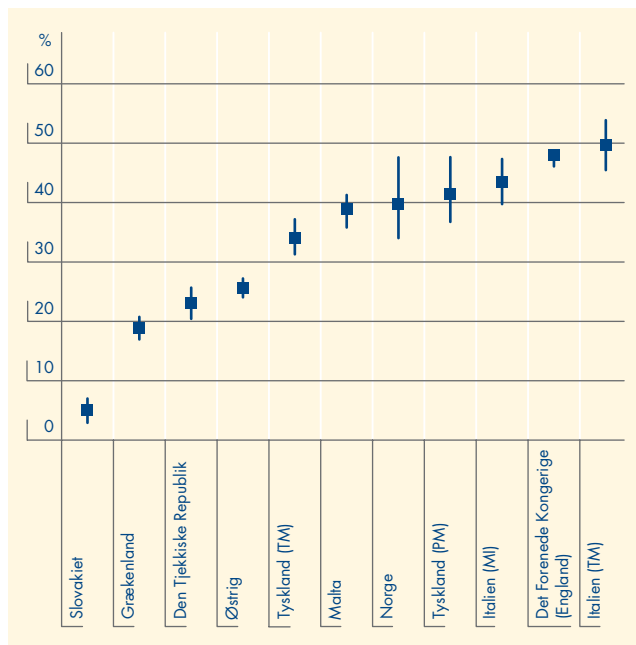
<sup>(127)</sup> Se tabel TDI-1 19 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(128)</sup> Se figur TDI-1 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(129)</sup> Se tabel HSR-7 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(130)</sup> Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2007.

**Figur 10:** Antal klienter i opioidvedligeholdelsesbehandling som procentdel af det skønnede antal problematiske opioidbrugere, 2005



**NB:** Disse oplysninger foreligger kun for 9 lande. Symbolet angiver et punktstimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval som følge af skønnene; antallet af opioidbrugere anslås ved hjælp af forskellige metoder: TM = treatment multiplier; PM = police multiplier; MI = multivariate indicator. Når der ikke er angivet nogen metode, repræsenterer linjen et interval mellem den laveste nedre grænse og den højeste øvre grænse for alle eksisterende skøn. Flere oplysninger findes i figure HSR-3 i Statistical bulletin 2007.

**Kilder:** Nationale knudepunkter.

Den procentdel af alle anmodninger om narkotikabehandling, som alle anmodninger om heroinbehandling har tegnet sig for, er faldet fra 74 % i 1999 til 61 % i 2005. De eneste lande, der ikke har meldt om et fald, er Bulgarien og Det Forenede Kongerige <sup>(131)</sup>.

Det absolutte fald i nye anmodninger om opioidbehandling, hovedsageligt som følge af heroinbrug, bekræftes, hvis man ser på tendensen i forbindelse med nye heroinklienter: Alle landene, undtagen Bulgarien og Grækenland, har meldt om et fald i andelen af nye anmodninger om behandling for primært heroinbrug blandt nye narkotikaklienter i de seneste syv år. I perioden 1999-2005 faldt procentdelen af nye heroinklienter blandt alle nye narkotikaklienter fra 70 til 37 %.

## Klienter, der søger behandling

De klienter, der søger behandling for opioidproblemer, er normalt forholdsvis gamle i forhold til de klienter, der søger hjælp for problemer med andre stoffer <sup>(132)</sup>, og de lever også normalt under dårligere sociale forhold. Arbejdsløsheden er generelt høj blandt opioidklienter, uddannelsesniveaue er lavt, og mellem 10 og 18 % angives at være hjemløse.

De fleste klienter (60 %) har angivet at have brugt opioider første gang, inden de blev 20 år; førstegangsb brug af opioider efter 25-års alderen forekom meget sjældent <sup>(133)</sup>. I gennemsnit blev der angivet et tidsinterval på 7-8 år mellem førstegangsb brug af opioider og den første kontakt til narkotikabehandlingsystemet: Gennemsnitsalderen for førstegangsb brug af opioider var 22 år og gennemsnitsalderen ved første behandlingsanmodning 29-30 år. Klienter i døgnbehandling var typisk lidt ældre end klienter i ambulante behandling, og dataene viser et ret kort interval mellem den første behandlingskontakt og efterfølgende behandlingsepisoder.

Der er tre mænd for hver kvinde blandt ambulante opioidklienter og fire blandt klienter i døgnbehandling; der var imidlertid forskelle mellem landene, med typisk en højere andel af mænd blandt de behandlede i sydeuropæiske lande.

Blandt de opioidklienter, der søger behandling, og hvor man har kendskab til indtagelsesmåden, er det i Europa i gennemsnit 58 %, der injicerer stoffet (53 %, hvis de først lige er kommet i behandling). Andelen af intravenøse brugere er højest i Rumænien, Den Tjekkiske Republik og Finland og lavest i Nederlandene, Danmark og Spanien <sup>(134)</sup>.

Det fleste opioidklienter er blandingsbrugere og tager opioider i kombination med et andet sekundært stof, hovedsageligt andre opioider (35 %), kokain (23 %) og cannabis (17 %) <sup>(135)</sup>.

Nogle lande har meldt om en udbredt samtidig forekomst af opioidafhængighed og andre psykiatriske forstyrrelser blandt opioidbrugere, og denne observation er også gjort i mange kliniske undersøgelser, hvilket viser, at større depressioner, angstforstyrrelser, antisociale og borderline-personlighedsforstyrrelser er forholdsvis almindelige forstyrrelser blandt opioidbrugere (Mateu et al, 2005).

<sup>(131)</sup> Se figur TDI-3 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(132)</sup> Se tabel TDI-10 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(133)</sup> Se tabel TDI-11, TDI-107 og TDI-109 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(134)</sup> Se tabel TDI-4 og TDI-5 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(135)</sup> Se tabel TDI-23 i Statistical bulletin 2007.



## Kapitel 7

# Nye tendenser inden for stofbrug og tiltag over for nye stoffer

Nye tendenser inden for stofbrug efterligner, viderefører eller træder ofte i stedet for tidligere populære tendenser og rejser spørgsmål om, hvorfor psykoaktive stoffer forbruges. Nye tendenser inden for stof- og alkoholbrug skal derfor ikke kun forstås i relation til statslige myndigheders ændringer af politikken, men også i relation til hinanden og i en bredere sammenhæng i relation til aktuelle modestrømninger og sociokulturelle ændringer i forbindelse med fritidsaktiviteter.

Udviklingen inden for informationsteknologi og kommunikationsmedier, navnlig internettet, åbner kanaler, som gør det lettere at udbrede nye tendenser og giver mulighed for at tilkendegive forskellige holdninger til stofbrug og de hermed forbundne risici.

Nye eller ændrede stofbrugsmønstre opstår normalt på lokalt plan eller i byerne, og meget få medlemsstater har f.eks. overvågningssystemer til at angive omfanget af dødelige og ikke-dødelige forgiftninger som følge af brugen af forskellige former for nye psykoaktive stoffer. På baggrund af et uvægerligt delvist billede vurderes den akkumulerede information om nye tendenser inden for stofbrug i Europa ved at triangulere oplysninger fra en lang række forskellige kilder.

I dette kapitel beskrives den seneste udvikling i den illegale brug af psykoaktive stoffer, som ikke rutinemæssigt er omfattet af de væsentlige indikatorer på narkotikaområdet, og som først for nylig af beslutningstagerne er blevet identificeret som et område, der muligvis kan give anledning til bekymring, eller har tiltrukket massemediernes opmærksomhed.

### Piperaziner: nye psykoaktive stoffer

Den væsentligste udvikling i forbindelse med nye psykoaktive stoffer i de senere år er udbredelsen af forskellige nye piperazinderivater, hvoraf en række dukkede op i Europa mellem 2004 og 2006.

Denne gruppe af syntetiske stoffer er afledt af moderstoffet piperazin og omfatter BZP (1-benzylpiperazin) og mCPP (1-(3-chlorophenyl)piperazin). Disse to stoffer fås især hos kemikalieleverandører og på internettet, og den illegale

produktion er hovedsageligt begrænset til tabletter eller kapsler.

### BZP

I undersøgelser er de fysiologiske og subjektive virkninger af BZP blevet sammenholdt med virkningerne af amfetamin, og det fremgår, at BZP har ca. en tiendedel af dexamfetamins styrke.

I de senere år har forskellige detailforhandlere iværksat en aggressiv markedsføring af produkter indeholdende BZP som et lovligt alternativ til ecstasy via de trykte medier, websteder, dertil indrettede butikker og boder i klubber og på festivaler, og de bliver eventuelt solgt som »ecstasy«. BZP tilbydes i forskellige kombinationer med andre piperaziner, og nogle, især BZP i kombination med TFMPP<sup>(136)</sup>, menes at skulle efterligne ecstasys virkninger. Disse produkter er normalt synligt mærket som indeholdende piperazin, men fremstilles ofte forkert som »naturprodukter« eller »urteprodukter«.

Det fremgår af den dokumentation, der er akkumuleret i EU om nye tendenser inden for stofbrug, at de kan forløbe parallelt med forbrugertendenserne på lovligt markeder — f.eks. kan salget af helt syntetiske stoffer som BZP med påstanden om, at det er et »naturprodukt« eller »urteprodukt«, appellere til en bredere forbrugerinteresse for naturprodukter. Endvidere bliver opfattelsen af BZP som sikkert fremmet af, at produkterne ofte sælges af udpegede detailforhandlere eller i specialbutikker og ikke på gaden.

Man er stødt på BZP i 14 EU-medlemsstater (Belgien, Danmark, Tyskland, Irland, Grækenland, Frankrig, Malta, Nederlandene, Østrig, Portugal, Spanien, Sverige, Finland, Det Forenede Kongerige) og Norge.

Der er noget, der tyder på, at der er sundhedsrisici forbundet med BZP, som synes at have en lav sikkerhedsmargin, når det anvendes som rusmiddel. I Det Forenede Kongerige er der meldt om tilfælde, hvor BZP-forgiftninger er blevet klinisk konstateret, og BZP er blevet toksikologisk bekræftet som det eneste brugte psykoaktive stof, hvor brugere led af alvorlige bivirkninger, hvoraf nogle resulterede i nødsituationer. Der er dog ingen tilfælde med dødelig udgang, der direkte kan tilskrives BZP. I marts 2007 reagerede EU på den stigende

<sup>(136)</sup> 1-(3-trifluormethylphenyl)piperazin.

bekymring over brugen af BZP ved formelt at anmode om en risikovurdering af de sundhedsmæssige og sociale risici, der er forbundet med dette stof <sup>(137)</sup>.

### mCPP

mCPP er blevet beskrevet som et stof, der har stimulerende og hallucinogene virkninger, der ligner virkningerne af ecstasy (MDMA). Tabletter, der indeholder mCPP, er ofte udformet således, at de ligner ecstasy, og sælges næsten altid som sådanne, og stofferne findes undertiden i kombination. Det kan antages, at tilsætningen af mCPP har til formål at forstærke eller forbedre virkningerne af MDMA.

Siden 2004 er mCPP blevet registreret i 26 medlemsstater (alle undtagen Cypern) og Norge; det er derfor ved at blive det nye psykotrope stof, som man hyppigst støder på i EU, efter at overvågningen som led i det europæiske tidlige varslingsystem blev påbegyndt i 1997.

Der er i EU ikke indberettet nogen alvorlige forgiftninger eller tilfælde med dødelig udgang, der kan henføres til mCPP. Der er ikke meget, der tyder på, at det er et særlig farligt stof med hensyn til akut toksicitet, om end den kroniske toksicitet (langvarig brug) ikke ligger fast.

### GHB

Det åbenlyse internetsalg af GHB <sup>(138)</sup> er blevet begrænset, efter at dette stof blev anført i fortegnelse IV i FN's konvention om psykotrope stoffer i marts 2001, og alle EU-lande derfor er forpligtet til at kontrollere det i henhold til deres

#### Seksuelle overgreb under anvendelse af narkotika

Der er siden 1980'erne i medierne og den medicinske litteratur i stigende grad blevet beskrevet tilfælde af seksuelle overgreb, hvor der i det skjulte er hældt et stof i en drink for at bedøve et offer. Det er imidlertid erfaringsmæssigt vanskeligt at skaffe retsmedicinsk bevismateriale for denne form for forbrydelse. Det fremgår dog af undersøgelser på området, at der ofte påvises høje koncentrationer af alkohol og også lægeordnede benzodiazepiner i forbindelse med påståede seksuelle overgreb (i over 80 % af tilfældene i Frankrig og 30 % af tilfældene i Det Forenede Kongerige), men den snævre frist for at spore stoffer som f.eks. GHB begrænser muligheden for at skaffe beviser i tilfælde af påståede overgreb, der ikke indberettes hurtigt. Det fremgår af den retsmedicinske dokumentation, der foreligger fra undersøgelser gennemført siden 2000 (i Det Forenede Kongerige, Frankrig, USA og Australien), at indgivelse af stoffer i det skjulte med henblik på seksuelle overgreb synes at forekomme sjældent, selv om den sande forekomst kan være højere end den identificerede på grund af manglende eller forsinket indberetning.

lovgivning om psykotrope stoffer. GHB er brugt terapeutisk i anæstetika i Frankrig og Tyskland og i behandlingen af alkoholabstinenser i Østrig og Italien. I juni 2005 anbefalede Udvalget for Humanmedicinske Lægemidler under EMEA, at der blev udstedt en markedsføringstilladelse for lægemidlet Xyrem (hvor GHB er det aktive stof) til behandling af katapleksi hos voksne patienter med narkolepsi (EMEA, 2005) <sup>(139)</sup>.

GHB er let at fremstille af prækursorerne gammabutyrolacton (GBL) og 1,4-butanediol (1,4-BD), opløsningsmidler, som er meget udbredt i industrien og kan købes. Nogle lande har i erkendelse af potentialet for misbrug af disse prækursorer valgt at kontrollere det ene eller begge stoffer i lovgivningen vedrørende narkotikakontrol eller lignende lovgivning (Italien, Letland, Sverige). Da GBL ikke kontrolleres i de fleste medlemsstater og online-kemikalieleverandører, der tilbyder det, giver let adgang hertil, synes nogle GHB-brugere at være gået over til at bruge GBL. Kvalitative analyser af onlinefora om GHB og andre stoffer, der har base i Det Forenede Kongerige, Tyskland og Nederlandene, viser, at brugere køber GBL hos kemikalieleverandører, som markedsfører GBL til forskellige lovlige formål.

#### Udbredelse og brugsmønstre

Det fremgår af alle tilgængelige informationskilder, at den generelle udbredelse af GHB-brug er lav, og at et betydeligt brug er begrænset til nogle specifikke undergrupper. Det fremgik af en internetundersøgelse foretaget i Det Forenede Kongerige, at GHB hyppigere blev anvendt hjemme (67 %) end i nattelevsmiljøer (26 %) (Sumnall et al, 2007). Af en undersøgelse af 408 pubgængere i Amsterdam i 2005 fremgik skøn over langtidsprævalens for GHB, som var betydeligt højere blandt klientellet i homobarer og trendy caféer (henholdsvis 17,5 % og 19 %) end i almindelige barer og studentbarer og -caféer (henholdsvis 5,7 % og 2,7 %) (Nabben et al, 2006).

#### Tendenser

Manglende oplysninger gør det vanskeligt at vurdere tendenserne for brugen af GHB, selv om den foreliggende dokumentation tyder på, at brugen af GHB fortsat er begrænset til en række mindre undergrupper. Data fra undersøgelser i danse- og musikmiljøer i Belgien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige viser, at brugen af GHB kan have toppet i 2000-2003 og er faldet efterfølgende. Det er imidlertid uklart, i hvilket omfang dette gælder for andre undergrupper. Det kan bemærkes, at telefonhjælpelinjer i Finland for første gang meldte om opkald om GBL i 2005 (FESAT, 2005).

<sup>(137)</sup> Se <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1346>

<sup>(138)</sup> I udtrykket GHB indgår den mulige brug af GBL eller 1,4-BD.

<sup>(139)</sup> Se »Procedure for europæisk markedsføringstilladelse for lægemidler«, s. 68.



### Internettet som en kilde til information om nye tendenser inden for stofbrug

I 2004 anførte over en tredjedel af unge i EU, at de ville gå på internettet, hvis de ønskede at få mere at vide om stoffer (Eurobarometer, 2004). Hvis unge så går på internettet for at søge information om stoffer, rejser der sig reelt det spørgsmål, i hvor høj grad de oplysninger, de får adgang til, er saglige og præcise. Der er talrige websteder med oplysninger om stofbrug, nogle af dem statsligt støttet, andre drevet af lobbygrupper, forbruger- eller støttenetværk. Foruden at fungere som en kilde til information om stoffer har internettet skabt en markedsplads for både legale og illegale stoffer, med websteder, hvor illegale stoffer og legale alternativer udbydes til salg. Ved at udnytte internettets markedsføringspotentiale og anvende internetbaserede markedsføringsstrategier, som i vidt omfang tilgodeser brugernes efterspørgsel og ændrede lovgivnings- og markeds-mæssige situationer, har onlineforhandlere af stoffer stadig større muligheder for at udbrede ny stofbrugspraksis eller nye produkter.

Inden for rammerne af E-POD-projektet (European Perspectives on Drugs) er EONN i gang med at undersøge, hvordan internettet kan anvendes som en kilde til information om nye tendenser inden for stofbrug. På EU-plan er der også tiltag med henblik på at tilvejebringe pålidelige oplysninger om folkesundhedsspørgsmål, idet EU's nye folkesundhedsportal er en gateway til en række europæiske folkesundhedsressourcer, bl.a. narkotikarelateret information (!).

(!) <http://ec.europa.eu/health-eu>

### Sundhedsrisici

De væsentligste sundhedsrisici ved brugen af GHB synes at være den høje risiko for bevidsthedstab, navnlig når stoffet kombineres med alkohol eller andre beroligende midler. Brug af GHB kan også være forbundet med andre problemer, bl.a. koma, fald i kropstemperatur, hypotoni, hallucinationer, kvalme, opkastning, bradykardi og åndenød. Fysisk afhængighed af GHB er blevet observeret efter langvarig brug, og der kan opstå yderligere sundhedsrisici som følge af den mulige tilstedeværelse af opløsningsmidler og tungmetaller.

Siden 1993 har fem medlemsstater og Norge indberettet GHB-relaterede dødsfald til EONN: Danmark og Italien (hver ét tilfælde), Finland og Norge (hver tre tilfælde) samt Sverige og Det Forenede Kongerige (ca. 40 GHB-relaterede dødsfald).

I Amsterdam var antallet af ikke-dødelige episoder som følge af brug af GHB 76 i 2005, hvilket som i tidligere år oversteg antallet af nødsituationer, som kan tilskrives brug af hallucinogene svampe (70 tilfælde), ecstasy

(63 tilfælde), amfetamin (tre tilfælde) og lsd (ét tilfælde). Sammenlignet med andre stoffer krævede en stor del af GHB-tilfældene (84 %) transport til hospital. Antallet af anmodninger om oplysninger om GHB til Nederlandenes nationale forgiftningsskole steg med 27 % (svarende til 241 af de 1 383 anmodninger, der blev indgivet) i 2005 i forhold til 2004.

### Risikoreduktion

Indsatsen over for brugen af GHB finder for det meste sted som led i nationale eller lokale projekter rettet mod nattelivet og består normalt i at uddanne klubpersonale og formidle information om risiciene ved at bruge GHB (Tyskland, Frankrig, Nederlandene, Østrig, Det Forenede Kongerige). Råd om, hvilke forsigtighedsforanstaltninger der skal træffes i nattelivet for at undgå »spiked drinks«, og hvilke foranstaltninger der skal træffes i tilfælde af en potentiel overdosis, er centrale elementer i de oplysninger, der gives om GHB. I forbindelse med store arrangementer anvendes der i stigende grad team, der yder førstehjælpsstøtte ved narkotika- og alkoholproblemer, for at gribe ind over for episoder i forbindelse med GHB eller andre stoffer.

### Ketamin

Ketamin er blevet overvåget i EU, siden der i 2000 første gang opstod bekymring over misbrug af stoffet (EONN, 2002). På nationalt plan kontrolleres ketamin på grundlag af narkotikalovgivningen (i modsætning til lægemiddellovgivningen) i næsten halvdelen af EU-medlemsstaterne, og i Sverige og Det Forenede Kongerige blev ketamin opført som et narkotisk stof i henholdsvis 2005 og 2006. For nylig konkluderede en kritisk gennemgang af ketamin foretaget af WHO, at en international kontrol ville skabe problemer med tilgængeligheden af stoffet til brug i humanmedicin i fjerntliggende egne af verden og i veterinærmedicin,

### Nye psykoaktive stoffer

I medfør af Rådets afgørelse 2005/387/RIA af 10. maj 2005 om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer etableres en mekanisme for hurtig udveksling af oplysninger om nye psykoaktive stoffer, der kan udgøre en trussel mod folkesundheden og en social trussel. EONN og Europol har i nært samarbejde med deres netværk — henholdsvis de nationale Reitox-knudepunkter og Europol's nationale enheder — fået tildelt en central rolle med hensyn til at gennemføre et tidligt varslingsystem til opsporing af nye psykoaktive stoffer (!).

(!) <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1346>



da der ikke findes nogen egnet erstatning (WHO, 2006). Efter denne gennemgang blev medlemsstaterne i det udkast til resolution om imødegåelse af truslen som følge af misbrug og ulovlig anvendelse af ketamin, der blev fremlagt af FN's Kommission om Narkotiske Midler i marts 2007, opfordret til at overveje at indføre et system med forsigtighedsforanstaltninger til brug for de offentlige myndigheder med henblik på hurtigt at kunne afsløre ulovlig anvendelse af ketamin.

Der findes meget få epidemiologiske data om brugen af ketamin, selv om der i forbindelse med en nylig skoleundersøgelse i Det Forenede Kongerige blev meldt om en langtidsprævalens på under 0,5 %. Der foreligger også visse data fra undersøgelser foretaget i danse- og musikmiljøer, og blandt de forskellige undersøgelser om denne højrisikogruppe blev langtidsprævalensen for ketaminbrug angivet at variere fra 7 % i en tjekkisk undersøgelse til 21 % i en ungarsk undersøgelse.



## Kapitel 8

# Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

### Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Det fremgår af data, der er fremlagt for EONN og Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af Aids (EuroHIV, 2006), at overførslen af hiv blandt intravenøse stofbrugere var lav i de fleste EU-lande i slutningen af 2005. Dette kan i det mindste til dels være et resultat af den øgede adgang til forebyggelses-, behandlings- og skadesreduktionsforanstaltninger, bl.a. substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer, selv om andre faktorer, f.eks. de fald i intravenøs brug, der er iagttaget i en række lande, også kan have spillet en vigtig rolle. Det er imidlertid sandsynligt, at overførslen af hiv blandt intravenøse stofbrugere fortsat var forholdsvis høj i 2005 i mange EU-lande og regioner <sup>(140)</sup>, hvilket understreger behovet for at sikre dækningen og effektiviteten af den lokale forebyggelsespraksis.

Overvågning af narkotikarelaterede smitsomme sygdomme blandt intravenøse stofbrugere i Europa er på nuværende tidspunkt fokuseret på hiv/aids og viral hepatitis (B og C). Den består af to systemer, der supplerer hinanden, dvs. caserapporter (eller »anmeldelser«: absolutte optællinger af nyindberettede/anmeldte tilfælde) og »overvågning af seroprævalens« (eller »sentinelovervågning«: procentdel, der testes positiv blandt stikprøver af intravenøse brugere) (figur 11) <sup>(141)</sup>. Begge systemer er formentlig ufuldstændige, og tilgængeligheden af data er forskellig fra land til land. Selv om de data, der fremkommer på grundlag af hvert af disse to systemer, bør fortolkes med forsigtighed, giver de dog tilsammen et mere fuldstændigt billede af de seneste epidemiologiske tendenser.

#### Indikatorer for hiv-incidens og -prævalens

##### Caserapporter vedrørende hiv

En vigtig indikator for antallet (incidens) af nye tilfælde af infektion blandt intravenøse stofbrugere udgøres af caserapporterne over nydiagnosticerede tilfælde af

hiv-infektion. Ved fortolkningen af disse data bør der tages højde for en række forhold: Smittede intravenøse stofbrugere diagnosticeres i givet fald ikke, hvis de ikke er i kontakt med sundhedstjenester, nye tilfælde af infektion kan ikke nødvendigvis tilskrives intravenøs stofbrug, og antallet af identificerede tilfælde kan være påvirket af forskelle med hensyn omfanget af testning og indberetninger mellem landene eller over tid.

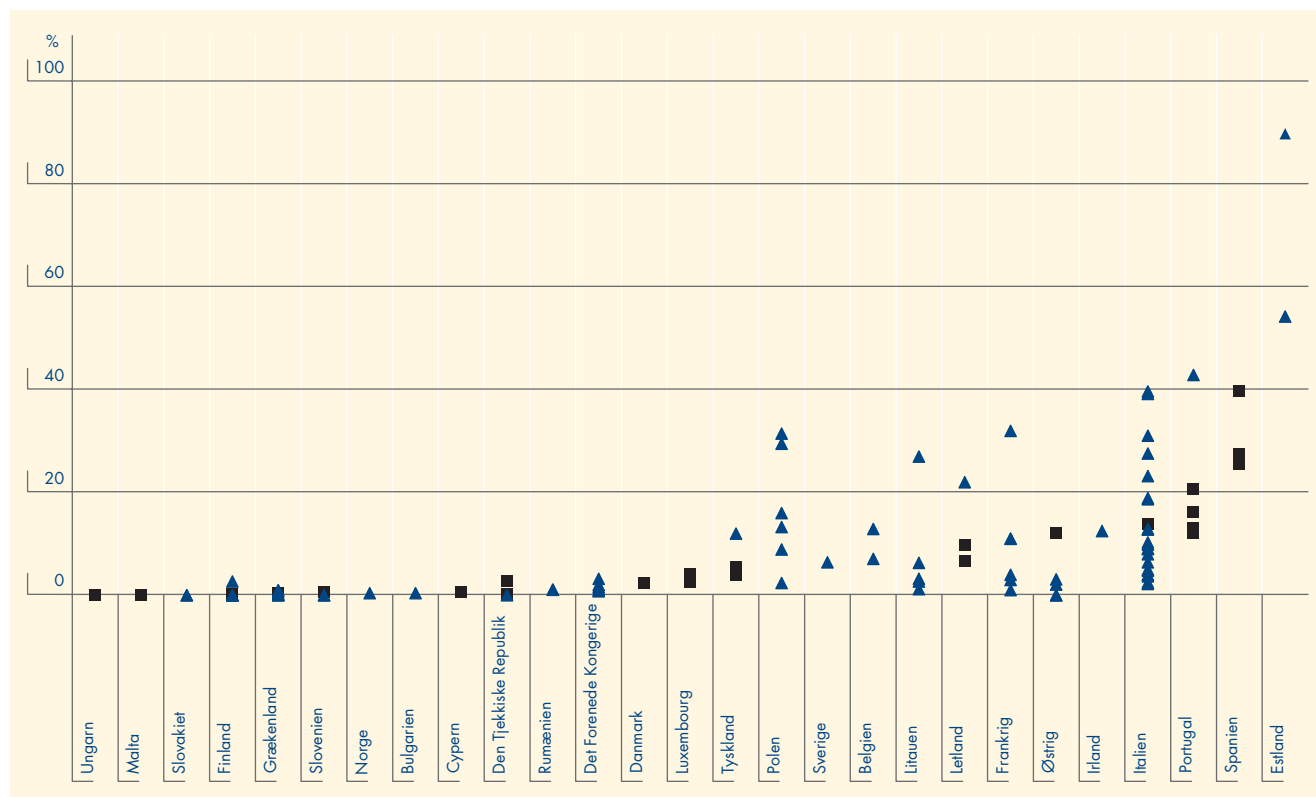
Det fremgår af de foreliggende data, at antallet af nye tilfælde af infektion blandt intravenøse stofbrugere var lavt i de fleste lande i 2005. Til denne analyse knytter der sig det forbehold, at der ikke foreligger nyere caserapporter i en række lande med høj udbredelse (Estland, Spanien, Italien, Østrig). I 19 medlemsstater, hvoraf hovedparten aldrig har oplevet større hiv-epidemier blandt intravenøse stofbrugere, var antallet af indberettede tilfælde blandt intravenøse stofbrugere fortsat på under 5 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2005. Der blev indberettet højere tal af Irland og Luxembourg, med henholdsvis 16 og 15 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere. I Portugal, som har indberettet det højeste niveau blandt de lande, hvor der foreligger specifikke data for intravenøse stofbrugere (85 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2005), synes den nuværende situation at have stabiliseret sig efter et fald mellem 2000 og 2003 <sup>(142)</sup>. I Letland, Litauen og formentlig også i Estland er antallet af indberettede nye tilfælde af infektion blandt intravenøse stofbrugere faldet markant, efter at epidemien toppede i 2001-2002, selv om niveauet stadig er højt i forhold til de fleste andre lande. I Letland er antallet faldet fra 283 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2001 til 49 pr. 1 million indbyggere i 2005. Efter et udbrud blandt indsatte toppede antallet i Litauen i 2002 (109 pr. 1 million indbyggere), men er blevet efterfulgt af et fald til 25 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2005. Selv om der har været et stærkt fald i forbindelse med hiv-infektion i Estland, indberetter landet stadig flest nye tilfælde af hiv-infektion i EU. Og selv om der ikke foreligger specifikke data for intravenøse stofbrugere for Estland, er intravenøs stofbrug formentlig stadig en væsentlig smittekanaal for hiv i dette land.

<sup>(140)</sup> Se figur INF-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(141)</sup> Nogle prævalensundersøgelser på dette område har et minimalt omfang: Kun stikprøver på over 50 personer og statistisk signifikante ( $p < 0,05$ ) tidstendenser er medtaget i dette afsnit.

<sup>(142)</sup> Stigningerne i 2004 (hiv-tilfælde) og 2005 (aids-tilfælde) i Portugal kan skyldes stigende opmærksomhed og indberetning fra fagfolk efter diskussioner vedrørende ændringen til obligatorisk indberetning af hiv-tilfælde i 2005.

**Figur 11:** Skøn fra nationale og subnationale undersøgelser af prævalensen af hiv blandt intravenøse stofbrugere, 2004/2005



NB: Sort firkant = stikprøve med national dækning; blå trekant = stikprøve med subnational (herunder lokal eller regional) dækning. Skøn for Spanien og Sverige omfatter data for 2006, data for Irland og Letland er fra 2003, data for Slovakiet er fra 2003/2004. Landene er anført i rækkefølge efter stigende prævalens, baseret på gennemsnittet af nationale data eller, hvis sådanne ikke foreligger, af subnationale data. Sammenligninger mellem landene må fortolkes med forsigtighed, da miljøer og undersøgelsesmetoder kan variere. Strategierne for national stikprøvetagning varierer også — se figur INF-3 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger. Alle indberettede stikprøvestørrelser er større end 50.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter. Primære kilder, nærmere oplysninger om undersøgelserne og data fra før 2004 findes i tabel INF-8 del (i) og del (ii) og tabel INF-0 del (i) i Statistical bulletin 2007.

### Hiv-prævalens blandt unge og nye intravenøse stofbrugere

Støtte til de konklusioner, der er draget på grundlag af de foreliggende caserapporter, findes ved at analysere udbredelsen af hiv-infektion i stikprøver af nye intravenøse stofbrugere (personer, som har injiceret stoffer i under to år) og unge intravenøse stofbrugere (under 25 år). Da disse grupper må formodes at være blevet smittet for nylig, tilvejebringer disse data proxyindikatorer for forekomsten af hiv. I disse undergrupper (fremgår af de prævalensundersøgelser, der er beskrevet nedenfor) støtter en høj udbredelse af hiv-infektion (over 5 % i 2004-2005) tegn på en nylig høj forekomst blandt intravenøse stofbrugere i Portugal (nationale data), Litauen og Estland (regionale data eller data fra byer) og tyder på, at dette også har været tilfældet i én ud af tre byer, der har indberettet data i Polen<sup>(143)</sup>. Det bør tages i betragtning, at disse delstikprøver generelt har et begrænset omfang, og at der ikke foreligger hiv-seroprævalensdata om unge og nye intravenøse stofbrugere fra en række lande.

### Tendenser med hensyn til hiv-prævalens

En stigende hiv-prævalens i gentagne stikprøver af intravenøse stofbrugere kan også tyde på fortsat smitte — selv om fald i dødeligheden blandt smittede intravenøse stofbrugere eller faldende antal ikke-smittede intravenøse stofbrugere kan være vigtige uafklarede sammenhænge (confounders). De fleste tilgængelige tidsserier for EU viser en stabil prævalens, hvilket tyder på, at antallet af smittede intravenøse stofbrugere, der dør, opvejes af antallet af intravenøse stofbrugere, der pådrager sig hiv-infektion. Alligevel er der i nogle tidsserieundersøgelser siden 2001 registreret geografisk spredte stigninger i udbredelsen i ni lande, om end ofte ved siden af stabile eller faldende tendenser i andre regioner, hvilket gør det vanskeligt at påvise de generelle tendenser. Disse lande omfatter igen Letland (national stigning) og Litauen (stigning i én by), men også Østrig (national stigning), Det Forenede Kongerige (stigning i England og Wales, men stadig på et lavt niveau) samt en række lande, hvor der stadig er en

<sup>(143)</sup> Se tabel INF-9 og INF-10 i Statistical bulletin 2007. I årsberetningen er kun stikprøver på 50 og derover medtaget.

meget lav udbredelse (under 1 %). Generelt tyder disse stigninger i hiv-prævalensen på lokalt eller nationalt plan på, at efterladenhed bør undgås med hensyn til at iværksætte forebyggende foranstaltninger over for intravenøse stofbrugere.

I modsætning hertil er der meldt om en faldende prævalens i Grækenland (både på nationalt plan og i én region), Spanien (både på nationalt plan og i én region) og Finland (nationalt plan). Endvidere er der meldt om en konstant lav prævalens siden 2001 (under 1 % i alle foreliggende data) i fire lande, hvoraf alle er nye medlemsstater: Bulgarien (Sofia, men stigende prævalens), Ungarn (nationalt plan), Slovenien (to byer, men stigende) og Slovakiet (to byer).

Generelt blandt de over 90 tidsserier med gentagne hiv-prævalensmålinger i forbindelse med stikprøver af intravenøse stofbrugere i 22 EU-medlemsstater samt Norge i 2001-2005 viser flere regioner snarere en faldende end en stigende tendens. Dataene tyder på, at navnlig i områder, hvor der har været en stor udbredelse, vil omfanget af smitte blandt intravenøse stofbrugere formentlig nu falde, og eventuelt, at virkningerne af forebyggelses- og skadesreduktionspolitikker nu er ved at gøre sig gældende <sup>(144)</sup>.

### EU-skøn

På grundlag af de foreliggende caserapporter og seroprævalensdata og -skøn over antallet af intravenøse stofbrugere og problematiske stofbrugere (se kapitel 6) anslås det, at der i EU kan være omkring 100 000-200 000 personer med hiv, som på et tidspunkt i deres liv har været intravenøse stofbrugere. Antallet af nydiagnosticerede tilfælde af hiv blandt intravenøse stofbrugere skønnes på nuværende tidspunkt at udgøre ca. 3 500 pr. år i EU.

### Aids-forekomst og adgang til HAART

Da højaktiv antiretroviral behandling (HAART), som har været tilgængelig siden 1996, effektivt standser hiv-infektions progression til aids, er data om aids-forekomsten derfor ikke længere så nyttige som indikator for overførsel af hiv. Ifølge WHO-skøn er dækningsgraden af HAART høj i EU-medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge, idet alle har indberettet en dækningsgrad på mindst 75 % <sup>(145)</sup>, selv om der ikke foreligger specifikke data for intravenøse stofbrugere. Data om aids-forekomsten er fortsat vigtige, da

de viser omfanget af symptomatisk sygdom og indførelsen af og adgangen til HAART.

Portugal er fortsat det land, hvor forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere er størst, og det er det eneste land, der har registreret en nylig stigning, med skønsmæssigt 36 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2005, en stigning fra 30 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2004. Endvidere er den samlede aids-dødelighed (formentlig hovedsageligt i forbindelse med intravenøs stofbrug) ikke faldet i mellem 1997 og 2002, hvilket viser, at adgangen til HAART kan have været lav i denne periode <sup>(146)</sup>. Blandt de baltiske lande har Letland registreret et fald i aids-forekomsten, med 23 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2005, et fald fra 26 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2004, hvor antallet toppede, mens Estland ikke har fremlagt specifikke data for intravenøse stofbrugere i 2005, men indberettede en stigning mellem 2003 og 2004 (fra 4 til 13 tilfælde pr. 1 million indbyggere) <sup>(147)</sup>.

### Hepatitis B- og C-infektioner

Mens hiv-infektion blandt intravenøse stofbrugere i EU hovedsageligt er koncentreret i nogle få lande med høj udbredelse, er viral hepatitis og især smitte forårsaget af hepatitis C-virus (HCV) meget mere ligeligt fordelt og stærkere udbredt.

Blandt de stikprøver af intravenøse stofbrugere, der blev testet i 2004-2005, meldes om en udbredelse af HCV-antistoffer på over 60 % i 60 undersøgelser fra 17 lande (6 ud af 28 lande har ikke indberettet data) <sup>(148)</sup>. Blandt unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) i disse stikprøver blev der registreret en høj udbredelse (over 40 % i mindst én stikprøve) i syv lande og blandt nye intravenøse stofbrugere, for hvem der mangler data for mange lande, i Polen og Det Forenede Kongerige <sup>(149)</sup>. Kun fem lande har meldt om undersøgelser, hvor udbredelsen var under 25 %.

På grundlag af de foreliggende data og skøn over antallet af intravenøse stofbrugere og problematiske stofbrugere (se kapitel 6) kan det beregnes, at der i EU formentlig er ca. 1 million mennesker med HCV-infektion, som på et tidspunkt i deres liv har været intravenøse stofbrugere.

Udbredelsen af markører for HBV-infektion varierer mere end markører for HCV-infektion, muligvis på grund af forskelle i omfanget af vaccination. De mest fuldstændige datasæt, der foreligger, er for antistoffet mod hepatitis core antigen (anti-HBc), hvilket indikerer en tidligere infektion.

<sup>(144)</sup> Se tabel INF-8, INF-9 og INF-10 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(145)</sup> Se figur INF-14 i Statistical bulletin 2006.

<sup>(146)</sup> National Coordination for HIV/AIDS Infection, Sundhedsministeriet, Portugal, 2006.

<sup>(147)</sup> Se figur INF-1 i Statistical bulletin 2007. Data for de to seneste år er skøn korrigeret for indberetningsforsinkelser og kan derfor ændres over tid (kilde: EuroHIV).

<sup>(148)</sup> Se tabel INF-11, INF-12 og INF-13 i Statistical bulletin 2007. I årsberetningen er kun stikprøver på 50 og derover medtaget.

<sup>(149)</sup> Se figur INF-6 (del vii) i Statistical bulletin 2007.

## God sundhedstilstand blandt indsatte er god folkesundhed

Blandt de største udfordringer i forbindelse med folkesundheden har i de seneste to årtier været genfremkomsten af overførbare sygdomme som f.eks. tuberkulose, stigningen i og den hastige udbredelse af hiv/aids og den tilsyneladende pandemi af problematisk brug af psykotrope stoffer. De mest udsatte befolkningsgrupper lider uforholdsmæssigt meget under disse forhold. Blandt især fængselsindsatte forekommer der ofte stofproblemer, og udbredelsen af smitsomme sygdomme er forholdsvis høj. Endvidere fortsættes stofbrug ofte eller påbegyndes undertiden i fængslet; og i dette miljø kan højrisikoadfærd være udbredt. Fængsler har derfor potentiale til at medføre øget forekomst af smitte med potentielt livstruende sygdomme, men kan også være en mulighed for at gøre en indsats for en særlig vigtig målgruppe.

Med nogle få undtagelser (Frankrig, Det Forenede Kongerige (England og Wales), Norge) er sundhedstilstanden blandt indsatte generelt en integreret del af rets- eller sikkerhedssystemet og ikke sundhedssystemet, hvorved der er risiko for, at de indsatte sundhedstilstand isoleres fra de generelle folkesundhedsstrategier, og uafhængigheden, kvaliteten, tilgængeligheden og omfanget af de sundhedstjenester, der stilles til rådighed, drages i tvivl.

Den ringe sundhedstilstand blandt indsatte kan have følger for den bredere folkesundhed, når stofbrugere løslades og genoptager kontakten til deres familie og andre i nærmiljøet. Påvisningen af alvorlige overførbare sygdomme som f.eks. hiv-infektion og tuberkulose kan derfor, hvis det ledsages af tilstrækkelige behandlings- og skadesreduktionsforanstaltninger, bidrage betydeligt til sundhedstilstanden i de nærmiljøer, som de indsatte kommer fra, og som de vender tilbage til. For stofafhængige indsatte kan behandlingsprogrammer i fængslet være en mulighed, som ikke blot kan gavne de pågældendes helbred, men også kan reducere sandsynligheden for fremtidige lovovertrædelser.

For at øge kendskabet til sundhedstilstanden blandt indsatte og de specifikke tiltag støtter Europa-Kommissionens folkesundhedsprogram Health in Prisons-projektet, der gennemføres af WHO's regionalcenter for Europa, med henblik på at oprette en database til indsamling af relevante indikatorer for sundhedstilstanden blandt indsatte og andre sundhedsdeterminanter. EONN deltager i den fælles udvikling af databasen sammen med WHO Europe og European Network on Drugs and Infections Prevention in Prison (ENDIPP) (1).

(1) <http://data.euro.who.int/hip/>

I 2004-2005 meldte seks lande om en udbredelse på over 40 %.

Tidstendenserne i anmeldte tilfælde af hepatitis B og C viser forskellige billeder. Med hensyn til hepatitis B synes andelen af intravenøse stofbrugere blandt alle anmeldte tilfælde generelt at være faldet, hvilket muligvis afspejler den stigende

virkning af vaccinationsprogrammer. Der kan ikke ses nogen generel tendens for andelen af intravenøse stofbrugere blandt anmeldte tilfælde af hepatitis C-infektion (150); denne andel er imidlertid meget forskellig fra land til land, hvilket viser, at der er forskelle i overførslen af hepatitis C. For at kunne udforme bedre forebyggelses- og skadesreduktionsstrategier på dette område vil det formentlig være vigtigt at forstå de faktorer, der har bidraget til forskellene mellem landene med hensyn til forekomsten af infektion.

## Forebyggelse af smitsomme sygdomme

I det seneste årti er der på EU-plan opstået almindelig enighed om de centrale elementer, der er nødvendige for en effektiv indsats til bekæmpelse af smitsomme sygdomme blandt intravenøse stofbrugere. I Europa er forebyggelsestiltag bestående af mange komponenter veletablerede og kan omfatte adgang til tilstrækkelig narkotikabehandling, især substitutionsbehandling, nåle- og sprøjteprogrammer, information og uddeling af forebyggelsesmateriale, uddannelse, bl.a. peer-uddannelse, i, hvordan man kan reducere risiciene, frivillig rådgivning og test i forbindelse med smitsomme sygdomme, vaccination og behandling af smitsomme sygdomme.

Uanset balancen mellem disse elementer i de forskellige nationale politikker er der klart enighed om, at en koordineret og omfattende indsats inden for folkesundheden er af afgørende betydning for at begrænse spredningen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere.

For at løse problemet med ikke-diagnosticeret hiv-infektion er der i år blevet offentliggjort en ny vejledning (WHO/UNAIDS, 2007). Der foreslås en mere proaktiv tilgang fra sundhedsvæsenets side til at anbefale hiv-test og -rådgivning, især i forbindelse med tiltag, der er rettet mod de mest udsatte grupper, f.eks. intravenøse stofbrugere, for at få flere til frivilligt at lade sig hiv-teste. Et budskab, der fremgår af EONN's arbejde om dette emne, er, at regelmæssige frivillige lægeundersøgelser, herunder testning og rådgivning i forbindelse med hiv og anden infektion, er et særlig hensigtsmæssigt tilbud til intravenøse stofbrugere.

Vaccination spiller en vigtig rolle med hensyn til at forebygge hepatitis A og B. Nogle lande tilbyder vaccination mod hepatitis B på befolkningsplan, mens andre målretter indsatsen mod personer, der anses for at være særligt udsatte. I Norge blev antallet af hepatitis A- og B-vaccinationer øget, efter at epidemiske udbrud af disse leverinfektioner viste, at intravenøs stofbrug havde bredt sig til mindre kommuner.

Den store udbredelse af hepatitis C-infektion blandt intravenøse stofbrugere understreger stærkt behovet for

(150) Se figur INF-8 og INF-11 i Statistical bulletin 2007.

at udvikle mere effektive tiltag over for denne sygdom, hvor vaccination ikke er en mulighed. En række lande har specifikke programmer, der tager sigte på at forebygge hepatitis C, og der er ved at udvikle sig interessante tiltag på dette område, f.eks. tager »stop hepC«-kampagnen, som har været i gang i Oslo siden 2003, sigte på at nå ud til stofbrugere, inden de eventuelt begynder at injicere stoffer, eller mens de stadig er i begyndelsesfasen.

Narkotikabehandlings- og skadesreduktionstjenester bør også udvikle tiltag over for risiciene i forbindelse med deres klienters seksuelle adfærd. Foruden intravenøs stofbrug kan stofbrugere også have en forøget risiko for hiv-infektion som følge af deres seksuelle adfærd — enten på grund af nedsat dømmekraft, forbindelsen mellem nogle stoffer og seksuel højrisikoadfærd eller via deres involvering i sexarbejde eller udveksling af sex for stoffer. Kvindelige stofbrugere er særligt udsatte, selv om der også er bekymringer over samspillet mellem stofbrug og seksuel højrisikoadfærd blandt nogle grupper af mænd, som har sex med mænd. Foruden hiv kan stofbrugere også have større risiko for at pådrage sig andre seksuelt overførte sygdomme, og narkotikabehandlingstjenester kan i givet fald spille en vigtig rolle med hensyn til at diagnosticere uopdagede seksuelt overførte sygdomme. F.eks. blev der i en nylig maltesisk undersøgelse meldt om uopdagede infektioner med human papilloma virus blandt kvinder, der var blevet screenet på et ambulatorium.

### Nåle- og sprøjteprogrammer

Det er almindeligt udbredt i EU, at nåle- og sprøjtebytte- eller udleveringsordninger er integreret i tjenester, der tilbydes af narkotikaorganer, og at der både tilbydes risikorådgivning og rådgivningstjenester samt henvisning af stofbrugere til behandling. Nåle- og sprøjteprogrammer blev identificeret som en prioriteret foranstaltning til bekæmpelse af spredning af smitsomme sygdomme blandt intravenøse stofbrugere i 3 ud af 4 EU-lande og Norge<sup>(151)</sup>. Der udleveres rene nåle og sprøjter i alle lande undtagen Cypren, hvor denne foranstaltning i 2006 er blevet anbefalet af en ekspertgruppe for at bremse en mulig stigning i smitte i forbindelse med intravenøs stofbrug. Det er ved at blive almindeligt blandt tjenesteudbydere, at de udleverer andet sterilt udstyr, f.eks. alkoholservietter og tørservietter, vand, filtre og kogekar, sammen med rene sprøjter. Mens udleveringen af sterilt sprøjteudstyr via nåle- og sprøjteprogrammer generelt ikke længere betragtes som et kontroversielt emne, er det ikke alle lande, der prioriterer disse programmer, og nogle anser apotekssalg for stort set at være tilstrækkeligt.

Arten og omfanget af udlevering af sterilt sprøjteudstyr varierer fra land til land. Generelt udleveres sprøjterne på et fast sted via specialiserede narkotikatjenester, og i alle lande undtagen 3 suppleres dette tilbud af mobile tjenester, som kan nå ud til grupper af intravenøse stofbrugere i marginaliserede miljøer. Salgsautomater supplerer nåle- og sprøjteprogrammerne i ti lande<sup>(152)</sup>, men der foreligger meget få data om omsætningen, og der mangler forskning i effektiviteten af denne form for tilbud. Luxembourg har nu sluttet sig til Spanien og Tyskland blandt de få lande, der tilbyder nåle- og sprøjtebytning i fængsler; i Tyskland er tilbuddet dog begrænset til et enkelt fængsel i Berlin.

De mange apoteker i nærmiljøet betyder, at sprøjtebytteordninger, der foregår via apoteker, i vidt omfang kan forbedre den geografiske adgang til sprøjter og derfor supplere udleveringen fra specialiserede tjenester. F.eks. i Skotland blev der udleveret 1,7 millioner sprøjter via et netværk af 116 deltagende apoteker i 2004, og i Portugal deltog over 1 300 apoteker i ordningen og udleverede 1,4 millioner sprøjter<sup>(153)</sup>. Der er meldt om formelt organiserede apoteksbaserede sprøjtebytte- eller udleveringsordninger i otte europæiske lande (Belgien, Danmark, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Portugal, Slovenien, Det Forenede Kongerige).

I lande, hvor stofbrugere især køber deres sprøjteudstyr på apoteker, kunne disse spille en større rolle i forbindelse med andre sundhedsfremmende foranstaltninger rettet mod stofbrugere, bl.a. formidling af information om seksuelle risici og risici som følge af intravenøs stofbrug for smitsomme sygdomme, test og rådgivningstjenester samt henvisning til behandling. På nuværende tidspunkt har kun Frankrig, Portugal og Det Forenede Kongerige angivet at have gjort en indsats for at motivere apotekerne til at deltage i sprøjteprogrammer og støtte dem, der deltager i sådanne.

Den geografiske dækning af nåle- og sprøjteprogrammer og udleveringen af injektionsudstyr via disse varierer meget mellem landene. Flere og flere lande har imidlertid landsdækkende nåle- og sprøjteprogrammer. De lande, som har meldt om en god national dækning af disse, er Luxembourg og Malta, to små lande, Italien, hvor nåle- og sprøjteprogrammer normalt eller for det meste er indført i ca. 70 % af alle lokale sundhedsdistrikter, Den Tjekkiske Republik, hvor de er tilgængelige i alle 77 distrikter og i hovedstaden Prag, og Finland, hvor kommunerne i henhold til lovgivningen er forpligtet til at stille relevante tilbud til rådighed til forebyggelse af smitsomme sygdomme, bl.a. nåle- og sprøjteprogrammer. Portugal har anslået, at dets apoteksbaserede og opsøgende nåle- og sprøjteprogrammer dækker ca. 50 % af området, og i Danmark er der nåle- og

<sup>(151)</sup> Se figur 11 i årsberetningen for 2006.

<sup>(152)</sup> Se tabel HSR-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(153)</sup> Se tabel HSR-4 i Statistical bulletin 2007.



sprøjteprogrammer i 10 af de 13 amter. Alle østrigske byer med mange intravenøse stofbrugere har mindst ét nåle- og sprøjteudleveringssted, og i Bulgarien er der adgang til tjenester i ti byer med en forholdsvis stor udbredelse af problematisk stofbrug. I Estland blev det anslået i 2005, at 37 % af de intravenøse stofbrugere var i kontakt med nåle- og sprøjteprogrammer, mens dækningen af målgrupperne i Slovakiet og Rumænien blev anslået til at være betydeligt lavere (henholdsvis 20 og 10-15 %).

En række lande (Bulgarien, Den Tjekkiske Republik, Estland, Ungarn, Østrig, Slovakiet, Finland) meldte om stigninger i det samlede antal sprøjter, der blev byttet eller udleveret via specialiserede nåle- og sprøjteprogrammer mellem 2003 og 2005 <sup>(154)</sup>.

Specialiserede tjenester, der tilbyder nåle- og sprøjteprogrammer, kan have andre vigtige roller på folkesundhedsområdet, f.eks. ved at vurdere og øge bevidstheden om risikoadfærd blandt klienter, motivere dem til at blive testet og vaccineret samt fungere som en kanal til primær sundhedspleje og narkotikabehandling. Selv om det er uklart, i hvilket omfang disse tjenester tilvejebringer disse tilbud, understreges behovet for, at der udvikles denne form for tilbud, af resultaterne af en national undersøgelse, der for nylig blev gennemført i England. Det fremgik af denne undersøgelsesrapport, at kendskabet til smitsomme sygdomme blandt klienterne var forholdsvis lavt, og at tjenesterne kunne være mere proaktive med hensyn til at tilbyde rådgivning, testning og vaccination.

## Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed

### Narkotikarelaterede dødsfald

Ifølge EONN's definition forstås begrebet narkotikarelaterede dødsfald som dødsfald, der er forårsaget direkte af brugen af et eller flere stoffer. Generelt indtræder narkotikarelaterede dødsfald kort tid efter indtagelsen af stoffet eller stofferne. Andre udtryk, der anvendes til at beskrive sådanne dødsfald, omfatter »overdoser«, »kroniske forgiftninger«, »narkotikaforårsagede dødsfald« eller »akutte narkotikarelaterede dødsfald« <sup>(155)</sup>. Antallet af narkotikarelaterede dødsfald i et samfund afhænger af

antallet af personer, der bruger stoffer, der er forbundet med overdosis (især opioider). Andre faktorer, der også er vigtige, er andelen af intravenøse stofbrugere, udbredelsen af blandingsbrug, adgangen til og strategien blandt behandlingstjenester og nødhjælpstjenester.

Selv om sammenligneligheden af europæiske data er blevet bedre i de senere år, betyder forskelle mellem landene med hensyn til kvaliteten af indberetningen stadig, at direkte sammenligninger bør foretages med forsigtighed. Omfanget af narkotikarelaterede dødsfald kan udtrykkes på grundlag af antallet af indberettede tilfælde, befolkningstal eller forholdsmæssig dødelighed. Selv om der er forskelle mellem landene med hensyn til kvaliteten af indberetningen, er det, hvis metoderne er uændrede over tid, muligt at iagttage tendenser med hensyn til antal af og karakteristika ved ofrene for overdoser.

Mellem 1990 og 2004 indberettede EU-landene fra 6 500 til over 9 000 dødsfald hvert år, svarende til i alt over 122 000 dødsfald i denne periode. Disse tal bør betragtes som et minimumsskøn <sup>(156)</sup>.

Befolkningsdødeligheden som følge af narkotikarelaterede dødsfald varierer meget mellem landene fra 3-5 <sup>(157)</sup> til over 50 dødsfald pr. 1 million indbyggere (i gennemsnit 18,3), med tal på over 20 pr. 1 million indbyggere i 11 europæiske lande. Blandt 15-39-årige mænd er dødeligheden typisk tre gange højere (i gennemsnit 61 dødsfald pr. 1 million indbyggere). I 2004-2005 tegnede narkotikarelaterede dødsfald sig for 4 % af alle dødsfald blandt europæere i alderen 15-39 år og for over 7 % i ni lande <sup>(158)</sup>.

Foruden overdoser dør stofbrugere af årsager, som er indirekte relateret til stofbrug. F.eks. tegnede aids-dødsfald i forbindelse med intravenøs stofbrug sig for næsten 1 400 dødsfald i 2003 (EuroHIV, 2006) <sup>(159)</sup>, selv om dette muligvis er for lavt vurderet. Det er vanskeligere at vurdere antallet af dødsfald af andre årsager, som er indirekte relateret til stofbrug (f.eks. hepatitis, vold, selvmord eller ulykker). Det er anslået, at i det mindste i nogle europæiske byer kan 10-20 % af dødeligheden blandt unge voksne direkte eller indirekte tilskrives opioidbrug (Bargagli et al, 2006) (se nedenfor). Til dette tal kommer dødelighed i forbindelse med andre former for stofbrug (f.eks. kokain), men dette er vanskeligere at kvantificere.

<sup>(154)</sup> Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2007.

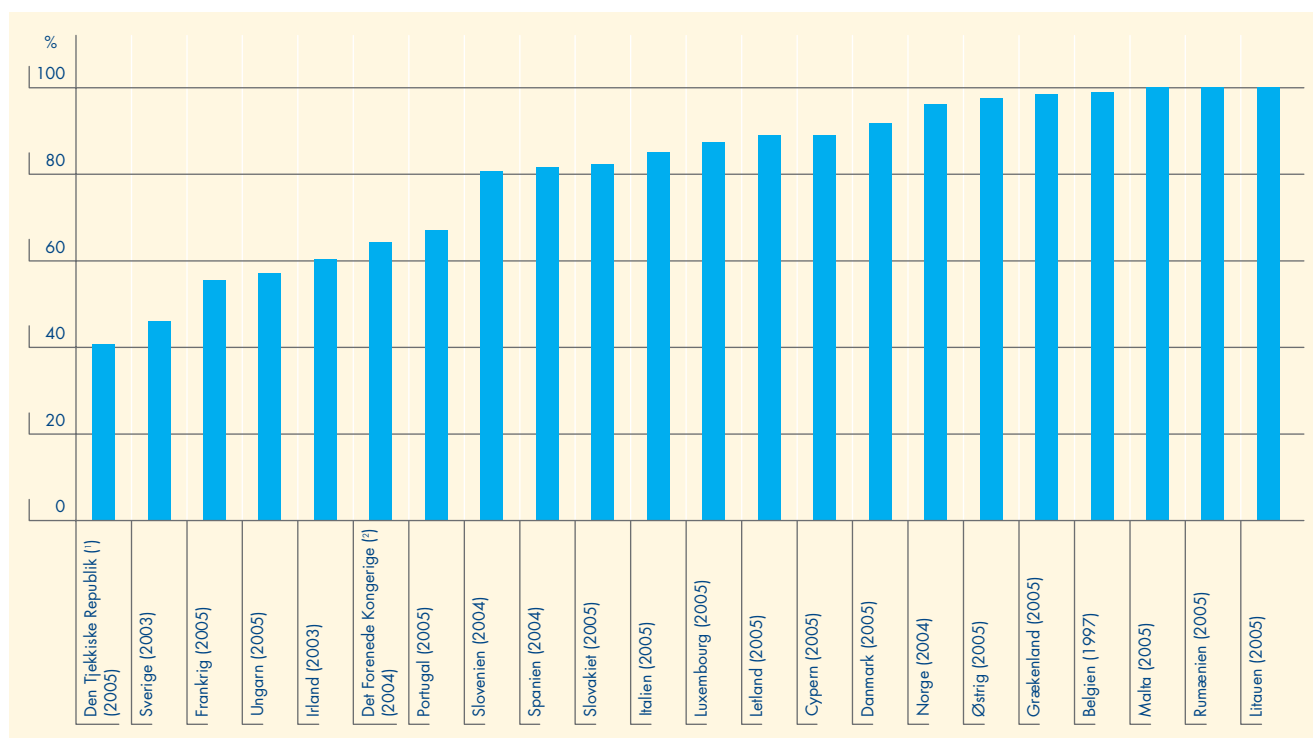
<sup>(155)</sup> De fleste nationale definitioner er de samme eller stort set de samme som EONN's definition, selv om nogle lande stadig medtager tilfælde, som er forårsaget af psykoaktive lægemidler, eller dødsfald, som ikke er forårsaget af overdoser, generelt som en begrænset andel (se metodebeskrivelsen »Drug-related deaths summary: definitions and methodological issues« (Oversigt over narkotikarelaterede dødsfald: definitioner og metodespørgsmål) i Statistical bulletin 2007 og protokollen DRD Standard, version 3.1).

<sup>(156)</sup> Se tabel DRD-2 (del i), DRD-3 og DRD-4 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(157)</sup> I Frankrig var tallet 0,9 pr. 1 million indbyggere i 2005, hvilket kan tyde på en vis underrapportering, men det bør bemærkes, at det var ti gange højere i 1994, hvor overdosisdødsfaldene begyndte at falde.

<sup>(158)</sup> Se tabel DRD-5 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(159)</sup> Bemærk, at tallet henviser til det vestlige og det centrale område af WHO Europe, som omfatter nogle tredjelande, og det samlede antal dødsfald for Estland, Letland og Litauen (det østlige område).

**Figur 12:** Andel af akutte narkotikarelaterede dødsfald, som viser tilstedeværelse af opioider

(1) Med hensyn til Den Tjekkiske Republik blev EONN's Udvalg D-definition af akutte narkotikarelaterede dødsfald anvendt i stedet for den nationale definition. Den nationale definition omfatter forgiftning forårsaget af psychoaktive lægemidler, som tegner sig for de fleste tilfælde (156 ud af 218 tilfælde).

(2) Office of National Statistics' definition.

NB: I nogle lande omfatter »den nationale definition« af narkotikarelaterede dødsfald et begrænset antal dødsfald, som indirekte er relateret til stofbrug.

Data for 2005 eller det sidste år, for hvilket der foreligger data. Se tabel DRD-1 i Statistical bulletin 2007 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2006) — oplysninger hentet i nationale dødelighedsregistre eller særlige registre.

For at kunne bestemme den samlede dødelighed som følge af problematisk stofbrug på nationalt eller europæisk plan vil indsamlingen og analysen af data skulle forbedres. Et forsøg herpå på nationalt plan er beskrevet i Nederlandenes nationale rapport. Ved at ekstrapolere data fra en lokal undersøgelse vurderedes dødeligheden, som direkte eller indirekte skyldtes problematisk stofbrug, under hensyntagen til regionale forskelle. Selv om der er behov for yderligere metodearbejde kan undersøgelser af denne art, foruden at måle omfanget af dødsfald, som indirekte er relateret til stofbrug, potentielt løse problemet med en mulig underrapportering af overdosisdødsfald.

### Akutte opioidrelaterede dødsfald

#### Heroin-dødsfald <sup>(160)</sup>

Opioidoverdoser er en af de væsentligste dødsårsager blandt unge i Europa, navnlig blandt mænd i byområder. De fleste tilfælde af akutte narkotikarelaterede dødsfald som følge af indtagelse af illegale stoffer, der er nævnt i indberetningerne fra EU-landene, involverer opioider, som tegner sig for 46-100 % (figur 12), hovedsageligt heroin

eller metabolitter heraf. I Europa er de fleste opioiddødsfald relateret til heroin, men ofte har man også identificeret andre stoffer, som eventuelt kan have spillet en rolle, især alkohol, benzodiazepiner eller andre opioider og i nogle lande kokain. En frivillig indsamling af data om stoffer i forbindelse med narkotikadødsfald, som ni lande deltog i i 2006 <sup>(161)</sup>, har bekræftet, at der i forbindelse med opioidoverdoser normalt nævnes mere end ét stof (60-90 % af tilfældene), og at de kan betragtes som »dødsfald som følge af blandingsbrug«.

Mænd tegner sig for hovedparten af dødsfald som følge af opioidoverdoser (59-100 %), med de højeste andele af kvinder i Den Tjekkiske Republik, Polen og Slovakiet og de laveste i Italien, Litauen og Luxembourg. De fleste ofre for overdoser er mellem 20 og 40 år, idet gennemsnitsalderen i de fleste lande ligger i midten af 30'erne <sup>(162)</sup>.

Gennemsnitsalderen på tidspunktet for dødsfaldet som følge af overdosis er lavest i Bulgarien, Estland, Letland og Rumænien og højest i Polen, Finland og Det Forenede Kongerige. Der er indberettet meget få overdosisfald blandt unge under 15 år, selv om narkotikadødsfaldene i denne

<sup>(160)</sup> Da de fleste tilfælde, der er indberettet til EONN, er opioidoverdoser, anvendes generelle kendetegn ved akutte narkotikarelaterede dødsfald til beskrivelsen af opioidtilfælde.

<sup>(161)</sup> Tjekkiet, Danmark, Tyskland, Letland, Malta, Nederlandene, Østrig, Portugal og Det Forenede Kongerige.

<sup>(162)</sup> Se tabel DRD-1 (del i) i Statistical bulletin 2007.

aldersgruppe kunne være underreporteret. Mens der er registreret nogle narkotikarelaterede dødsfald blandt personer over 65 år, har kun syv lande angivet over 5 % af tilfældene i denne aldersgruppe. I en række af de medlemsstater, der er trådt ind i EU siden 2004, kan den forholdsvis lave gennemsnitsalder på dødstidspunktet og den høje andel af ofre for dødelige overdoser blandt personer under 25 år være udtryk for yngre heroinbrugere i disse lande <sup>(163)</sup>.

I mange medlemsstater er gennemsnitsalderen for ofre for overdoser stigende, hvilket tyder på et fald i forekomsten af heroinbrug blandt unge. Denne tendens er almindelig i EU-15-medlemsstaterne, selv om der i de senere år er registreret fald i Østrig og Luxembourg. I de andre medlemsstater er tendensen mindre klar, og det lille antal tilfælde gør det vanskeligt at fortolke tallene <sup>(164)</sup>.

#### *Metadon- og buprenorphindødsfald*

Selv om forskningen viser, at substitutionsbehandling reducerer risikoen for dødelige overdoser, indberettes der hvert år en række dødsfald i forbindelse med misbrug af substitutionsmedicin. En overvågning af antallet af metadon- og buprenorphinrelaterede dødsfald og omstændighederne omkring dødsfaldet kan give vigtige oplysninger til kvalitetskontrollen i forbindelse med substitutionsprogrammer og til forebyggelses- og skadesreduktionsinitiativer.

Mange lande har meldt om, at metadon var involveret i en betydelig andel af de narkotikarelaterede dødsfald, selv om det ikke altid er klart, hvilken rolle metadon har spillet i forbindelse med dødsfaldet, og andre stoffer kan også være til stede. Danmark har angivet, at metadon var årsag til forgiftning (alene eller i kombination) i 43 % af de narkotikarelaterede dødsfald (89 ud af 206 tilfælde i 2005). Tyskland har angivet, at 255 tilfælde (ud af 1 477) skyldtes »substitutionsstoffer« (75 alene og 180 sammen med andre narkotiske stoffer) i 2005 i forhold til 345 tilfælde i 2004. Det Forenede Kongerige har indberettet 280 tilfælde (ud af 1 972, narkotikastrategidefinitionen) med »omtale« af metadon (2004), og i Norge viste 55 obduktioner spor af metadon. Spanien har angivet (nationale Reitox-rapporter, 2005), at der var nogle få dødelige overdoser med kun metadon (2 % af det samlede antal), men at det hyppigt var til stede i kombination med andre stoffer i forbindelse med opioiddødsfald (42 %) og kokaindødsfald (20 %). Andre lande har ikke indberettet metadondødsfald, eller antallene var meget små.

Dødsfald som følge af buprenorphinforgiftning synes at være sjældne, hvilket skyldes dette stofs farmakologiske

agonist-antagonist-egenskaber. Der er imidlertid indberettet nogle dødsfald fra europæiske lande. I de nationale rapporter for 2006 og 2005 har kun Frankrig og Finland indberettet dødsfald i forbindelse med dette stof. I Finland blev buprenorphin påvist i forbindelse med 83 tilfælde i 2005 (73 i 2004) og optrådte generelt sammen med benzodiazepiner, beroligende midler eller alkohol eller blev injiceret. I Frankrig blev der kun indberettet to dødelige buprenorphinoverdoser i 2005 (4 i 2004). Buprenorphin er det væsentligste stof i opioidsstitutionsbehandlingen i disse to lande, men de skønsmæssigt 70 000-85 000 personer, der får stoffet i Frankrig, er meget større end de antal, der er behandlet i Finland. Foruden Frankrig og Finland indberettede tre andre lande tilfælde af dødsfald i 2004 i relation til buprenorphin (2-3 i hvert tilfælde). I forbindelse med en undersøgelse, hvor man indgående søgte efter dødsfald med omtaler af buprenorphin i Det Forenede Kongerige mellem 1980 og 2002, blev der kun registreret 43 tilfælde, ofte i kombination med benzodiazepiner eller andre opioider (Schifano et al, 2005).

#### **Akutte ikke-opioidrelaterede dødsfald**

##### *Ecstasy- og amfetaminrelaterede dødsfald*

Ecstasyrelaterede dødsfald er sjældne, men gav anledning til betydelig bekymring, da de begyndte at blive indberettet for nogle år siden, eftersom de ofte indtræffer uventet blandt socialt integrerede unge. Det fremgår af de begrænsede data fra de nationale Reitox-rapporter for 2006, at antallet af ecstasydødsfald fortsat er på samme niveau som i tidligere år. I Europa som helhed blev der henvist til 78 ecstasyrelaterede dødsfald <sup>(165)</sup>.

Det er også sjældent, at der indberettes amfetamindødsfald, selv om 16 dødsfald i Den Tjekkiske Republik blev tilskrevet pervitin (metamfetamin) i 2004 og 14 i 2005, hvilket korrelerede med en stigning i det skønnede antal problematiske pervitinbrugere og behandlingsanmodninger. I Finland blev der indberettet 65 amfetaminrelaterede dødsfald, selv stoffets rolle i forbindelse med disse dødsfald ikke var nærmere angivet.

##### *Kokainrelaterede dødsfald*

Det er vanskeligere at identificere kokainrelaterede overdosisdødsfald end dødsfald forårsaget af opioider, og de anses ofte for snarere at være et resultat af en kombination af årsager end af selve kokainforgiftningen <sup>(166)</sup>. Undersøgelser har vist, at de fleste kokainrelaterede dødsfald kan tilskrives kronisk brug af stoffet og ofte er et resultat af hjerte- og neurologiske problemer som følge af brugen af kokain i en lang periode, især i forbindelse med

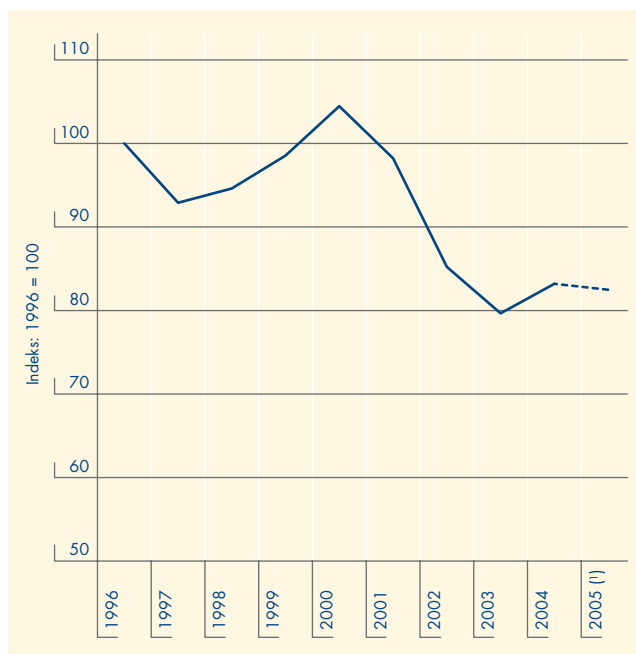
<sup>(163)</sup> Se figur DRD-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(164)</sup> Se figur DRD-3 og DRD-4 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(165)</sup> Afhængigt af land henviser tallene til 2004 eller 2005 med hensyn til ecstasy og kokain.

<sup>(166)</sup> I det udvalgte tema i 2007 om kokain behandles dødsfald, der er relateret til dette stof, mere udførligt.

**Figur 13:** Generel tendens for akutte narkotikarelaterede dødsfald, 1996-2005 for alle medlemsstater med tilgængelige data



(1) For 2005 er tallet foreløbigt og kun baseret på en sammenligning af 2004 og 2005 for lande med data for begge år.

NB: Den indekserede ændring er beregnet på grundlag af lande med oplysninger for det anførte og det foregående år. Antal dødsfald i hvert land og metodebeskrivelsen findes i tabel DRD-2 i Statistical bulletin 2007.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2006) — oplysninger hentet i generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre).

forudisponerede brugere eller personer med risikofaktorer. I Europa nævnes der i indberetninger af dødsfald, hvor kokain er involveret, sædvanligvis også tilstedeværelse af andre stoffer (bl.a. alkohol og opioider), hvilket afspejler brug af kokain i kombination med andre stoffer.

Blandt de lande, der har indberettet data, blev der identificeret over 400 kokainrelaterede dødsfald i de nationale rapporter for både 2006 og 2005. Der er et klart behov for at undersøge de sundhedsmæssige følger og dødeligheden i forbindelse med kokainbrug nærmere.

### Tendenser i akutte narkotikarelaterede dødsfald

Nationale tendenser i de narkotikarelaterede dødsfald kan give et vist indblik både i udviklingen i mønstrene i problematisk stofbrug i hvert land og i udviklingen i forbindelse med tiltag. De foreliggende data for EU-landene viser visse generelle tendenser i de narkotikarelaterede dødsfald. I et mere langsigtet perspektiv oplevede EU-15-medlemsstaterne og Norge en markant stigning i de narkotikarelaterede dødsfald i 1980'erne og begyndelsen af

1990'erne, som muligvis forekom parallelt med stigningen i heroinbrug og intravenøs brug<sup>(167)</sup>. Narkotikadødsfaldene fortsatte med at stige mellem 1990 og 2000, dog mindre markant.

Siden 2000 har mange EU-lande meldt om fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald, muligvis som følge af en forbedret adgang til behandling og skadesreduktionsinitiativer, selv om mulige ophør med intravenøs brug eller en reduceret tilgængelighed af heroin også kan være af betydning. På europæisk plan faldt antallet af narkotikarelaterede dødsfald med 6 % i 2001, med 14 % i 2002 og med 5 % i 2003 (figur 13). Indberetninger for 2004 og foreløbige data for 2005 tyder imidlertid på, at nedgangen i antallet af narkotikarelaterede dødsfald ikke er fortsat efter 2003.

En tendens, der giver anledning til bekymring, er ved at gøre sig gældende i indberetninger af narkotikarelaterede dødsfald i visse lande. Efter at antallet af narkotikarelaterede dødsfald var toppet i 1999-2001, efterfulgt af et klart fald i 2-3 år, er der blevet registreret en stigning i antallet af indberettede dødsfald i 2004 og 2005<sup>(168)</sup>. Dette mønster beskriver generelt de tendenser i narkotikarelaterede dødsfald, der er registreret i de senere år i Irland, Grækenland, Portugal, Finland og Norge og i mindre omfang i Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige. Efter mange år med et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald er der i de seneste to år i Italien registreret en vis stigning<sup>(169)</sup>. Der er angivet en række mulige årsager til denne nylige stigning, bl.a. blandingsbrug blandt opioidbrugere eller en mulig stigning i tilgængeligheden af heroin.

Der er en markant forskel mellem tendenserne i de narkotikarelaterede dødsfald mellem EU-15-medlemsstaterne og de medlemsstater, der er tiltrådt EU siden 2004. Blandt EU-15-medlemsstaterne har der været et generelt fald siden 1996, meget markant mellem 2000 og 2002, hvilket tyder på et langsigtet fald i antallet af unge intravenøse stofbrugere. De seneste tendenser i disse lande er imidlertid blandede. I de nye medlemsstater blev der registreret en markant stigning indtil 2002, hvorefter der begyndte at ske et fald i 2003-2004.

Der er registreret stigninger i andelen af narkotikarelaterede dødsfald blandt stofbrugere under 30 år i Grækenland og blandt unge under 25 år i Estland, Luxembourg og Østrig og i mindre omfang i Letland og Nederlandene, selv om unge stofbrugere i de fleste lande tegner sig for en faldende andel af ofrene for overdoser<sup>(170)</sup>.

<sup>(167)</sup> Se figur DRD-8 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(168)</sup> Se tabel DRD-2 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(169)</sup> Se figur DRD-11 i Statistical bulletin 2007.

<sup>(170)</sup> Se figur DRD-9 i Statistical bulletin 2007.

Der kan også iagttages kønsforskelle i tendenserne i de narkotikarelaterede dødsfald <sup>(171)</sup>. Flere oplysninger findes i det udvalgte tema i 2006 om køn og stofbrug.

### Samlet dødelighed blandt problematiske stofbrugere

Oplysninger om den samlede dødelighed (forårsaget direkte og indirekte af stoffer) blandt problematiske stofbrugere vedrører for det meste opioidbrugere, mens der generelt mangler oplysninger om dødelighed i forbindelse med andre former for stofbrug, men disse bliver stadig vigtigere af hensyn til folkesundheden, f.eks. blandt regelmæssige, men socialt integrerede kokainbrugere.

Forskningsundersøgelser blandt opioidbrugere i forskellige europæiske miljøer har vist, at dødeligheden blandt denne gruppe er høj i forhold til dødeligheden blandt den almindelige befolkning. En fællesundersøgelse, der blev indledt inden for rammerne af et EONN-projekt, viste, at opioidbrugere rekrutteret fra behandlingscentre otte steder i Europa havde en meget høj dødelighed i forhold til andre i samme aldersgruppe (se EONN, 2006). Det fremgik af en kohorteundersøgelse af dødeligheden foretaget i Den Tjekkiske Republik, at den standardiserede dødelighedsratio blandt stimulansbrugere var 4-6 gange højere end blandt den almindelige befolkning, mens dødeligheden blandt opioidbrugere var 9-12 gange højere (nationale Reitox-rapporter, 2005). En fransk kohorteundersøgelse, som fulgte personer anholdt for brug af heroin, kokain eller crack, viste, at dødeligheden blandt mænd var 5 gange højere og dødeligheden blandt kvinder 9,5 gange højere end i den almindelige befolkning, men med en faldende tendens (nationale Reitox-rapporter, 2005). Yderligere oplysninger om dødeligheden blandt stofbrugere forventes fra kohorteundersøgelser, der er i gang i en række europæiske lande (Bulgarien, Spanien, Malta, Østrig, Polen, Rumænien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Norge).

I forbindelse med nyere undersøgelser fra Nederlandene og Norge blev der ikke fundet nogen forbindelse mellem alder og risiko for overdosisdødsfald (Cruts et al, i trykken; Ødegård et al, 2006, nævnt i Norges nationale rapport), men efterhånden som opioidbrugere bliver ældre, optræder der foruden dødelighed som følge af eksterne årsager, f.eks. selvmord og vold, også dødelighed som følge af kroniske sygdomstilstande. Ringe levevilkår blandt stofbrugere samt deres psykiske problemer kan også i vidt omfang bidrage til den høje dødelighed i denne gruppe.

Selv mord er påvist som en årsag til overdosisdødsfald i en række undersøgelser blandt stofbrugere. Kendte selvmord samt dødsfald med ubestemt hensigt udgjorde 30 % af alle narkotikarelaterede dødsfald, der blev indberettet i Skotland i 2005. I 2003 var 13 % af alle narkotikarelaterede

### Comorbiditet og ISADORA-projektet

Psykiatriske forstyrrelser forekommer ofte i forbindelse med problematisk stofbrug. Selv om der ikke findes nogen systematisk indsamling af information om comorbiditet på europæisk plan, fremgår det af resultater af lokale undersøgelser, der er gennemført i en række europæiske lande, at mellem 30 og 90 % af klienterne i narkotikabehandling kan have comorbide psykiatriske lidelser. De mest almindelige forstyrrelser, der er diagnosticeret blandt disse stofafhængige, er personlighedsforstyrrelser, depression, antisocial personlighed, angst, affektive forstyrrelser og spiseforstyrrelser. Skizofreni og suicidale tendenser er ligeledes nævnt. Comorbiditet angives at være mere udbredt blandt heroinbrugere, navnlig personer, der har brugt stoffer i lang tid, og som har oplevet flere afbrydelser i metadonbehandlingen, og hvis sociale forhold og levevilkår er blevet forværret. Ligeledes er stofafhængighed udbredt blandt personer med alvorlige psykiske lidelser.

Det europæiske projekt ISADORA (»integrerede tilbud målrettet mod dobbeltdiagnose og optimal behandling af afhængighed«) blev afsluttet i 2005 efter en treårig forskningsperiode <sup>(1)</sup>. Projektet, som havde til formål at identificere større institutionelle og individuelle risikofaktorer for comorbiditet, havde deltagelse af syv steder i Europa og 352 patienter rekrutteret fra akutte psykiatriske afdelinger. Ifølge resultaterne skyldes en dårlig prognose og kaotiske dobbeltdiagnoseforløb ikke alene klientkarakteristika, men også fragmenterede tilbud, hvilket ofte resulterer i en ineffektiv sektoropdeling af behandlingen. Blandt resultaterne af ISADORA er en omfattende træningsmanual om dobbeltdiagnose.

<sup>(1)</sup> <http://isadora.advsh.net/>

dødsfald selvmord (Scottish Executive, 2005). Stofmisbrugsproblemer menes at bidrage til suicidal adfærd på flere måder; almindelige risikofaktorer, stofmisbrug blandt personer, der er tilbøjelige til at udvise højrisikoadfærd.

### Reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

Der er sat øget fokus på foranstaltninger til forebyggelse af overdoser i erkendelse af den relative betydning af overdoser som et folkesundhedsspørgsmål. Selv om kontakt til behandlingstjenester og andre tilbud kan reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald, er der fortsat betydelige muligheder for at udvikle tiltag, der specifikt er målrettet mod overdosisrisici, og generelt mangler Europa stadig en overordnet strategi for forebyggelse af overdoser.

Medlemsstaterne, især de, der tidligere har haft heroinepidemier, har i stigende grad øget adgangen til narkotikabehandling i de seneste år og når nu ud

<sup>(171)</sup> Se figur DRD-6 i Statistical bulletin 2007.



til stadig flere af de problematiske stofbrugere, der er vanskelige at nå (se tillige kapitel 2 og kapitel 6). Lettere adgang til behandling og flere forskellige tiltag, herunder substitutionsbehandling, gør, at flere fastholdes i behandling, hvilket yder et vigtigt bidrag til at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald og dødeligheden. Mange lande har nedsat kravene til adgang til vedligeholdelsesbehandling, og der er klart sket ændringer i filosofien med hensyn til at fremskynde adgangen til og genoptagelsen af metadonvedligeholdelsesbehandling (foranstaltninger, som har vist sig at øge overlevelsen). Endvidere viser undersøgelser fra højtærskelprogrammer, at strenge adgangskriterier og behandlingsregler fører til flere disciplinære eksklusioner, hvilket øger risikoen for at dø for dem, der er ekskluderet, i forhold til dem, der forbliver i behandling (Fugelstad et al, 2007). En længdeundersøgelse om effektiviteten af behandlinger for heroinafhængighed, hvor man vil se nærmere på forbindelsen mellem fastholdelse i behandling og dødelighed, er for øjeblikket i gang i Italien (Bargagli et al, 2006).

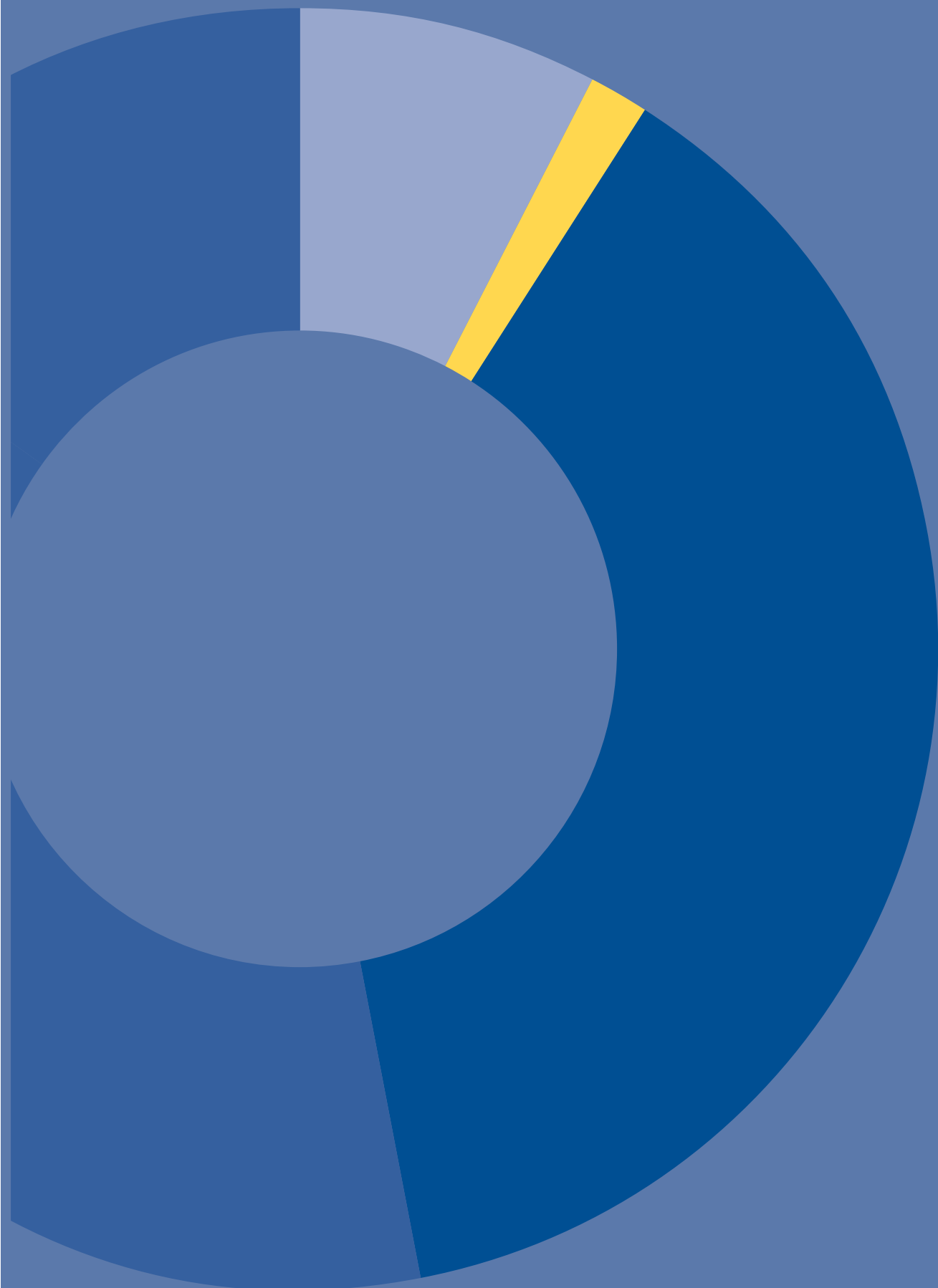
I de første par uger efter løsladelse fra fængsel eller ophør med behandling har personer, som ikke længere bruger opioider, en forhøjet overdosisrisiko, hvis de får tilbagefald til stofbrug — da deres tidligere tolerance vil være nedsat. Det er derfor en vigtig skadesreduktionsforanstaltning at informere personer, der forlader sådanne miljøer, om de risici, der kan være forbundet med at genoptage stofbruget, og drøfte risikoreduktionsstrategier med dem. Fortsat behandling med social støtte og behandlingstjenester kan spille en vigtig rolle i denne henseende, navnlig for personer, der løslades.

Andre tiltag til forebyggelse af overdoser omfatter undervisning af stofbrugere i, hvordan en person lægges i aflåst sideleje, og hvordan man bedre kan reagere på nødsituationer, samt samarbejde med politi, ambulancetjeneste og stofbrugere selv for at tilskynde til, at der på et tidligt tidspunkt i forbindelse med en overdosis gøres brug af akut lægehjælp. Det fremgår af forskningsresultater, at samtidig brug af andre stoffer, især alkohol og beroligende midler, kan øge risikoen for dødelige opioidoverdoser, og blandingsbrug er derfor et vigtigt spørgsmål for tjenesterne. I forbindelse med forsøg har man set nærmere på muligheden for at udlevere opioidantagonister til stofbrugere, og et eksempel i denne henseende er en skotsk pilotordning, hvor der udleveres naloxon til stofbrugere, deres familier og venner. Denne

strategi er endnu ikke blevet udbredt i Europa, men kan have potentiale. Adgang til opioidantagonister i ambulancer, behandlingsfaciliteter og andre miljøer, hvor der er sandsynlighed for, at der kan optræde opioidoverdoser, er en mere almindelig tilgang, om end den ikke anvendes overalt. I betragtning af disse stoffers effektivitet, hvis de indgives hurtigt, er der klart behov for at se nærmere på tilgængeligheden af denne form for tiltag i forbindelse med en eventuel gennemgang af foranstaltninger til forebyggelse af overdoser.

En tilgang, der har givet anledning til nogen uenighed, er etableringen af brugerrum, som giver stofbrugere mulighed for at indtage deres stoffer på et nærmere afgrænset sted, hvor der også kan være adgang til lægehjælp og andre tjenester. Brugerrum er blevet kritiseret i INCB's seneste årsrapporter, men anses af nogle EU-medlemsstater som en hensigtsmæssig del af deres tiltag over for nogle former for meget problematisk stofbrug. Blandt argumenterne til fordel for brugerrum er, at de kan udgøre en foranstaltning til forebyggelse af overdoser, reducere andre risici i forbindelse med intravenøs stofbrug, give mulighed for at formidle oplysninger og fungere som en kanal til primær sundhedspleje, behandlings- og andre narkotikatjenester. Brugerrum anses undertiden for at være en mulighed for at begrænse forstyrrelsen af den offentlige orden som følge af brugen af stoffer. Der findes nu over 70 brugerrum i EU og Norge, heraf ca. 40 i Nederlandene, 25 i Tyskland, 6 i Spanien og ét i henholdsvis Luxembourg og Norge.

Oplysnings-, uddannelses- og kommunikationsteknikker (IEC) anvendes i hele Europa i forbindelse med initiativer, der har til formål at reducere de narkotikarelaterede dødsfald. En række lande har meldt om, at der udleveres specifikt udviklet informationsmateriale til stofbrugere, deres kammerater og familier eller politiet. Foruden førstehjælpskurser til personale inden for narkotikatjenester eller til stofbrugere selv synes vurderinger af risikoen for overdoser og rådgivning om risikohåndtering imidlertid at blive mere og mere almindeligt i Europa og nævnes f.eks. i rapporterne fra Rumænien, Nederlandene og Malta. I 2005 blev der i Skotland iværksat en handlingsplan, som har til formål at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald, og hvori indgår en oplysnings-dvd vedrørende overdoser, ny forskning til undersøgelse af forsinkelser, når der tilkaldes hjælp, og et nationalt forum, der skal se nærmere på tendenser og identificere områder, hvor der bør gøres en yderligere indsats.





## Referencer

- Aveyard, P., Markham, W.A., Lancashire, E. et al (2004): »The influence of school culture on smoking among pupils«, *Social science and medicine* 58, s. 1767-1780.
- Bargagli, A.M., Faggiano, F., Amato, L., Salamina, G. et al (2006): »VEdeTTE, a longitudinal study on effectiveness of treatments for heroin addiction in Italy: study protocol and characteristics of study population«, *Substance use misuse* 41, s. 1861-1879.
- Binnie, I., Kinver, A. og Lam, P. (2006): »Know the score: cocaine wave 3, 2005/06 post-campaign evaluation«, Scottish Executive, Edinburgh (<http://www.scotland.gov.uk/Publications/2006/06/14152757/0>).
- Brown, C.H., Berndt, D., Brinales, J. et al (2000): »Evaluating the evidence of effectiveness for preventive interventions: using a registry system to influence policy through science«, *Addictive behaviours* 25, s. 955-964.
- Bühler, A. og Kröger, C. (2006): »Expertise zur Prävention des Substanzmissbrauchs«, *Forschung und Praxis der Gesundheitsförderung*, Vol. 29, Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung, Köln.
- Canning, U., Millward, L., Raj T. og Warm, D. (2004): *Drug use prevention among young people: a review of reviews*, Health Development Agency, London.
- Cho, H., Hallfors, D.D. og Sanchez, V. (2005): »Evaluation of a high school peer group intervention for at-risk youth«, *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 363-374.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs (FN's Narkotikakommission), United Nations: Economic and Social Council (FN's Økonomiske og Sociale Råd), Wien.
- CND (2007), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs (FN's Narkotikakommission), United Nations: Economic and Social Council (FN's Økonomiske og Sociale Råd), Wien.
- Cochrane Collaboration (2007), *Cochrane glossary* (<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>).
- Cox, G., Comiskey, C., Kelly, P. og Cronly, J. (2006): *ROSIE findings 1: summary of 1-year outcomes*, National Advisory Committee on Drugs, Dublin.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. og Van Laar, M. (i trykken): »Estimating the total mortality among problem drug users«, *Substance use and misuse* 43.
- Dasis (2006): »Methamphetamine/amphetamines treatment admissions in urban and rural areas: 2004«, *The DASIS Report*, Issue 27.
- Dishion, T.J. og Dodge, K.A. (2005): »Peer contagion in interventions for children and adolescents: moving towards an understanding of the ecology and dynamics of change«, *Journal of abnormal child psychology* 33, s. 395-400.
- ECDC (2007): »HIV Infection in Europe: 25 years into the pandemic«, teknisk rapport, ([http://www.eu2007.de/en/News/download\\_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf](http://www.eu2007.de/en/News/download_docs/Maerz/0312-BSGV/040Background.pdf)).
- EMA (2005): »Committee for Medicinal Products for Human Use Summary of Opinion«, doc ref emea/chmp/195488/2005 (<http://www.emea.eu.int>).
- EONN (2002): *Report on the risk assessment of ketamine in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2004): *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nr. 6, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2005): *Årsberetning 2005: narkotikasituationen i Europa*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2006): *Årsberetning 2006: narkotikasituationen i Europa*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2007a): *Narkotika og kriminalitet — en kompleks sammenhæng*, Fokus på narkotika nr. 16, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2007b): *Treatment of problem cocaine use: a review of the literature*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=18945>).
- Eurobarometer (2004): 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer* 158 ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/flash/fl158\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/flash/fl158_en.pdf)).

- Eurobarometer (2006): 'Public opinion in the European Union', *Eurobarometer 66* ([http://ec.europa.eu/public\\_opinion/archives/eb/eb66/eb66\\_highlights\\_en.pdf](http://ec.europa.eu/public_opinion/archives/eb/eb66/eb66_highlights_en.pdf)).
- EuroHIV (2006): *HIV/AIDS Surveillance in Europe, end-year report 2005*, nr. 73, Institut de veille sanitaire, Saint-Maurice.
- Farrell, M. (1995): *Drug prevention: a review of legislation, regulation and delivery of methadone in 12 Member States of the European Union*, Europa-Kommissionen, Luxembourg.
- FESAT (2005): »Monitoring project: changes during the second half of 2005« (<http://www.fesat.org/>).
- Flay, B.R., Biglan, A., Boruch, R.R.F. et al (2005): »Standards of evidence: criteria for efficacy, effectiveness and dissemination«, *Prevention science* 6, s. 151-175.
- Fugelstad, A., Stenbecka, M., Leifman, A., Nylander, M. og Thiblin, I. (2007): »Methadone maintenance treatment: the balance between life-saving treatment and fatal poisonings«, *Addiction* 102, s. 406-412.
- GAO (2006): »ONDCP media campaign, contractor's national evaluation did not find that the youth anti-drug media campaign was effective in reducing youth drug use«, teknisk rapport, Washington, DC, Government Accountability Office.
- Gossop, M. (2006): *Treating drug misuse problems: evidence of effectiveness*, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- Gossop, M., Marsden, J. og Stewart, D. (2001): »NTORS after five years: changes in substance use, health and criminal behaviour during the five years after intake«, National Addiction Centre, London.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N. et al (2002): *Prevention of psychoactive substance use, a selected review of what works in the area of prevention*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.
- HDA (2004): »The effectiveness of public health campaigns«, Briefing 7, Health Development Agency, London (<http://www.nice.org.uk/download.aspx?o=502775>).
- INCB (2006): *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, New York.
- INCB (2007a): *Report of the International Narcotics Control Board for 2006*, FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, New York.
- INCB (2007b): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances, 2006*, FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, New York.
- Ives, R. (2006): »Real life is messy«, *Drugs: education, prevention and policy* 13, s. 389-391.
- Jones, L., Sumnall, H., Burrell, K., et al (2006), *Universal drug prevention*, John Moores University, Centre for Public Health, Liverpool (<http://www.drugpreventionevidence.info/documentbank/Universal.pdf>)
- Kenis, P. (2006): *Implementation and effects of drugs coordination*, EONN, Lissabon (ikke offentliggjort).
- Kouvonen, P., Skretting, A. og Rosenqvist, P. (udg.) (2006): *Drugs in the Nordic and Baltic countries: common concerns, different realities*, Nordic Council for Alcohol and Drug Research, Helsinki.
- Kuntsche, E. og Jordan, M. (2006): »Adolescent alcohol and cannabis use in relation to peer and school factors«, *Drug and alcohol dependence* 84, s. 167-174.
- Lohrmann, D.K., Alter, R.J., Greene, R. og Younoszai, T.M. (2005): »Long-term impact of a district-wide school/community-based substance abuse prevention initiative on gateway drug use«, *Journal of drug education* 35, s. 233-253.
- London Drug Policy Forum (1996): »Dance till dawn safely: a code of practice on health and safety at dance venues« (<http://www.drugscope.org.uk>).
- Loth, C., Schippers, G.M., Hart, H. og van de Wijngaart, G. (2007): »Enhancing the quality of nursing care in methadone substitution clinics using action research: a process evaluation«, *Journal of advanced nursing*, 57, s. 422-431.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al (2005): *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*, Home Office, London.
- Mansfield, D. (2007): »Beyond the metrics: understanding the nature of change in the rural livelihoods of opium poppy growing households in the 2006/07 growing season«, rapport til den britiske regerings »Afghan drugs interdepartmental unit«.
- March J. C., Oviedo-Joekes E., Perea-Milla E. et al (2006), 'Controlled trial of prescribed heroin in the treatment of opioid addiction', *Journal of substance abuse treatment* 31, pp. 203-211.
- Mateu, G., Astals, M. og Torrens, M. (2005): »Comorbilidad psiquiatrica y trastorno por dependencia de opiáceos: del diagnostico al tratamiento«, i: Miranda, J.J.F. og Melich, M.T. (udg.), *Monografía opiáceos, Adicciones* 17, s. 111-121.
- McCambridge, J., Mitcheson, L., Winstock, A. og Hunt, N. (2005): »Five year trends in patterns of drug use among people who use stimulants in dance contexts in the United Kingdom«, *Addiction* 100, s. 1140-1149.
- Nabben, T., Benschop, A. og Korf, D. (2006): *Antenne 2005, Trends in alcohol, tabak en drugs bij jonge Amsterdammers*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.
- Naber, D., og Haasen, C. (2006), *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie. Abschlussbericht der Klinischen Vergleichsstudie zur Heroin- und Methadonbehandlung gemäß Studienprotokoll*, Zentrum für Interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg, Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).

- NTA (2002), Research into practice No. 1 (b) Commissioners' briefing — commissioning cocaine/crack dependence. National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Parkin, S. og McKeganey, N. (2000): »The rise and rise of peer education approaches«, *Drugs: education, prevention and policy* 7, s. 293-310.
- Reuter, P. (2006): »What drug policies cost: estimating government drug policy expenditures«, *Addiction*, 101, s. 315-322.
- Rigter, H. (2005): »Treating cannabis dependence in adolescents: a European initiative based on current scientific insights«, i *Jugendkult Cannabis Risiken und Hilfe*, Die Drogenbeauftragte der Bundesregierung, Berlin, s. 117-124.
- SAMHSA, Office of Applied Studies, *National survey on drug use and health, 2005* ([www.samhsa.gov](http://www.samhsa.gov)) og (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Schifano, F. et al (2005): »Buprenorphine mortality, seizures and prescription data in the UK, 1980-2002«, *Human psychopharmacology: clinical and experimental* 20, s. 343-348.
- Schifano, P., Bargagli, A.M., Belleudi, V. et al (2006): »Methadone treatment in clinical practice in Italy: need for improvement«, *European addiction research* 12, s. 121-127.
- Scholey, A., Parrott, A., Buchanan, T. et al (2004): »Increased intensity of ecstasy and polydrug usage in the more experienced recreational ecstasy/MDMA users: A WWW study«, *Addictive behaviours* 29, s. 743-752.
- Scottish Executive (2005): *National investigation into drug related deaths in Scotland, 2003*, Scottish Executive, Edinburgh.
- Single, E., Collins, D., Easton, B. et al (2001): *International guidelines for estimating the costs of substance abuse*, Canadian Center on Substance Abuse, Toronto.
- Sonntag, D., Bauer, C. og Hellwich, W.K. (2006): »Deutsche Suchthilfestatistik 2005 für ambulante Einrichtungen«, *Sucht*, 52, s. 7-43.
- Stafström, M., Östergren, P., Larsson, S. et al (2006): »A community action programme for reducing harmful drinking behaviour among adolescents: the Trelleborg Project«, *Addiction* 101, s. 813-823.
- Strang, J., Sheridan, J., Hunt, C. et al (2005): »The prescribing of methadone and other opioids to addicts: national survey of GPs in England and Wales«, *British journal of general practice* 55, s. 444-451.
- Sumnall, H., Woolfall, K., Edwards, S., Cole, J. og Beynon, C. (2007): »Use, function and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB)«, ikke offentliggjort dokument, Centre for Public Health, John Moores University, Liverpool, Det Forenede Kongerige.
- UNODC (2005): *2005 World drug report*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2006): *2006 World drug report*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2007): *2007 World drug report*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC og Marokkos regering (2007): *Morocco Cannabis survey 2006*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- Weaver, T. (2007): »Summary of the NECTOS study of specialist crack cocaine services«, National Treatment Agency for Substance Misuse, NTA, London.
- WHO (2006): »Critical review of ketamine 2006«, 34th ECDD 2006/4.3 ([www.who.int/medicines/areas/quality\\_safety/4.3KetamineCritReview.pdf](http://www.who.int/medicines/areas/quality_safety/4.3KetamineCritReview.pdf)).
- WHO/UNAIDS (2007): »Guidance on provider-initiated HIV testing and counselling in health facilities«, Verdenssundhedsorganisationen, 2007 (<http://www.who.int/hiv/topics/vct/en/index.html>).
- Wikstrom, M., Holmgren, P. og Ahlner, J. (2004): »A2 (N-benzylpiperazine) a new drug of abuse in Sweden«, *Journal of analytical toxicology* 28, s. 67-70.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

**Årsberetning for 2007: narkotikasituationen i Europa**

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

2007 — 91 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-285-0

## **Hvordan får man fat i EU-publikationer?**

Publikationskontorets publikationer, som udbydes til salg, kan erhverves fra EU-boghandlen <http://bookshop.europa.eu>, hvor man kan afgive en ordre til et salgskontor efter eget valg.

En liste over Publikationskontorets verdensomspændende net af salgssteder kan desuden rekvireres pr. fax på (352) 29 29 42758

## 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, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa.

