



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096

ÅRSBERETNING 2006

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ÅRSBERETNING 2006

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

Juridisk meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) og er ophavsretligt beskyttet. EONN påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. 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, 2006

ISBN 92-9168-251-9

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2006

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 • <http://www.emcdda.europa.eu>

Indhold

Forord	5
Takord	7
Indledning	9
Kommentar: narkotikaproblemet i Europa	11
Kapitel 1	
Politikker og lovgivninger	17
Kapitel 2	
Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt	27
Kapitel 3	
Cannabis	37
Kapitel 4	
Amfetaminer, ecstasy og andre psykotrope stoffer	47
Kapitel 5	
Kokain og crackkokain	58
Kapitel 6	
Opioidbrug og intravenøs stofbrug	66
Kapitel 7	
Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald	75
Kapitel 8	
Forbedret overvågning af problematisk stofbrug og blandingsbrug	88
Referencer	95



Forord

Dette er den 11. årsberetning fra Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, og den foreligger i år på 23 europæiske sprog. Når man ser tilbage på agenturets årsberetninger over de sidste mange år, kan man næsten ikke undgå at lægge mærke til, at de tilgængelige oplysninger i dag er meget mere detaljerede end tidligere, hvilket afspejler en mere kompleks situation, både hvad angår brugen af ulovlige stoffer i Europa og den måde, hvorpå Europa håndterer narkotikaproblemet.

Mængden af de oplysninger, som ligger til grund for vores analyser, er vokset betydeligt. Dette års beretning er baseret på data fra de 25 EU-medlemslande og Norge samt data fra Bulgarien, Rumænien og Tyrkiet, hvor sådanne foreligger. Der er ikke blot sket en stigning i antallet af lande, som indgiver oplysninger, men også i antallet af sammenlignelige oplysninger fra hvert af disse lande. Oplysningerne giver os et langt mere præcist billede end nogensinde af narkotikasituationen i Europa og udviklingstendenserne på området. Det er EONN's opgave at undersøge denne kompleksitet, klarlægge, hvilke fælles erfaringer landene har gjort, og kommentere de forskelle, der er. Ved at investere i dataindsamling og deltage i Narkotikaovervågningscentrets arbejde er medlemsstaterne blevet bevidste om, at nabolandenes problemer i dag kan blive deres egne i morgen. Denne bevidsthed er synlig i Den Europæiske Unions nye narkotikastrategi og tilhørende handlingsplaner, som underbygges af enighed om vigtigheden af at indsamle og udveksle oplysninger, behovet for at identificere og udbrede god praksis, og værdien af samarbejde og koordineret indsats over for den trussel, som narkotika udgør over for både EU-borgernes sundhed, trivsel og sikkerhed.

De tilgængelige oplysninger minder os også om behovet for løbende overvågning og farerne ved efterladenhed. Denne beretning anslår en advarende tone i forbindelse med narkotikarelaterede hiv-infektioner og narkotikarelaterede dødsfald. Ikke desto mindre er der i Europa gjort en

kolossal indsats for at løse denne type problemer, og der er gjort konkrete fremskridt. Det har betydet, at de politiske beslutningstagere i Europa har måttet træffe svære valg, hvilket de har gjort i stor målestok efter nøje at have undersøgt de foreliggende oplysninger. Et sådant politisk perspektiv fortjener ros. I den globale debat om narkotikaproblemet skortes der ikke på retorikken, når det gælder behovet for en afbalanceret og evidensbaseret tilgang. Denne retorik er, måske mere end noget andet sted, blevet til virkelighed i Europa. Selv om der er forskel på medlemsstaternes narkotikaproblemer og indsatsprioritering, er alle enige om, at det er vigtigt at udveksle oplysninger og at samarbejde med henblik på at begrænse narkotikaudbuddet og afbalancere indsatsen for at begrænse henholdsvis udbuddet og efterspørgslen. Der er stigende enighed om, at de svære valg med hensyn til, hvilke programmer og aktioner der er i EU-borgernes bedste interesse, bør træffes med udgangspunkt i den foreliggende dokumentation. Den europæiske tilgang er ikke blot synlig i den nye europæiske narkotikastrategi, men også i de nationale narkotikastrategier, som medlemsstaterne har vedtaget, i Europas styrkede og forenede stemme på dette område og i EONN's arbejde, idet vi stræber mod at yde vores bidrag til at muliggøre beslutningstagning på et velinformeret grundlag gennem forelæggelse af en nøje, objektiv og videnskabelig analyse af de oplysninger, der er tilgængelige om narkotikafænomenet i Europa.

Narkotikabrug er et komplekst emne, hvor simple konklusioner ikke er nok. Én konklusion kan der dog klart drages ud fra erfaringerne på europæisk plan — vi har lært, at det ikke blot virker at arbejde sammen, men at det også er altafgørende, hvis vi effektivt skal håndtere de udfordringer, brugen af ulovlige stoffer stiller os over for.

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 Narkotikagrube — og Europa-Kommissionen
- Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og Europol
- Europarådets Pompidou-grube, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer (CAN) samt Centret for Epidemiologisk Overvågning af Aids
- 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 2004 (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, for 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 2006 (<http://stats06.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://datapfiles06.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:

- Europæiske narkotikapolitikker: udvidelse til at omfatte mere end illegale stoffer?
- Et kønsperspektiv på stofbrug og tiltag over for narkotikaproblemer
- Udviklingen inden for stofbrug i fritidsmiljøer

De udvalgte temaer er tilgængelige på engelsk i trykt udgave og i onlineudgave (<http://issues06.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: narkotikaproblemet i Europa

En ny europæisk ramme for koordinering og samarbejde

Selv om det fortsat tilkommer de enkelte EU-medlemsstater at fastlægge de nationale narkotikapolitikker, er der nu stor enighed om de fordele, der kan været forbundet med at arbejde sammen på europæisk plan. Dette fremgår af en række nyere tiltag, som støtter koordinerings- og samarbejdsaktiviteter. Heriblandt hører ikrafttrædelsen i 2005 af to nye EF-forordninger om prækursorer og en rådsafgørelse om nye stoffer. Endvidere styrkes foranstaltningerne til bekæmpelse af ulovlig narkotikahandel gennem nye retsakter vedrørende hvidvaskning af penge og konfiskation af aktiver. Det tiltag, der imidlertid har størst betydning for udformningen af samarbejdet på europæisk plan og de fremtidige foranstaltninger i forbindelse med narkotikaspørgsmålet, er EU's nye narkotikastrategi for 2005-2012 og de to tilknyttede handlingsplaner. I den første af disse er der opstillet omkring 100 planlagte, specifikke foranstaltninger, som skal gennemføres af EU-medlemsstaterne senest i 2008. Der er fastsat et program for løbende evaluering i forbindelse med strategien med årlige situationsrapporter og konsekvensanalyser ved udgangen af hver af de to handlingsplanperioder.

Strategien kan ses som udtryk for en enighed i Europa om, hvordan man skal gribe narkotikaproblemet an. Der er udtrykkeligt opbakning til en afbalanceret tilgang, som kombinerer både udbuds- og efterspørgselsrelaterede foranstaltninger, samt en accept af behovet for at basere foranstaltninger på beviser for effektivitet og endvidere systematisk at evaluere fremskridtene. Der er stadig væsentlige politiske forskelle mellem EU-medlemsstaterne, hvilket ofte afspejler forskelle i narkotikasituationen på nationalt plan og udformningen af tiltag. Alligevel fremgår det af den nye narkotikastrategi, at den politiske debat på europæisk plan i stigende grad er kendetegnet ved enighed om en fælles ramme for aktiviteterne. F.eks. omfatter praktisk talt alle strategier til efterspørgselsbegrænsning elementer af forebyggelse, behandling og skadesreduktion, selv om den vægt, der tillægges det enkelte element, varierer mellem medlemsstaterne. Nogle foranstaltninger skaber fortsat betydelig debat — men generelt forekommer dette, samtidig med at der er bred enighed om de principper, der ligger til grund for tiltagene i Europa over for narkotikaproblemet.

Brug og salg af narkotika: en sontring, der i stigende grad foretages

Der er en fortsat tendens — som igen fremgår klart af de nye oplysninger, der er indberettet i år — til at foretage

ændringer af de nationale narkotikalovgivning, således at der i højere grad sondres mellem lovovertrædelser i form af besiddelse af narkotika til eget brug og overtrædelser, der vedrører ulovlig handel og salg. Generelt går tendensen mod øgede straffe for sidstnævnte og en mindre brug af frihedsberøvende straffe i forbindelse med førstnævnte. Denne udvikling er i tråd med den vægt, der i hele Europa lægges på at øge mulighederne for narkotikabehandling og i højere grad at satse på foranstaltninger, som har til formål at lede personer med narkotikaproblemer væk fra det strafferetlige system og give dem behandlings- og rehabiliteringsmuligheder. For de lande, som har foretaget en juridisk sontring mellem besiddelse af narkotika til henholdsvis eget brug og salg, rejser der sig det spørgsmål, om der er et udtrykkeligt behov for at lovgive om, hvilke mængder narkotika der udgør en tærskel for eget brug. Der er for øjeblikket ingen enighed i denne henseende, og spørgsmålet er grebet forskelligt an i Europa, lige fra udarbejdelse af generelle operationelle vejledninger til fastsættelse af juridiske grænser.

Heroinbrug: en vigtig del af et større billede

Det fremgår af data i denne beretning, at det traditionelle fokus i Europa på heroinbrug og intravenøs stofbrug som de centrale elementer i narkotikaproblemet bør udvides på grund af den stigende betydning af blandingsbrug og brug af stimulanser samt de øgede folkesundhedsmæssige følger af den udbredte brug af cannabis. Alligevel er opioider (især heroin) i mange lande fortsat de stoffer, som klienterne primært søger behandling for, og de tegner sig for ca. 60 % af alle registrerede behandlingsanmodninger i 2004 — og blandt disse klienter angav godt halvdelen (53 %) intravenøs stofbrug.

Næsten 25 % af anmodningerne om behandling for opioidbrug kommer fra personer på 35 år eller derover, mens kun 7 % af de klienter, der søger om behandling for første gang, er under 20 år. Det bør bemærkes, at dataene om behandlingsefterspørgslen afspejler antallet af klienter, der søger behandling i indberetningsåret, og ikke omfatter personer, der fortsætter i behandling. Det samlede antal klienter i behandling er derfor betydeligt højere. I Europa som helhed betyder den betydelige udvidelse af substitutionsbehandling, der har fundet sted i de senere år, at behandlingssystemet omfatter stadig flere og stadig ældre personer med heroinproblemer, som formentlig vil have

behov for behandling og fortsat lægge beslag på betydelige ressourcer i mange år fremover.

Den heroin, der forbruges i Europa, er primært produceret i Afghanistan. Europa tegner sig fortsat for størstedelen af heroinbeslaglæggelserne i verden, og som følge af en stigning i antallet af beslaglæggelser i sydøsteuropæiske lande (navnlig Tyrkiet) overgik denne region Vest- og Centraleuropa med hensyn til den beslaglagte mængde. Denne stigende tendens med hensyn til heroinbeslaglæggelser understreger ikke kun værdien af en koordineret indsats mod ulovlig handel på bredere europæisk plan, men rejser også væsentlige spørgsmål med hensyn til, hvilken virkning en øget heroinproduktion har på det europæiske marked. Der kan ikke ses nogen klare tendenser med hensyn til den gennemsnitlige renhedsgrad, men pristendenserne har i den 5-årige periode 1999-2004, korrigeret for inflation, været nedadgående i de fleste lande. Selv om heroin er lettere tilgængelig og billigere i Europa, er der imidlertid endnu intet, der tyder på, at dette påvirker det samlede forbrug. Det fremgår af generelle indikatorer, at forekomsten af ny heroinbrug stadig er faldende i Europa inden for det, der formentlig er en stabil situation — idet en betydelig andel af personerne med opioidproblemer nu er i substitutionsbehandling, i det mindste i nogle lande. Blandt disse nye klienter i behandling har antallet af klienter med et betydeligt opioidproblem været faldende i de fleste lande. Dette er dog et område, hvor der tidligere har været bølger af epidemisk brug, og efterladenhed skal derfor undgås.

I dette års beretning giver det anledning til bekymring, at antallet af narkotikarelaterede dødsfald, som generelt er faldet siden 2000, steg en smule i størstedelen af landene i 2004. Det er for tidligt at vurdere, om disse mindre ændringer varsler et skifte på længere sigt, men man skal huske på, at narkotikarelaterede dødsfald udgør en af de væsentlige folkesundhedsmæssige følger af illegal stofbrug. Selv om andelen af narkotikarelaterede dødsfald blandt unge er faldet, hvilket underbygger indikationen af, at antallet af nye intravenøse heroinbrugere er faldende, viser tilgængelige skøn fra byer over den narkotikarelaterede dødelighed (overdosis og andre årsager), at 10-23 % af den samlede dødelighed blandt voksne i alderen 15-49 på nuværende tidspunkt kan tilskrives opioidbrug.

Intravenøs stofbrug og sundhedsproblemer forårsaget af intravenøs stofbrug følges ad

I mange lande er intravenøs stofbrug næsten synonym med heroinbrug, men der er undtagelser, idet nogle få EU-lande har meldt om en betydelig intravenøs brug af stimulanser, hovedsageligt blandt storbrugere af amfetaminer. Tages der i et vist omfang udgangspunkt i billedet for heroin, tyder de foreliggende oplysninger overordnet set på et generelt fald

i intravenøs stofbrug på længere sigt. I mange af de nye medlemsstater er tallene for intravenøs brug imidlertid fortsat høje. Det er et væsentligt forbehold i denne henseende, at der kun foreligger få nationale eller subnationale skøn over intravenøs storbrug. Desuden har undersøgelser af intravenøs stofbrug i nogle regioner endog vist mindre stigninger i den senere tid. Det mest omfattende billede af denne adfærd kommer fra overvågningen af heroinbrugere i behandling, hvor andelen af intravenøse brugere er faldet drastisk i nogle lande, men ikke i andre. Især blandt de gamle medlemsstater Danmark, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Grækenland, Italien og Spanien, er der meldt om faldende tal for intravenøs stofbrug blandt heroinbrugere i behandling.

Sammenhængen mellem intravenøs stofbrug og sundhedsproblemer er velkendt, og intravenøse stofbrugere har meget stor risiko for overdoser og alvorlig infektion samt andre sundhedsproblemer som f.eks. blodforgiftning og trombose. Hiv-infektion er den sundhedsrisiko, der er baggrunden for de folkesundhedsmæssige tiltag på europæisk plan over for denne form for stofbrug, og næsten alle lande har nu foranstaltninger, der tager sigte på at forebygge nye infektioner. Eksempelvis udlevering af nåle og sprøjter, som engang blev betragtet som et kontroversielt tiltag, findes i et vist omfang i praktisk talt alle medlemsstater, selv om dækkningen varierer betydeligt fra land til land. De fleste lande melder om et lavt antal nydiagnosticerede tilfælde af hiv-infektion forårsaget af intravenøs stofbrug, og udbredelsen af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere skønnes at ligge på under 5 %. Igen bør der tages højde for væsentlige forbehold: for det første stiller to af de største lande, hvor aids er mest udbredt blandt intravenøse stofbrugere, Italien og Spanien, på nuværende tidspunkt ikke nationale data fra caserapporter til rådighed, og for det andet meldes der om, at der fortsat finder hiv-overførsel sted blandt specifikke grupper af intravenøse brugere i Europa, og der er endog tegn på stigninger blandt nogle af de undersøgte grupper.

Et langt mere negativt billede fremkommer med hensyn til udbredelsen af smitte med hepatitis C-virus (HCV), som fortsat er høj blandt stort set alle intravenøse stofbrugere. Behandlingen af de HCV-relaterede sundhedsproblemer blandt intravenøse stofbrugere og tidligere intravenøse stofbrugere vil formentlig fortsat være en betydelig sundhedsudgift i mange år fremover. Ved at drage den konklusion, at den intravenøse stofbrug kan være langsomt faldende, og at det er lykkedes Europa at tage den udfordring op, som den epidemiske spredning af hiv i 1990'erne udgjorde, er der en reel fare for, at dette kan føre til efterladenhed med hensyn til de sundhedstrusler, som denne adfærd stadig udgør. Høj forekomst af endemisk HVC-infektion, fortsat smitteoverførsel blandt intravenøse stofbrugere, med en stigende forekomst registreret blandt nogle grupper, og en stor højrisikogruppe af intravenøse

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 den tilknyttede Statistical bulletin.)

Cannabis

Langtidsprævalens: mindst 65 millioner eller 1 ud af 5 voksne europæere

Brug inden for de seneste 12 måneder: 22,5 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: 12 millioner europæere

Udsving fra land til land med hensyn til brug inden for de seneste 12 måneder:

Generelt udsving fra 0,8 % til 11,3 %

Typisk udsving fra 2,8 % til 7,5 % (15 lande)

Kokain

Langtidsprævalens: mindst 10 millioner eller over 3 % af voksne europæere

Brug inden for de seneste 12 måneder: 3,5 millioner voksne europæere eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

Brug inden for de seneste 30 dage: over 1,5 millioner

Udsving fra land til land med hensyn til brug inden for de seneste 12 måneder:

Generelt udsving fra 0,1 % til 2,7 %

Typisk udsving fra 0,3 % til 1,2 % (18 lande)

Ecstasy

Langtidsprævalens: ca. 8,5 millioner 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

Udsving fra land til land med hensyn til brug inden for de seneste 12 måneder:

Generelt udsving fra 0,0 % til 3,5 %

Typisk udsving fra 0,3 % til 1,5 % (15 lande)

Amfetaminer

Langtidsprævalens: næsten 10 millioner eller ca. 3 % af voksne europæere

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

Brug inden for de seneste 30 dage: under 1 million

Udsving fra land til land med hensyn til brug inden for de seneste 12 måneder:

Generelt udsving fra 0,0 % til 1,4 %

Typisk udsving fra 0,2 % til 1,1 % (16 lande)

Opioider

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

Næsten 7 000 akutte narkotikadødsfald, hvor opioider var til stede i ca. 70 % af tilfældene (data for 2003)

Primært stof i ca. 60 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug

Over en halv million opioidbrugere var i substitutionsbehandling i 2003.

stofbrugere i nogle af de nye medlemsstater er faktorer, der taler for, at der er behov for fortsat at betragte intravenøs stofbrug og de hermed forbundne sundhedsproblemer som et vigtigt folkesundhedsspørgsmål i Europa og et væsentligt indsatsområde for narkotikapolitik og forskning.

Kokain: tegn på stabilitet for det andet mest anvendte illegale stof i Europa

Skøn over brugen af kokain (sidste års prævalens) placerer nu stoffet en smule foran amfetamin og ecstasy som det andet mest anvendte illegale stof i Europa. Det generelle billede viser imidlertid en stabilisering af brugen efter en periode, hvor antallet af brugere af stoffet steg betydeligt. De store stigninger i udbredelsen af kokain, som Spanien og Det Forenede Kongerige oplevede fra midten til slutningen af 1990'erne, synes at have stabiliseret sig siden 2000 og 2001. Selv om der i nogle få lande er registreret moderate stigninger i brugen af kokain, er der ikke rapporteret om drastiske stigninger. Generelt er situationen med hensyn til kokain fortsat meget heterogen i Europa, og en betydelig kokainbrug er begrænset til nogle få, hovedsageligt vesteuropæiske lande.

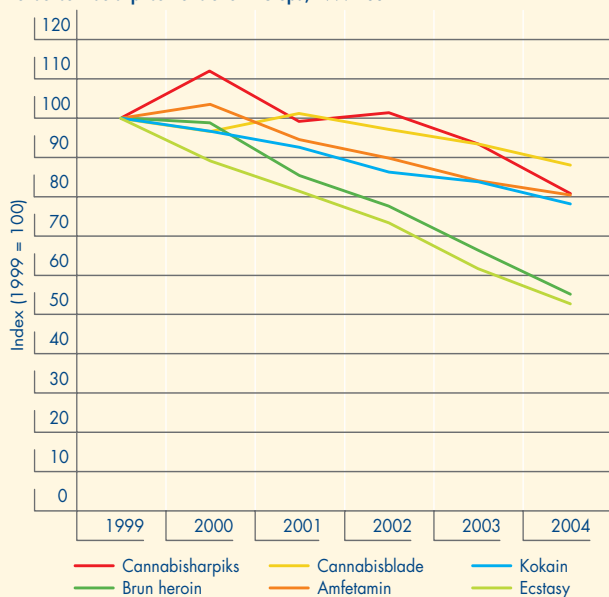
Det ville være forkert at konkludere, at tegnene på en stabilisering af brugen af kokain nødvendigvis vil resultere i en stabilisering af omfanget af de problemer, der kan tilskrives brugen af dette stof. I Europa ligger brugen af kokain på et historisk højt niveau, og undersøgelser viser, at det er et normalt mønster, at stigningen i antallet af problemer, der er knyttet til et stof, kommer nogle år senere end stigningen i udbredelsen. Grunden hertil er, at det tager tid, inden der udvikles et intensivt og regelmæssigt stofbrug, og problemerne bliver synlige. Dette kan være ved at ske i de europæiske lande, hvor brugen af kokain nu er veletableret. I både Nederlandene og Spanien angives mindst en ud af fire behandlingsanmodninger nu at være kokainrelateret, og generelt i Europa steg antallet af nye anmodninger om behandling for kokainbrug ca. med det dobbelte mellem 1999 og 2004. Selv om brugen af crackkokain fortsat er meget begrænset i Europa, tyder meldinger om problemer fra nogle byer på, at situationen kan blive forværret.

Kokain findes ofte i toksikologiske analyser af dødsfald, der kan tilskrives opioider, og i en række lande er samtidig brug af kokain blevet et anerkendt problem for dem, der behandler heroinproblemer. Selv om dataene er begrænsede, blev der i de nationale rapporter for 2005 identificeret 400 dødsfald, som stod i forbindelse med kokainbrug, og antallet af kokainrelaterede dødsfald syntes at være stigende i alle lande med stor udbredelse. Dette tal er formentlig for lavt vurderet, og det er fortsat ukendt, i hvilket omfang kokainbrug er en medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjerte-kar-problemer. Budskabet er klart: Hvis Europa skal undgå en stigning i sundhedsudgifterne i forbindelse med brugen af

Stofbrug i Europa billigere end nogensinde før

I denne beretning er der for første gang medtaget en analyse over en 5-årig periode af gadepriserne for illegale stoffer, korrigeret for inflation, for at muliggøre en mere præcis vurdering af ændringer i gadepriserne for illegale stoffer over tid. Det er både vanskeligt at indsamle og fortolke data om gadepriser. Renhedsgraden, mængden og typen af det købte stof påvirker prisen, og det samme gælder geografiske faktorer, f.eks. om køberen bor i en storby eller i forbindelse med en rute, hvor der regelmæssigt forekommer narkotikatransit. Priserne for stoffer varierer også betydeligt fra land til land og er genstand for udsving over tid, som afspejler afbrydelser i forsyningen. Trods disse forvanskninger af dataene fremgår det

Tendenser i detailpriser for stoffer i Europa, 1999-2004



af de tilgængelige data med hensyn til de fleste typer af stoffer, at priserne for stoffer er faldet i Europa som helhed. For de fleste landes vedkommende har den fremherskende tendens i den 5-årige periode været et fald i gadeprisen for cannabis, heroin, amfetamin, ecstasy og kokain (se figur nedenfor). Selv om der i vidt omfang mangler historiske data om gadepriser, og dataene er vanskelige at fortolke, når de foreligger, giver det anledning til bekymring, at denne nylige tendens er i overensstemmelse med den indikation, at priserne kan have været faldende på længere sigt. F.eks. fremgår det af oplysninger fra nogle af landene med stor udbredelse, at kokain og ecstasy var betydeligt dyrere i slutningen af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne end i dag.

NB: Tendenserne er baseret på de tilgængelige oplysninger om nationale priser på gadeplan for hvert stof i EU-medlemsstaterne og Norge, væglet efter landenes befolkningsstørrelse for at nå frem til en generel tendens på europæisk plan. Priserne er blevet korrigeret for national inflation (basisår 1999), og alle serier er indekseret til 100 i 1999.

Mange lande kan ikke fremlægge disse data, som det er vanskeligt at fremskaffe, og som ofte er upålidelige og ufuldstændige. Lande, der mangler oplysninger om priser for stoffer i to eller flere på hinanden følgende år, er ikke medtaget i tendensberegningerne for det pågældende stof: Tendensen for brun heroin er baseret på 9 lande, amfetamin på 9, kokain på 13, ecstasy på 13, cannabisblade på 13 og cannabisharpiks på 14.

Endvidere anvendes i de tilfælde, hvor der mangler data for 2004 (11 tilfælde), 2003-priser; for manglende data for 1999 (1 tilfælde) anvendes 2000-priser, og data, der mangler for andre år (12 tilfælde), er blevet interpoleret fra år, der følger umiddelbart før eller efter det pågældende år.

Yderligere oplysninger om 2004-priser findes i tabel PPP-1, PPP-2, PPP-3 og PPP-4 i Statistical bulletin.

Kilder: Prisdata: nationale Reitox-knudepunkter.

Inflations- og befolkningsdata: <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>

dette stof, er der trods en eventuel stabilisering af den generelle brug af kokain fortsat behov for både en bedre identificering og forståelse af kokainrelaterede problemer samt behov for investeringer i udviklingen af effektive tiltag.

Tiltag over for et mere komplekst narkotikaproblem i Europa

Et tema, der løber som en rød tråd gennem denne beretning, er det stigende behov for at udvikle tiltag, der tager højde for den komplekse beskaffenhed af og de mange facetter ved vore dages narkotikaproblem. Med hensyn til aktiviteter i forbindelse med forebyggelse, behandling eller skadesreduktion er der behov for en bedre forståelse af, hvad der udgør god praksis og evidensbaserede tiltag. Blandt de i alt ca. 380 000 behandlingsanmodninger, der blev indberettet i 2004, var cannabis den primære grund til henvisning til behandling i ca. 15 % af alle tilfælde, hvorved

det er det stof, der nævnes næsthøjest efter heroin. Behandlingstjenesterne skal også behandle flere problemer i forbindelse med stimulanser og blandingsbrug, herunder en betydelig overlapning mellem problemer i forbindelse med illegale stoffer og alkohol. På befolkningsplan ved vi imidlertid hverken tilstrækkeligt om de folkesundhedsmæssige følger af regelmæssig og vedvarende brug af disse typer stoffer eller om de sandsynlige behov for foranstaltninger blandt de personer, der bruger dem. Evidensgrundlaget i Europa for at fastlægge tiltag over for narkotikaproblemer er stærkest med hensyn til problemet med illegal opioidbrug, hvor mange indikationer støtter udviklingen og målretningen af tjenesterne. Den stigende enighed, der findes med hensyn til, hvad der sandsynligvis udgør passende foranstaltninger i forbindelse med problematisk heroinbrug, modsvares af et stigende behov for at udvikle samme klarhed med hensyn til, hvordan vi tager fat på et mere heterogent narkotikaproblem i Europa.

Behovet for at definere og forstå blandingsbrug bedre

Et centralt spørgsmål er behovet for at tage fat på problemer, der er forårsaget af brugen af flere psykoaktive stoffer. Blandingsbrug anerkendes i stigende grad som et væsentligt område, hvor der skal udvikles nye behandlinger. Definitionen af begrebet er imidlertid stadig uklar, og i nogle henseender kan næsten alle, der bruger stoffer, betragtes som blandingsbrugere. Blandingsbrug udgør også store udfordringer for narkotikaovervågningssystemerne, som normalt er baseret på adfærdsmålinger af brugen af et enkelt stof. Der er derfor et betydeligt behov for at udvikle en bedre begrebsmæssig ramme for beskrivelsen af forskellige typer blandingsbrug som et første skridt til at forstå følgerne af denne adfærd. I dette års beretning præsenteres de analytiske spørgsmål, der skal sættes fokus på, hvis Europa skal tage den udfordring op, som består i at forstå behovene bedre blandt det stigende antal personer, hvis problemer snarere skyldes brugen af en række stoffer end afhængighed af et enkelt stof.

Tilbage til fremtiden: foregribelse af trusler og udfordringer

I dette års beretning gøres der som altid et forsøg på at identificere nye tendenser med henblik på at foregribe fremtidige problemer. En sådan analyse er pr. definition spekulativ og skal foretages med forsigtighed. Et stof, der klart er forbundet med alvorlige folkesundhedsmæssige problemer, er metamfetamin. Mens metamfetaminproblemerne fortsætter med at stige på verdensplan, er stoffet i Europa stadig begrænset til nogle få lande, hvor man har haft problemet i mange år. Selv om det ikke er muligt på grundlag af de foreliggende oplysninger at drage en endelig konklusion med hensyn til tendenserne, rapporterer flere lande om beslaglæggelser eller brug af stoffet, hvilket klart understreger behovet for en mere intensiv overvågning af de mest udsatte grupper.

I 2006 offentliggjorde EONN et teknisk dokument om hallucinogene svampe, og dette tema er også opsummeret i årsberetningen. Tilgængeligheden og brugen af hallucinogene svampe synes at have været stigende siden slutningen af 1990'erne, men er i vidt omfang gået ubemærket hen. Brugen af denne stofstype synes for størstedelens vedkommende at være eksperimenterende, og der forekommer fortsat sjældent indberetninger om problemer. En øget opmærksomhed blandt beslutningstagerne om tilgængeligheden af hallucinogene svampe har imidlertid medført, at der er blevet indført en række tiltag med henblik på at øge kontrolforanstaltningerne.

Psilocybin og psilocin, to af de psykoaktive stoffer, der findes i hallucinogene svampe, kontrolleres af en international konvention. Den omstændighed, at svampe vokser naturligt i mange lande, rejser imidlertid en mere kompleks problemstilling for lovgivningen, og de behandles forskelligt i Europa. Mere generelt støttes agtpågivenheden over for nye stoffer, som kan udgøre en trussel mod folkesundheden og derfor skal kontrolleres, i en ny rådsafgørelse (2005/387/RIA) om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer. Et eksempel på behovet for tidlig varsling på dette område har været den hurtige udbredelse af mCPP (1-(3-chlorophenyl)piperazin) i 2005. Fremkomsten af mCPP illustrerer den omstændighed, at de personer, der er involveret i produktionen af illegale stoffer, konstant er på udkig efter innovation i form af nye kemikalier, som kan markedsføres — i dette tilfælde formentlig for at forstærke eller ændre virkningerne af MDMA (ecstasy). En sådan innovation kræver indgreb, da det er ukendt, i hvilket omfang disse stoffer kan forårsage alvorlige sundhedsproblemer. Det tidlige varslingssystem, der er indført ved Rådets afgørelse, udgør derfor en vigtig mekanisme til at gribe ind i en proces, hvor unge europæeres sundhed bringes i fare af personer, som søger profit ved at undvige eksisterende narkotikakontrolmekanismer.



Kapitel 1

Politikker og lovgivninger

Nationale narkotikastrategier

I indberetningsperioden vedtog 5 lande nationale narkotikastrategier og handlingsplaner (tabel 1). Letland vedtog en national narkotikastrategi for første gang, for perioden 2005-2008, mens der blev vedtaget nye nationale narkotikastrategier og planer i Tjekkiet, Spanien, Luxembourg og Rumænien.

Endvidere vedtog Finland en narkotikastrategi for fængselsadministrationen (2005-2006), og i Det Forenede Kongerige er der i PSA-aftaler (Public Service Agreements) fastlagt nye målsætninger og mål inden for narkotikapolitikken, som tager sigte på at reducere de skader, som illegale stoffer forårsager for enkeltpersoner, deres familier og samfundet.

I indberetningsperioden var nationale narkotikastrategier under forberedelse i Italien, Østrig, Polen, Portugal, Sverige og Norge (tabel 2).

Nogle lande, som første gang havde gennemført nationale narkotikastrategier og handlingsplaner for nogen tid siden (fra og med 1998), er nu i gang med at revidere deres strategier eller planer med større vægt på at fastsætte klarere og mere realistiske mål. F.eks. er Luxembourgs nye handlingsplan for 2005-2009 enkel, klart struktureret og resultatorienteret med angivelse af indsatsområder, ansvarsområder og budgetter, forventede resultater og

Land	Dokument	Tidsrum
Tjekkiet	National narkotikastrategi Handlingsplan	2005-2009 2005-2006
Spanien	Handlingsplan	2005-2008
Letland	National narkotikastrategi	2005-2008
Luxembourg	National strategi og narkotikahandlingsplan	2005-2009
Rumænien	National narkotikastrategi	2005-2012

Tabel 2: Lande med narkotikastrategier under forberedelse i 2005

Land	Dokument	Tidsrum
Italien	Handlingsplan	2004-2008
Østrig	National strategi	
Portugal	National strategiplan og handlingsplan	2005-2008
Sverige	Handlingsplan	
Norge	Handlingsplan	

frister for resultater og evaluering. I Belgien nedsatte de offentlige sundhedsmyndigheder i det franske fællesskab og regionen Vallonien en ekspertgruppe, som skulle udarbejde en »fælles forebyggelses-, bistands- og behandlingsplan i forbindelse med narkotikamisbrug«. Gruppen anbefalede, at »myndighederne fastlagde klarere prioriteringer og mål«, at »grundprincipperne for en fælles narkotikapolitik blev defineret klart«, og at »der blev udarbejdet en kronologisk oversigt over de valgte strategier«. Tjekkiet handlingsplan for 2005-2006 går i samme retning med angivelse af konkrete mål og de aktiviteter, der er nødvendige for at nå dem, samt fastsættelse af de enkelte ministres ansvarsområder samt betingelser og indikatorer for gennemførelsen for hvert område.

Evaluering af nationale narkotikastrategier

Mange europæiske lande fornyer automatisk deres nationale narkotikastrategier gennem en cyklisk proces, hvor resultaterne af den foregående strategi, eller evalueringen heraf, giver input til den fremtidige strategi (EONN, 2004a).

Der blev i løbet af 2005 meldt om en sådan proces i Irland, Luxembourg, Ungarn og Rumænien. Evalueringen af gennemførelsen af den ungarske strategi til bekæmpelse af narkotikaproblemet blev foretaget eksternt af det nederlandske Trimbos-institut, og det er første gang, at et lands narkotikastrategi er blevet vurderet af udenlandske eksperter. Evalueringen fokuserede på midtvejsresultaterne

af narkotikastrategien og udmøntede sig i en række anbefalinger vedrørende fremtidige narkotikastrategier og med hensyn til, hvordan koordineringsstrukturen inden for narkotikapolitikken kunne styrkes. Der er ligheder med evalueringen i 2004 af Portugals nationale narkotikastrategi fra 1999 og handlingsplanen for 2001-2004, som blev gennemført eksternt af det portugisiske institut for offentlig forvaltning og internt af instituttet for narkotika og narkotikaafhængighed (IDT). Portugal og Ungarn er de to første lande i Europa, der har anmodet om en ekstern vurdering af deres nationale narkotikastrategier.

I forbindelse med den midtvejsrevision af den irske narkotikastrategi for 2001-2008, der blev foretaget i 2005 på grundlag af en offentlig høringsproces og analyse af centrale nationale data og EU-data, blev det anbefalet at ændre prioriteringerne, så der fokuseres på nye tendenser inden for behandling, blandingsbrug, kokainbrug og spredning af hiv og hepatitis C og »pustes nyt liv« i udbredelsen og gennemførelsen af forskellige centrale foranstaltninger i strategiens resterende periode. I Rumænien blev den nationale narkotikastrategi for 2003-2004 evalueret med deltagelse af alle statslige institutioner, der er involveret på narkotikaområdet, og resultaterne dannede grundlag for den nye nationale narkotikastrategi for 2005-2012. I Luxembourg er 87 % af de foranstaltninger, der indgår i den nationale narkotikahandlingsplan for 2000-2004, blevet gennemført inden for de fastsatte frister. De foranstaltninger, der ikke er indført (f.eks. et heroinudleveringsprogram), er angiveligt blevet forsinket af navnlig politiske årsager. De foranstaltninger, der endnu ikke er gennemført, indgår i den nye handlingsplan.

Endvidere fremgår det af rapporter fra det seneste år, at de nationale narkotikastrategier er begyndt at have synlige virkninger. Selv om det endnu ikke er muligt at sige endeligt, at de generelle mål om at begrænse efterspørgsel og udbud er opnået, hersker der ingen tvivl om, at de nationale narkotikastrategier har nået specifikke og vigtige mål.

Ifølge evalueringen af Portugals narkotikastrategi, der blev vedtaget i 1999, har strategien medført en øget adgang til narkotikabehandling, et fald i antallet af narkotikarelaterede dødsfald og i udbredelsen af hiv samt en stigning i antallet af politirapporter om ulovlig narkotikahandel. På den anden side fremgår det også, at den alder, hvor personer første gang eksperimenterer med stoffer, er faldet, og at antallet af narkotikarelaterede dødsfald i forbindelse med andre stoffer end opioider er steget. Selv om det erkendes i Spanien, at målet om at reducere stofbrug ikke er nået, er der ifølge evalueringen af den nationale strategi (2003) opnået gode resultater inden for behandling og skadesreduktion samt tilfredsstillende resultater på andre områder, f.eks. forskning og uddannelse, internationalt samarbejde og

udbudsbegrænsning. Endvidere har det spanske ministerium for sundheds- og forbrugeranliggender godkendt en handlingsplan for 2005-2008 for at mobilisere ressourcer og iværksætte initiativer med henblik på at fremme og puste nyt liv i den nationale narkotikastrategi. I Grækenland har den nationale handlingsplan for 2002-2006 medført et større udbud af tilgængelige behandlingsprogrammer, og behandlingsprogrammerne har fået en øget dækningsgrad.

I Sverige har den nationale narkotikahandlingsplan for 2002-2005 resulteret i, at narkotikaspørgsmålet er kommet højere op på den politiske dagsorden på lokalt, regionalt og nationalt plan. De fleste kommuner i Sverige har nu en eller anden form for narkotikahandlingsplan, og koordinering og samarbejde mellem aktører på narkotikaområdet prioriteres nu højere med forbedringer på disse områder til følge. Der er også sket en udvikling med hensyn til både de former for behandling, der er tilgængelige for stofafhængige, og adgangen hertil. Selv om Det Forenede Kongeriges Audit Commission anerkendte, at der var gjort fremskridt inden for narkotikabehandling, tilkendegav den også, at der stadig burde ske forbedringer i forbindelse med tilbud inden for reintegration og rehabilitering af stofbrugere, f.eks. boligtilbud, socialtilbud og andre støttetjenester. I fremtiden vil regeringens succes med hensyn til at opnå målene i narkotikastrategien blive målt på grundlag af målene i PSA-aftalerne (Public Service Agreements) og et indeks over narkoskader (Drug Harm Index), hvor skaderne som følge af problematisk brug af alle illegale stoffer vil blive vurderet.

Endelig indgår evaluering som et centralt element i de nyligt vedtagne nationale narkotikastrategier. I Letland vil det nationale koordiningsråd for narkotikabekæmpelse og begrænsning af narkotikamisbrug evaluere, hvilke fremskridt der hvert år er gjort med gennemførelsen af programmet, og i Luxembourg vil der blive foretaget en endelig ekstern resultatevaluering i 2009.

Narkotikarelaterede offentlige udgifter

Selv om udgifterne hyppigt måles over forskellige tidsrum, og der ikke findes nogen fælles definition af narkotikarelaterede offentlige udgifter, fremgår det af de foreliggende skøn, at de narkotikarelaterede udgifter er steget i en række lande, herunder Tjekkiet, Danmark, Luxembourg, Østrig og Polen.

De lande, der indberettede narkotikarelaterede udgifter for 2004, var Tjekkiet (11,0 mio. EUR), Spanien (302-325 mio. EUR), Cypern (2,8 mio. EUR), Polen (51 mio. EUR) og Norge (46 mio. EUR). 2 lande har rapporteret om nyligt budgetterede udgifter til narkotikabekæmpelse: Luxembourg (6 mio. EUR i 2005) og Det Forenede Kongerige (2 mia. EUR i 2004/2005).

I Slovakiet skønnes det, at de samlede offentlige udgifter på narkotikaområdet i 2004 udgjorde 14,5 mio. EUR, hvoraf retshåndhævelsen tegnede sig for ca. 8,4 mio. EUR og social- og sundhedstilbud for 6,1 mio. EUR.

I Sverige anslås det, at udgifterne til narkotikapolitikken i 2002 udgjorde omkring 0,9 mia. EUR (laveste skøn 0,5 mia. EUR, højeste skøn 1,2 mia. EUR). En sammenligning mellem skønnene for 2002 og tallene for 1991 viser, at de offentlige udgifter til narkotikapolitikken er steget betydeligt.

I Irland fremgår det af midtvejsrevisionen af den nationale narkotikastrategi, der blev offentliggjort i juni 2005, at »det er nødvendigt at fastslå udgifternes størrelse for at kunne måle omkostningseffektiviteten af de forskellige elementer i strategien«, og et arbejde med at anslå polititudgifterne vil snart blive påbegyndt. I Portugal finansierer instituttet for narkotika og narkotikaafhængighed (IDT) forskning, som tager sigte på at udvikle og teste en model med henblik på at anslå omkostningerne ved stofmisbrug, og i Belgien blev opfølgningen af en undersøgelse fra 2004 om offentlige udgifter iværksat i slutningen af 2005. Disse få, men interessante, data viser, at forskning i narkotikarelaterede udgifter udgør en stadig vigtigere del af den politiske dagsorden i nogle medlemsstater.

Udviklingen inden for EU's lovgivning og politik

Handlingsplaner

På EU-plan danner to handlingsplaner, der blev vedtaget i 2005, direkte eller indirekte en ny referenceramme for udviklingen af EU's narkotikapolitik i de kommende år. Efter behandling af Kommissionens forslag fra februar 2005 og under fuld hensyntagen til den endelige evaluering af EU's narkotikastrategi og EU's handlingsplan (2000-2004) godkendte Rådet EU's narkotikahandlingsplan for 2005-2008 i juni 2005. Den nye handlingsplan følger strukturen og målene i EU's narkotikastrategi 2005-2012 og opstiller omkring 100 specifikke foranstaltninger, som skal gennemføres af EU og medlemsstaterne inden udgangen af 2008.

Evalueringsindgår som en væsentlig del af EU's nye narkotikahandlingsplan og opfattes som en løbende, trinvis og participativ proces. Processen er løbende, idet Europa-Kommissionen med bistand fra EONN og Europol hvert år vil fremlægge situationsrapporter. Evalueringsprocessen vil også være trinvis, idet den årlige situationsrapport sætter resultaterne fra det seneste år ind i den sammenhæng, der gjorde sig gældende i det foregående år. Endelig vil processen

være participativ og involvere en evalueringsstyringsgruppe, som får til opgave at fastlægge metode, resultater og foreløbig tidsplan. Som i forbindelse med evalueringen af EU's handlingsplan (2000-2004) vil styringsgruppen bestå af repræsentanter fra relevante tjenestegrene i Kommissionen, EONN og Europol samt repræsentanter fra medlemsstaterne. Der vil også blive tilrettelagt rådgivende høringer for repræsentanter for civilsamfundet. Ved afslutningen af narkotikahandlingsplanen for 2005-2008 og for første gang på europæisk plan vil der blive foretaget en konsekvensanalyse med henblik på at foreslå en ny handlingsplan for perioden 2009-2012, som skal tage udgangspunkt i denne analyse. I 2012 vil Kommissionen derefter foretage en slutevaluering af strategien og handlingsplanerne.

EU's narkotikahandlingsplan indgår ligeledes i handlingsplanen til gennemførelse af Haag-programmet, som fastsætter mål, der skal gennemføres inden for områderne frihed, sikkerhed og retfærdighed i Den Europæiske Union i perioden 2005-2010. Denne handlingsplan blev forelagt af Kommissionen i maj 2005 og godkendt af Rådet i juni 2005.

EU's handlingsplan for 2005-2008 afspejler EU's afbalancerede tilgang til narkotikaproblemet, dvs. en overordnet, tværfaglig tilgang, som behandler problemstillingen fra alle vinkler: koordinering, efterspørgselsbegrænsning, udbudsbegrænsning, internationalt samarbejde, information, forskning og evaluering.

Begrænsning af udbuddet af narkotika

To vigtige aktiviteter i EU med hensyn til begrænsning af udbuddet af narkotika var ikrafttrædelsen den 18. august 2005 af to EU-forordninger om prækursorer, der blev vedtaget i 2004. Kontrol af kemiske prækursorer er et vigtigt aspekt i begrænsningen af narkotikaudbuddet, da disse stoffer er nødvendige ved fremstilling af narkotika. Der gøres en todelt indsats på dette område i EU: for det første regulering af handelen med visse stoffer mellem EU og tredjelande og for det andet regulering inden for det indre marked.

I den første forordning, der blev vedtaget i 1990 med henblik på at overholde bestemmelsen i artikel 12 i De Forenede Nationers konvention fra 1988 om bekæmpelse af ulovlig handel med narkotika og psykotrope stoffer, blev der fastsat foranstaltninger til modvirkning af ulovlig anvendelse af visse stoffer til fremstilling af narkotika og psykotrope stoffer⁽¹⁾. Forordningen blev i december 2004 erstattet af en ny med et udvidet anvendelsesområde, så man også modvirkede fremstillingen af syntetiske stoffer⁽²⁾.

(1) Rådets forordning (EØF) nr. 3677/90 af 13. december 1990, EFT L 357 af 20.12.1990, s. 1.

(2) Rådets forordning (EF) nr. 111/2005 af 22. december 2004, EUT L 22 af 26.1.2005, s. 1.

Et rådsdirektiv⁽³⁾, der blev udstedt to år senere i 1992, fuldendte systemet og fastlagde en tilsvarende ordning inden for det indre marked (fremstilling og markedsføring af visse stoffer, der anvendes ved ulovlig fremstilling af narkotika og psykotrope stoffer), herunder indførelse af kontrolforanstaltninger. Det er blevet erstattet af en ny forordning, som blev vedtaget den 11. februar 2004⁽⁴⁾. Som følge af EU's udvidelse har fællesskabslovgiverne besluttet at erstatte direktivet fra 1992 med en forordning, da »enhver ændring af direktivet og dets bilag medfører nye nationale gennemførelsesforanstaltninger i 25 medlemsstater«. Det nye instrument indfører harmoniserede foranstaltninger til kontrol og overvågning inden for EU af visse stoffer, der hyppigt anvendes til ulovlig fremstilling af narkotika eller psykotrope stoffer, for at hindre ulovlig anvendelse af disse stoffer. Instrumentet forpligter navnlig medlemsstaterne til at træffe de nødvendige foranstaltninger til at sætte deres kompetente myndigheder i stand til at udføre deres kontrol- og overvågningsopgaver. Endvidere trådte en forordning om gennemførelsesbestemmelser til disse to forordninger i kraft den 18. august 2005⁽⁵⁾.

Disse foranstaltninger inden for kontrol med prækursorer supplerer en anden del af EU's vigtige aktiviteter inden for udbudsbegrænsning. På grundlag af de nye muligheder siden Maastricht-traktatens ikrafttræden har EU udviklet en retlig ramme med henblik på at bekæmpe ulovlig narkotikahandel og forbedre samarbejdet om retshåndhævelse. Der er vedtaget en række fælles aktioner på dette område siden 1995-1996, og der blev for nylig vedtaget en rammeafgørelse om harmonisering af minimumssanktionerne over for ulovlig narkotikahandel, og en afgørelse om nye psykoaktive stoffer (se »Tiltag over for nye stoffer«, s. 55).

Foruden disse retsakter er et program for politisamarbejde og retligt samarbejde i kriminalsager blevet vedtaget og gennemført. AGIS er et rammeprogram, der har til formål at fremme samarbejdet mellem politi, andre relevante myndigheder og retlige myndigheder i EU-medlemsstaterne og kandidatlande i kriminalsager ved bekæmpelse af kriminalitet. Siden 2003 har programmet bidraget til at finansiere mange projekter. Aktivitetsområderne og de særlige emner i AGIS' arbejdsprogram for 2006 omfatter bl.a. international organiseret narkotikafremstilling og -handel, bekæmpelse af ulovlig anvendelse af narkotikapreursorer og indkaldelse af forslag (med frist i januar 2006).

Hvidvaskning af penge og konfiskation af aktiver

Der er også sket en række ændringer af de retlige instrumenter i forbindelse med hvidvaskning af penge og konfiskation. Direktiv 91/308 om forebyggende foranstaltninger mod anvendelse af det finansielle system til hvidvaskning af penge⁽⁶⁾, der blev vedtaget i 1991 på basis af retsgrundlaget for det indre marked og ændret i 2001, forsøgte at samordne lovgivningen på dette område blandt medlemsstaterne. Dette direktiv blev bl.a. vedtaget for at undgå, at medlemsstaterne, såfremt EU ikke havde truffet foranstaltninger mod hvidvaskning af penge, traf protektionistiske foranstaltninger, som kunne forsinke oprettelsen og gennemførelsen af det indre marked. I juni 2004 fremlagde Kommissionen et nyt direktiv med samme formål, som også omfattede finansiering af terrorisme. Det blev konstateret, at det var alt for snævert at begrænse direktivet til narkotikaindtægter, og Kommissionen foreslog, at de omfattede overtrædelser blev udvidet. Dette nye direktiv, der blev vedtaget i oktober 2005, giver en nærmere definition af alvorlige lovovertrædelser og dækker hvidvaskning af udbyttet fra sådanne lovovertrædelser, herunder finansiering af terrorisme.

En rammeafgørelse om »konfiskation af udbytte, redskaber og formuegoder fra strafbart forhold« blev også vedtaget af Rådet den 24. februar 2005. Den har til formål at sikre, at alle medlemsstater har effektive regler for, hvornår der skal ske konfiskation af redskaber og udbytte fra kriminelle handlinger, der kan straffes med frihedsstraf af mere end et års varighed. Der fandtes EU-lovgivning på dette område tidligere, men den var ikke tilstrækkelig. Denne nye rammeafgørelse har til formål at sikre et effektivt grænseoverskridende samarbejde om konfiskation. Adgangen til konfiskation udvides til at omfatte andre formuegoder fra strafbare forhold, hvis den kriminelle handling er begået inden for rammerne af en kriminel organisation, og hvis den kriminelle handling er omfattet af én af flere andre EU-rammeafgørelser. Blandt disse er rammeafgørelse 2004/757/RIA, som fastsætter mindsteregler for gerningsindholdet i strafbare handlinger i forbindelse med ulovlig narkotikahandel og straffene herfor. Medlemsstaterne skal træffe de nødvendige foranstaltninger til at efterkomme denne rammeafgørelse senest den 15. marts 2007.

Folkesundhed

Efterspørgselsbegrænsning indgår i EU's afbalancerede tilgang over for narkotika. I forbindelse med gennemførelsen af programmet for Fællesskabets indsats

⁽³⁾ Rådets direktiv (EØF) nr. 109/92 af 14. december 1992, EFT L 370 af 19.12.1992, s. 76.

⁽⁴⁾ Europa-Parlamentets og Rådets forordning (EF) nr. 273/2004 af 11. februar 2004, EUT L 47 af 18.2.2004, s. 1.

⁽⁵⁾ Kommissionens forordning (EF) nr. 1277/2005 af 27. juli 2005, EUT L 202 af 3.8.2005, s. 7.

⁽⁶⁾ Rådets direktiv 91/308/EØF af 10. juni 1991 om forebyggende foranstaltninger mod anvendelse af det finansielle system til hvidvaskning af penge. EFT L 166 af 28.6.1991, s. 77-83.

inden for folkesundhed i perioden 2003-2008 udvalgte Europa-Kommissionen i 2005 nogle narkotikarelaterede projekter til finansiering med henblik på »sundhedsfremme og sygdomsforebyggelse ved at tage fat på sundhedsdeterminanter i forbindelse med alle politikker og aktiviteter«. Det første projekt, der skal finansieres på narkotikaområdet, det såkaldte EU-Dap 2, er en evaluering af effektiviteten af EU-Dap-programmet for skolebaseret forebyggelse, som har til formål at reducere brugen af tobak, alkohol og narkotika på lang sigt. Det andet projekt, IATPAD, tager sigte på at forbedre adgangen til behandling for personer med alkohol- og narkotikarelaterede problemer. Af andre horisontale projekter tager nogle sigte på narkotikaforebyggelse, og de vil også blive medfinansieret, f.eks. »PEER-Drive clean!«, som er et innovativt projekt, der er målrettet mod unge i alderen 18-24 år og tager sigte på at hindre bilkørsel i alkohol- eller narkotikapåvirket tilstand. Disse projekter er blevet udvalgt til finansiering og vil modtage medfinansiering, såfremt forhandlingsprocedurerne med Europa-Kommissionen afsluttes med et godt resultat, og tilskudsaftalen underskrives (?).

EONN's forordning

Endelig vedtog Kommissionen den 31. august 2005 et nyt forslag til omarbejdning af EONN's grundforordning. Den nye forordning er et vigtigt instrument til fremme af EONN's arbejde på grund af de nye opgaver, der fastlægges deri. Den gør det navnlig muligt for EONN at tage hensyn til nye mønstre i brugen af narkotika og nye tendenser inden for blandingsbrug, herunder kombineret brug af legale og illegale psykoaktive stoffer, at udvikle redskaber og instrumenter, som gør det lettere for medlemsstaterne og EU at overvåge og evaluere deres narkotikapolitikker og -strategier, og at samarbejde med tredjelande såsom kandidatlandene eller landene på Vestbalkan. Den indeholder også en række ændringer af det videnskabelige udvalg og bestyrelsen. I henhold til EF-traktatens artikel 152 skal denne tekst nu vedtages af Rådet og Europa-Parlamentet efter den fælles beslutningsprocedure.

Nye nationale lovgivninger

Nogle få lande foretog større ændringer af deres narkotikalovgivning i indberetningsperioden med hensyn til både besiddelse, ulovlig handel og straffe.

I Rumænien blev der med en ny lovgivning og ny straffelov indført ændringer mellem alvorlige og simple forbrydelser (hvor simple forbrydelser nu hovedsageligt skal straffes med samfundstjeneste og dagbøder), mellem brugere og

stofafhængige og mellem lav- og højrisikostoffer. Fritagelse for straf og udsættelse af straffuldbyrdelsen kan nu anvendes i forbindelse med narkotikarelaterede lovovertrædelser. Behandling af afhængige kan nu finde sted gennem et integreret bistandsprogram, som en støttekontaktperson (case manager) fører tilsyn med. Fængselsstraffene er blevet forhøjet for lovovertrædelser, der vedrører forhold som tilrådgivningsstilling af et sted til stofbrug, tolerance af stofbrug på et sådant sted eller tilskyndelse til stofbrug. Straffene blev ligeledes forhøjet for ulovligt at give en person højrisikostoffer og for at forsyne en mindreårig med giftige kemiske inhalanter.

I Bulgarien blev den nye lov til kontrol med narkotiske stoffer og prækursorer godkendt i juni 2004. Denne lov fastsætter statslige organers funktion med hensyn til kontrollen med reguleringsprocedurerne for stoffer, gennemførelsen af foranstaltninger til bekæmpelse af stofmisbrug og ulovlig handel samt inden for forskning. I en supplerende ændring fjernes stofafhængiges fritagelse for strafansvar, hvis de blev fundet i besiddelse af en enkelt dosis (behandles nedenfor).

I Slovakiet omdefineres lovovertrædelserne besiddelse af narkotika til eget brug og til ulovlig handel i den nye straffelov. I modsætning til den tidligere lovovertrædelse besiddelse til eget brug (defineret som højst én dosis) indføres der i § 171 to lovovertrædelser vedrørende besiddelse til eget brug, afhængigt af antallet af doser (se nærmere nedenfor). Der kan også idømmes to nye straffe for disse overtrædelser: overvåget hjemmefængsel eller samfundstjeneste. Tiltale for besiddelse af over 10 doser skal rejses i henhold til § 172, som afhængigt af de skærpene omstændigheder fastsætter fængselsstraffe fra 4 år og op til livstid. Desuden er den kriminelle lavalder også blevet nedsat fra 15 til 14 år.

I Litauen kan besiddelse af stoffer med henblik på salg ikke længere straffes med op til 90 dage i politceller; denne lovovertrædelse er nu omfattet af en betydeligt strengere minimumsstraf, nemlig en fængselsstraf, selv om minimumsstraffen er blevet nedsat fra 5 til 2 år. Maksimumsstraffen for tyveri af en stor mængde narkotika eller tyveri begået af en organiseret gruppe er blevet sat op til 15 år.

I Italien har man i forbindelse med nylige lovændringer (februar 2006) omklassificeret narkotika i 2 i stedet for 6 hovedgrupper (alle de stoffer, hvis anvendelse ikke er terapeutisk, grupperes under ét, og begreberne hårde og bløde stoffer anvendes således ikke længere), defineret tærsklen mellem eget brug og ulovlig handel, revideret sanktionerne, således at de også omfatter husarrest og samfundstjeneste, samt øget adgangen til alternativer til fængsel. Endvidere har alle stofbrugere nu ret til frit at

(?) Yderligere oplysninger findes på adressen: http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm

vælge behandlingstype og -sted samt den institution, der skal attestere deres stofafhængighedsstatus. Disse tjenester tilbydes ikke længere udelukkende af den offentlige sektor.

I Det Forenede Kongerige blev der i narkotikaloven fra 2005 foretaget en række væsentlige ændringer af den nationale lovgivning i form af bl.a. en præcisering af klassificeringen af svampe, der indeholder psilocin eller psilocybin, som et stof i klasse A. Endvidere antages besiddelse af en bestemt mængde kontrolleret narkotika at være med henblik på salg, og politiet har fået mulighed for at teste narkotikalovovertrædere, når de er anholdt, og ikke først når der er rejst tiltale, og kræve af dem, der testes positive, at de lader sig undersøge for stofbrug, og endelig skal domstolene tage hensyn til skærpende omstændigheder (f.eks. salg af narkotika i nærheden af en skole) ved idømmelsen af straf. Domstolene kan også beslutte at varetægtsfængsle personer, som sluger pakker med narkotika, i op til 8 dage (tidligere 4 dage), og en domstol eller et nævningeting kan nu drage slutninger, hvis en person nægter at tillade en undersøgelse eller skanning af kroppens hulrum uden god grund.

Generelt er der en tendens i hele Europa til at nedsætte eller afskaffe de frihedsberøvende straffe for overtrædelser i forbindelse med besiddelse til eget brug og samtidig forhøje straffene for lovovertrædelser, der vedrører narkotikahandel^(*).

Mængder

En række lande har lovgivet om tærskelmængder af narkotika i indberetningsperioden.

Efter den belgiske forfatningsdomstols annullering af artikel 16 i loven fra 2003 udstedte justitsministeren og generalanklageren et nyt fælles direktiv om cannabisrelaterede overtrædelser. Det fremgår heraf, at en voksen persons besiddelse af en mindre mængde cannabis til eget brug (højest 3 gram eller 1 plante) kun skal medføre en simpel politiregistrering, hvis der ikke foreligger skærpende omstændigheder.

I Slovakiet spiller mængden en central rolle i den nye straffelov om narkotikaovertrædelser. § 171 indfører to lovovertrædelser i forbindelse med besiddelse til eget brug: besiddelse af højst 3 doser kan straffes med op til 3 års fængsel, mens der kan idømmes en fængselsstraf på op til 5 år for besiddelse af »en større mængde« (højest 10 doser). Tiltale for besiddelse af større mængder end disse skal rejses i henhold til § 172. I henhold hertil kan der idømmes en fængselsstraf på 4-10 år, hvis der ikke foreligger skærpende

omstændigheder, og straffe på 10-15 år for besiddelse af en større mængde (med en gadeværdi på over 10 gange »grundbeløbet« på 8 000 SKK — ca. 200 EUR), 15-20 år for besiddelse af stoffer i betydeligt omfang (defineret som 100 gange grundbeløbet) og 20-25 år eller livsvarigt fængsel for besiddelse i stor målestok (defineret som over 500 gange grundbeløbet).

I perioden 2002-2005 gennemførte Max Planck Institutet i Tyskland en evaluering af § 31a i den tyske lov om euforiserende stoffer, hvorefter lovovertrædelser af besiddelse af »ubetydelige mængder« stoffer under visse omstændigheder kan fritages for retsforfølgning. Det fremgik af evalueringen, at gennemførelsen af § 31a i praksis varierer betydeligt i de 16 tyske delstater, til dels på grund af forskellige fortolkninger af »ubetydelig« (Schäfer og Paoli, 2006). I marts 2005 vedtog delstaten Berlin en revision af sin »cannabisvejledning«, hvorefter besiddelse af op til 10 gram cannabis ikke retsforfølges, hvis visse kriterier er opfyldt. Denne mængde kan i enkelttilfælde hæves til 15 gram.

Den litauiske sundhedsminister ændrede anbefalingerne af, hvad der skal betragtes som små, store og meget store mængder narkotiske og psykotrope stoffer, og omdefinerede disse mængder. I henhold til den britiske narkotikalov fra 2005 antages besiddelse af en bestemt mængde kontrolleret narkotika nu at være med henblik på salg, og disse mængder fremgår af bestemmelser, der er fastlagt i foråret 2006.

I Bulgarien ophæver ændrings- og tillægsloven til straffeloven (ny SG 26/04) § 354a, stk. 3, som fritog stofafhængige fra strafansvar ved besiddelse af en enkelt dosis. Vanskeligheden ved at definere mængden af en enkelt dosis og bevis for, at undtagelsen er blevet misbrugt i retten til fordel for narkotikahandlere, var blandt begrundelserne for denne foranstaltning.

Med de ændringer, der blev gennemført i Italien i februar 2006, indførtes nye mængdemæssige grænser med henblik på at fastsætte tærsklen mellem eget brug og ulovlig handel på grundlag af mængden af aktivt stof, efter at sådanne grænser var blevet ophævet i 1993. Grænserne er fastlagt i et særligt dekret udstedt af sundhedsministeren i april 2006.

Som det allerede fremgår af forskning udført af European Legal Databases on Drugs (ELDD)^(*), spiller mængden en forskellig rolle i narkotikalovgivningerne; i nogle lande (f.eks. Slovakiet) er de mængder, der afgrænser visse lovovertrædelser, nøje fastlagt, mens mængderne i andre

(*) Se årsberetningen for 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/da/page013-da.html>). Se tillige »Illicit drug use in the EU: legislative approaches« (illegalt stofbrug i EU: lovgivningstiltag), et temadokument udarbejdet af EONN (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

(*) Se »The role of the quantity in the prosecution of drug offences« (mængdens rolle ved retsforfølgning af narkotikalovovertrædelser), juridisk rapport udarbejdet af ELDD, og tabel 1 i »Illicit drug use in the EU: legislative approaches« (illegalt stofbrug i EU: lovgivningstiltag), et temadokument udarbejdet af EONN (begge tilgængelige på adressen: <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

lande (f.eks. Det Forenede Kongerige) er retningsgivende, hvilket giver anledning til en afkræftelig formodning om hensigt. Mængderne kan også være afgørende for sondringen mellem lovovertrædelser (f.eks. besiddelse eller salg) eller være bestemmende for straffen for den samme lovovertrædelse. Selv om mange lande henviser til en mængde i deres lovgivning, kan mængde defineres på forskellige måder (vægt, værdi) eller endog slet ikke. De seneste — tilsyneladende modstridende — foranstaltninger i Italien og Bulgarien viser fortsat kun, at der ikke er nogen klar enighed i Europa om dette spørgsmål.

Statistikker over domsafsigelser

Overvågning af de domme, der er afsagt over for narkotikalovovertrædere, er blevet overvejet eller gennemført i en række lande, og i nogle tilfælde har resultaterne allerede ført til ændringer.

I Irland har man godkendt oprettelsen af en central enhed for kriminalstatistik, der skal overvåge statistikker over anholdelser, retsforfølgninger og arten af de afsagte domme i overensstemmelse med den nationale narkotikastrategi.

Den tyske lov om euforiserende stoffer giver under visse omstændigheder anklageren mulighed for at indstille retsforfølgningen for besiddelse af narkotika uden rettens godkendelse. Trods anbefalinger og vejledninger herom, er bestemmelserne meget forskellige delstaterne imellem. I den ovennævnte undersøgelse af disse forskelle, som blev udført for det tyske sundhedsministerium, analyseredes domsafsigelsen i over 1 800 sager i 6 forskellige delstater (Schäfer og Paoli, 2006).

I en række delstater i Østrig har der været forsøg på at standardisere gennemførelsen af narkotikalovens § 12 og § 35, stk. 4, som fastsætter forenklede procedurer til at trække en politianmeldelse tilbage i tilfælde af salg eller besiddelse af mindre mængder cannabis. Det fremgik af andre statistikker over domsafsigelser, at opgivelsen af anmeldelser som lovbestemte alternativer til straf steg i 2004, selv om politirapporter og domfældelser steg yderligere, mens der var et mindre fald i antallet af suspenderede sager.

I Rumænien blev statistikker over domsafsigelser undersøgt for at overvåge udfaldet af den sociale reintegration af stofbrugere, som begår andre lovovertrædelser end stofbrug. I hovedparten af tilfældene var straffen

suspension af sanktionen under overvågning. Det blev konstateret, at domstolene fra og med 2004 ikke så ofte idømte tvangsbehandling, hvilket i realiteten har mindsket kriminalforsorgens inddragelse og dermed dens bidrag til den sociale rehabilitering af stofbrugere.

Statistikker over domsafsigelser, eller undgåelse af domsafsigelser, giver et langt mere præcist billede af gennemførelsen af et lands narkotikapolitik end lovteksterne gør (se EONN, 2002a). Selv om ikke alle medlemsstater udarbejder omfattende statistikker over domsafsigelser, i modsætning til statistikker over anholdelser, er en række lande begyndt at rapportere om en større interesse for at overvåge denne gennemførelse, hvilket er i tråd med tendensen til at evaluere policyinstrumenter⁽¹⁰⁾. Spørgsmålet om udarbejdelse og analyse af statistikker over domsafsigelser blev behandlet på et ekspertmøde i EONN i 2006.

Narkotikarelateret kriminalitet

I henhold til foranstaltning 25.1 i EU's narkotikahandlingsplan for 2005-2008 skal Rådet senest i 2007 vedtage en fælles definition af begrebet »narkotikarelateret kriminalitet« på grundlag af et forslag fra Kommissionen baseret på de foreliggende undersøgelser, der fremlægges af EONN.

Selv om der endnu ikke findes en EU-definition af narkotikarelateret kriminalitet, forstås der sædvanligvis herved forbrydelser begået under indflydelse af stoffer, forbrydelser begået for at finansiere stofbrug, forbrydelser begået som en del af de illegale narkotikamarkeders funktion samt forbrydelser, hvorved narkotikalovgivningen overtrædes. I EU foreligger der kun rutinemæssige data om den sidstnævnte kriminalitetstype — overtrædelser af narkotikalovgivningen.

På EU-plan foreligger der kun få eller ufuldstændige data om de tre første kriminalitetstyper. Nogle hidrører fra lokale ad hoc-undersøgelser, som det er vanskeligt at ekstrapolere ud fra, mens andre kun henviser til en specifik type narkotikarelateret kriminalitet.

Oplysninger om »indberetninger«⁽¹¹⁾ af narkotikalovovertrædelser foreligger i alle de europæiske lande, der er analyseret i denne beretning. De afspejler ikke alene lovgivningsmæssige forskelle, men også de forskellige måder, hvorpå loven håndhæves og anvendes,

⁽¹⁰⁾ Se »Nationale politikker: evaluering af lovgivninger« (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/da/page021-da.html>).

⁽¹¹⁾ Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser står i citationstegn, fordi det dækker over forskellige begreber i de forskellige lande. Den nøjagtige definition for hvert land findes i metodebeskrivelsen vedrørende narkotikalovovertrædelser i Statistical bulletin 2006.

Indberetninger om sammenhængen mellem narkotika og kriminalitet

I Tjekkiet blev der i 2005 for andet år i træk via regionale politistationer gennemført undersøgelser af narkotikarelateret kriminalitet. Det blev anslået, at ca. 62 % af lovovertrædelserne i forbindelse med narkotikaproduktion/distribution, 25 % af tilfældene af strafbar svig, 21 % af de strafbare forhold som følge af uretmæssig tilegnelse af midler/formuegoder og 20 % af indbrudstyverierne i 2004 var begået af stofbrugere til finansiering af eget forbrug (Tjekkiet nationale rapport).

Det fremgik af en undersøgelse, der blev gennemført i 2004 blandt 15-16-årige i Finland, at ca. 7 % af de unge, der havde brugt cannabis inden for det seneste år, havde finansieret deres brug illegalt, over halvdelen ved at sælge stoffer og resten hovedsageligt ved at stjæle (Kivivuori mfl., 2005, omtalt i Finlands nationale rapport).

I to undersøgelser gennemført af Garda Research Unit i 1996 og 2000/2001 i Irland blandt en stikprøve af stofbrugere, der var kendt af politiet, blev det anslået, at stofbrugere var ansvarlige for 66 % af de registrerede kriminelle forseelser i 1996 og 28 % i 2000/2001 (Keogh, 1997; Furey og Browne, 2003, omtalt i Irlands nationale rapport). Ifølge undersøgelsen fra 2000/2001 var opioidbrugere ansvarlige for 23 % af de registrerede simple tyverier og 37 % af de registrerede indbrudstyverier.

samt 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. Da disse forskelle vanskeliggør direkte sammenligninger mellem EU-lande⁽¹²⁾, er det mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal.

I 5-årsperioden 1999-2004 steg antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser generelt i de fleste EU-lande

(faktisk i alle indberettende lande undtagen Italien og Portugal, med særligt markante stigninger — fordobling eller mere — i Estland, Litauen⁽¹³⁾, Ungarn⁽¹⁴⁾ og Polen). I 2004 blev denne stigende tendens bekræftet i de fleste indberettende lande⁽¹⁵⁾, selv om nogle få lande meldte om et fald i det foregående år — Tjekkiet, Grækenland, Letland, Luxembourg, Portugal, Slovenien (siden 2001), Slovakiet, Finland og Bulgarien⁽¹⁶⁾).

I de fleste EU-medlemsstater vedrører flertallet af indberettede narkotikalovovertrædelser⁽¹⁷⁾ stofbrug eller besiddelse til eget brug⁽¹⁸⁾, nemlig i 2004 mellem 61 % af alle narkotikalovovertrædelser i Polen og 90 % i Østrig. I Tjekkiet, Luxembourg, Nederlandene og Tyrkiet t vedrører de fleste af de indberettede narkotikalovovertrædelser handel eller smugling, svingende fra 48 % af alle narkotikalovovertrædelser i Luxembourg til 93 % i Tjekkiet.

I samme 5-årsperiode steg antallet af overtrædelser i form af brug/besiddelse til eget brug generelt i alle indberettende lande, undtagen Italien, Portugal, Slovenien, Bulgarien og Tyrkiet, som meldte om en faldende tendens⁽¹⁹⁾. Andelen af alle narkotikalovovertrædelser, som vedrørte disse overtrædelser, steg også i de fleste indberettende lande i perioden, selv om stigningstakten generelt var lav, undtagen i Cypren, Polen og Finland, hvor der blev rapporteret om mere markante opadgående tendenser. I Luxembourg, Portugal, Bulgarien og Tyrkiet faldt andelen af narkotikalovovertrædelser, der vedrørte brug/besiddelse til eget brug, dog generelt⁽²⁰⁾.

I de fleste medlemsstater er cannabis det illegale stof, der oftest er involveret⁽²¹⁾ i indberettede narkotikalovovertrædelser⁽²²⁾. I de lande, hvor dette er tilfældet, tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig i 2004 for 34-87 % af samtlige narkotikalovovertrædelser. I Tjekkiet og Litauen var amfetaminrelaterede overtrædelser dominerende og tegnede sig for henholdsvis 50 og 31 % af alle narkotikalovovertrædelser, mens kokain er

⁽¹²⁾ En mere omfattende behandling af metodespørgsmål findes i metodebeskrivelsen vedrørende narkotikalovovertrædelser i Statistical bulletin 2006.

⁽¹³⁾ Stigningen i Litauen skyldes gennemførelsen af den nye straffelov i maj 2003.

⁽¹⁴⁾ Stigningen i Ungarn skyldes hovedsageligt en ændring af straffeloven og strafferetsplejen.

⁽¹⁵⁾ Oplysninger om »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser forelå for 1999-2004 i alle lande (dog i nogle tilfælde ikke for hvert år) undtagen Cypren, Slovakiet, Bulgarien, Rumænien, Tyrkiet og Norge, og for 2004 i alle lande undtagen Irland, Det Forenede Kongerige og Norge.

⁽¹⁶⁾ Se tabel DLO-1 og figur DLO-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷⁾ Oversigter over fordelingen efter overtrædelsestype forelå i alle lande (dog i nogle tilfælde ikke for hvert år mellem 1999 og 2004) undtagen Danmark, Estland, Letland, Litauen, Ungarn, Slovakiet og Rumænien.

⁽¹⁸⁾ Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁹⁾ Se tabel DLO-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽²⁰⁾ Se tabel DLO-5 i Statistical bulletin 2006.

⁽²¹⁾ Oversigter over fordelingen af narkotikalovovertrædelser efter stof forelå i alle lande (dog i alle tilfælde ikke for hvert år mellem 1999 og 2004) undtagen Danmark, Estland, Letland, Ungarn, Finland, Rumænien og Norge.

⁽²²⁾ Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2006.

det hyppigst indberettede stof i Luxembourg (43 % af narkotikalovovertrædelserne).

I 1999-2004 steg antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis generelt i størstedelen af de indberettende lande, mens der kunne konstateres fald i Italien og Slovenien⁽²³⁾. I samme periode steg andelen af narkotikalovovertrædelser, der involverede cannabis, i Tyskland, Spanien, Frankrig, Litauen, Luxembourg, Portugal, Det Forenede Kongerige og Bulgarien, mens den generelt var stabil i Irland og Nederlandene og faldt i Belgien, Italien, Østrig, Slovenien og Sverige⁽²⁴⁾. Selv om cannabis i alle indberettende lande (undtagen i Tjekkiet og Bulgarien og i nogle få år i Belgien) var involveret i flere overtrædelser vedrørende brug/besiddelse end i andre narkotikalovovertrædelser, er andelen af brugsrelaterede lovovertrædelser i forbindelse med cannabis faldet siden 1999 i en række lande — nemlig Italien, Cypern (2002–2004), Østrig, Slovenien og Tyrkiet (2002–2004) — og er faldet i det seneste år (2003-2004)

i de fleste indberettende lande, hvilket muligvis indikerer, at retshåndhævelsesmyndighederne i disse lande i mindre grad fokuserer på cannabisbrugere⁽²⁵⁾.

I samme 5-årsperiode faldt antallet af »indberetninger« og/eller andelen af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med heroin i størstedelen af de indberettende lande, undtagen Belgien, Østrig, Slovenien og Sverige, som meldte om opadgående tendenser for antallet af »indberetninger« vedrørende heroin⁽²⁶⁾ og/eller andelen af narkotikalovovertrædelser, der involverede heroin⁽²⁷⁾.

Den modsatte tendens kan observeres for kokainrelaterede overtrædelser: med hensyn til både antallet af »indberetninger«⁽²⁸⁾ og andelen af samtlige narkotikalovovertrædelser⁽²⁹⁾ er de kokainrelaterede overtrædelser steget siden 1999 i de fleste indberettende lande. Bulgarien er det eneste land, hvor tendensen har været nedadgående med hensyn til kokainrelaterede overtrædelser (både antal og andel af narkotikalovovertrædelser).

Europæiske narkotikapolitikker: udvidelse til at omfatte mere end illegale stoffer? i EONN — årsberetning 2006: udvalgte temaer

I Europa er narkotikapolitikkerne begyndt at strække sig ud over illegale stoffer og omfatte andre afhængighedsskabende stoffer eller endog adfærdsformer. Dette ses i narkotikapolitikkerne i nogle medlemsstater og i EU's narkotikastrategier. Forskningen sætter i stigende grad fokus på spørgsmålet om afhængighed eller afhængighedsskabende adfærdsmønstre, uanset hvilke stoffer der er tale om. Det udvalgte tema om den øgede vægt, som legale stoffer eller afhængighed i sig selv tillægges i nationale strategier eller policydokumenter vedrørende illegale stoffer, tager sigte på at give et første indblik i dette nye fænomen i Den Europæiske Union.

Selv om narkotikastrategier ikke altid henviser til legale stoffer eller afhængighedstilstande, fremgår det af det udvalgte tema, at forebyggelsesprogrammer og i nogle lande behandlingstilbud gælder for både legale og illegale stoffer, med børn og unge som et prioriteret indsatsområde. Det synes at blive mere og mere almindeligt, at legale stoffer i strategisk eller institutionel henseende langsomt integreres i politikker og foranstaltninger mod illegale stoffer.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk («European drug policies: extended beyond illicit drugs?», i *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) og på internettet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽²³⁾ Se figur DLO-2 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽²⁴⁾ Se tabel DLO-6 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽²⁵⁾ Se figur DLO-3 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽²⁶⁾ Se figur DLO-4 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽²⁷⁾ Se tabel DLO-7 i *Statistical bulletin 2006*; bemærk, at andelen af heroinrelaterede overtrædelser faldt i Sverige i perioden 1999-2003.

⁽²⁸⁾ Se figur DLO-5 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽²⁹⁾ Se tabel DLO-8 i *Statistical bulletin 2006*.



Kapitel 2

Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt

Forebyggelse

Erfaringer fra nogle medlemsstater viser, at narkotikaforebyggelse på individuelt plan kan være mere effektiv, hvis den også understøttes af en regulerende politik for legale stoffer, som kan begrænse unges adgang til disse stoffer og mindske den sociale accept heraf. Som følge heraf er miljøbaserede forebyggelsesstrategier, som fokuserer på de normative og kulturelle rammer for stofbrug, ved at vinde frem i dele af Europa, støttet af de første skridt, der er taget på EU-plan: tobaksreklamedirektivet og WHO's rammekonvention om tobakskontrol (se afsnittet om miljøbaserede strategier i det udvalgte tema om stofbrug i fritidsmiljøer).

Massemediekampagnerne anses i stigende grad for snarere at have en oplysende funktion (for at understøtte, støtte og forklare den brede befolkning baggrunden for miljøbaserede strategier) end at kunne ændre adfærd.

I denne henseende anbefales det i en nylig tysk gennemgang af den internationale litteratur (Bühler og Kröger, 2005, omtalt i Tysklands nationale rapport), at mediekampagner anvendes som en støtteforanstaltning og ikke som den eneste foranstaltning til at opnå adfældsændringer.

Folkesundhedsforebyggelse

Mens sundhedsfremme — som en rammebetingelse for forebyggelse — sigter mod at opmuntre folk til at føre en sund livsstil og at skabe sunde levevilkår for alle, omtales det nye begreb »folkesundhedsforebyggelse« i stigende grad af nogle medlemsstater (Italien, Nederlandene, Slovakiet) og Norge. Folkesundhedsforebyggelse omfatter en række forebyggende foranstaltninger, som tager sigte på at forbedre sundheden blandt udsatte samfundsgrupper, og som blandt andet omfatter narkotikaforebyggende foranstaltninger. Disse foranstaltninger er navnlig afpasset efter behovene blandt unge, hvis problemadfærd, herunder stofbrug, i vidt omfang er betinget af sårbarhed (social og personlig) og af levevilkår. Da selektive og indicerede forebyggelsesstrategier er målrettet mod sociale og personlige risikofaktorer, er de knyttet

naturligt til andre ungdomsrelevante folkesundhedspolitikker (strategier vedrørende unges mentale sundhed med hensyn til adfældsforstyrrelser, opmærksomhedsforstyrrelser osv.), socialpolitikker (tilvejebringelse af fritidsrum og støtte til udsatte unge eller fattige familier), uddannelsespolitikker (nedbringelse af skolefravald) osv. Folkesundhedsforebyggelsen fokuserer således på hele rækken af sårbarhedsfaktorer, som er relevante for indsatsen over for narkotikaproblemer, ved at inddrage tjenester og sektorer, som ikke ellers nødvendigvis ville fokusere på narkotika.

Universel skolebaseret forebyggelse

Programbaserede forebyggelsestiltag er ved at vinde indpas inden for den skolebaserede forebyggelse. Programbaseret forebyggelse omfatter en standardiseret »pakke« bestående af et fastlagt antal sessioner, hver med et nøje fastlagt indhold, og detaljeret lærer- og elevmateriale. Dette gør overvågningen og evalueringen lettere og øger tiltagenes præcision, nøjagtighed og konsistens, hvilket medfører en indsats af høj kvalitet. Som følge heraf overvåger flere medlemsstater end tidligere skolebaserede forebyggelsestiltag (Tjekkiet, Grækenland, Spanien, Irland, Italien, Cypern, Ungarn, Nederlandene og Det Forenede Kongerige). Den første undersøgelse på området nogensinde, European Drug Abuse Prevention Trial (www.eudap.net), har vist lovende resultater. Projektet, som finansieres af Europa-Kommissionen, blev iværksat og krydsevalueret i 7 lande, 9 regionale centre og 143 skoler. 7 000 elever (3 500 i en forsøgsgruppe og 3 500 i en kontrolgruppe) deltog i projektet. Ifølge EU-Dap havde elever i forsøgsgruppen i forhold til kontrolgruppen en 26 % lavere sandsynlighed for at ryge dagligt, en 35 % lavere sandsynlighed for at være beruset hyppigt og en 23 % lavere sandsynlighed for at bruge cannabis. En sammenlignelig programbaseret forskningstilgang er Blueprint i Det Forenede Kongerige⁽²⁰⁾. Endvidere lægges der nu større vægt på en mere nøjagtig teknisk vejledning og en bedre dækning i forbindelse med gennemførelsen af skolebaseret forebyggelse (f.eks. i Frankrig og Irland).

⁽²⁰⁾ www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/

Politi på skoler

Politiet rolle i forbindelse med skolebaseret forebyggelse er et kontroversielt emne. I Belgien anbefaler det franske fællesskab, at sundhedsfremme og forebyggelsespolitik gennemføres af skolemyndigheder, og at politiet ikke involveres i forebyggelsesprogrammer. I Det Forenede Kongerige anbefales det ligeledes i et policydokument (ACPO Drugs Committee, 2002), at politiet kun deltager inden for dets ekspertiseområder (sikkerhed, lovovertrædelser, påbud) og ikke involveres i den konkrete narkotikaundervisning. I tråd hermed viderefører Portugal et nærpolitiprogram, Escola Segura (sikker skole). I skoleåret 2004/2005 blev 320 politifolk specifikt afsat til skoleområdet med henblik på at varetage nærpolitiopgaver og forebygge lovovertrædelser, både i dag- og natte timerne. I Frankrig kan skoler eller andre tjenester efter anmodning besøges af eksperter, der er uddannet af de retshåndhævende myndigheder til at etablere kontakt til unge eller voksne. Trods anbefalinger af, at narkotikaundervisning ikke forestås af politifolk i uniform, da det i nogle tilfælde kunne virke mod hensigten, er aktiviteter udført af politifolk på skoler stadig almindelige i mange medlemsstater.

Selektiv forebyggelse

Efter at de fleste medlemsstater har anerkendt og udviklet tilgangen med selektiv forebyggelse, målrettes indsatsen i stigende grad mod udsatte grupper. F.eks. har Tyskland, Grækenland, Luxembourg, Østrig, Finland og Det Forenede Kongerige meldt om programmer, der er målrettet mod unge lovovertrædere.

En række lande (f.eks. Polen og Slovakiet) er begyndt at sætte større fokus på udsatte grupper. I Sverige har den mest markante stigning i aktiviteter i forhold til tidligere år været inden for programmer vedrørende udsatte førskolebørn og skoleelever med udadrettet adfærd. Antallet af kommuner, der gennemfører disse programmer, er blevet omtrent fordoblet. Endvidere er Norge ved at udvikle en national strategi for en tidlig indsats over for problematisk stof- og alkoholbrug, hvor forebyggelsesindsatsen specifikt vil være målrettet mod risikogrupper. Tilgange, der ikke er baseret på afholdenhed, er ikke blot effektive til at nedsætte forbruget, men også til at begrænse fortsat brug blandt de grupper, hvor der allerede forekommer begyndende stofbrug. Polen har således et landsdækkende program, som tager sigte på at ændre den narkotikarelaterede adfærd blandt udsatte børn eller børn, som kun lige er begyndt at tage stoffer. Det specifikke mål med det polske program er at støtte familien med at løse narkotika problemer. I denne henseende er det hensigtsmæssigt, at begrebet selektiv forebyggelse ikke fokuserer på stofbrug og ikke stigmatiserer stofbrug, men derimod har fokus på sårbarhed i bredere forstand.

Medlemsstaternes selektive forebyggelse er i stigende grad målrettet mod specifikke etniske grupper, og fire lande (Belgien, Tyskland, Italien og Luxembourg) har meldt om nye projekter på dette område. I Italien prioriteres beskyttelsen af børn, mødre og indvandrerfamilier eller personer, der tilhører etniske minoriteter, nu i mange projekter. Luxembourg har meldt om, at der fokuseres særligt på unge og det største indvandrersamfund med vægten lagt på sproglige og sociokulturelle specificiteter.

Selektiv forebyggelse på skoler

Den selektive narkotikaforebyggelse fokuserer i stigende grad på unge, der har risiko for at droppe ud af skolen og/eller har adfærdproblemer, f.eks. i Italien, hvor ca. 15 % af forebyggelsesindsatsen på skolerne er målrettet mod udsatte undergrupper af skoleelever (selektiv og indiceret forebyggelse). De primære undergrupper, som den selektive forebyggelse på skoler er målrettet mod, er elever med sociale adfærdproblemer, skoleproblemer eller familieproblemer, indvandrerelever og elever, der tilhører etniske minoriteter. De akademiske præstationer og skoledeltagelsen er således gode indikatorer for narkotikaproblemer, og en overvågning heraf gør det muligt at gribe tidligt og målrettet ind.

Narkotikaforebyggelsesprogrammer har i mange lande fokuseret på skolefrafald. Formålet med Projekt HUP fra Storstrøms Amt i Danmark er at øge andelen af unge, der fuldfører en ungdomsuddannelse, fra 75 % til den nationale målsætning på 95 % ved at fokusere på udsatte unge elever. Der meldes om lignende projekter i Irland, Portugal (47 projekter), Rumænien (1 projekt) og Norge (brochurer til lærere). En nedbringelse af det antal elever, der går tidligt ud af skolen, er en officiel målsætning i Irlands nationale strategi, med målet om en reduktion på 10 % i forhold til tallene i 2005/2006 i LDTF-områder (local drug task force). Selektive forebyggelsesprogrammer er målrettet mod uddannelsessøgende i Malta, mens der i Frankrig og Slovakiet stilles rådgivningstjenester til rådighed på skoler på grundlag af (selv-)henvisning.

Familiebaseret forebyggelse

Med et stigende antal yngre børn, der begynder at bruge stoffer, er det af stadig større betydning at forbedre og intensivere den familiebaserede forebyggelse. Familiens indflydelse på præteenagere er større end kammeraternes. Dens rolle med hensyn til at opstille normer for og støtte børnene er mere relevant for forebyggelsen end at give oplysninger om stoffer.

Den familiebaserede forebyggelse i EU er ved at blive mere målrettet og i højere grad behovsbaseret. En række medlemsstater (Tyskland, Spanien, Irland, Italien og Det Forenede Kongerige) har anerkendt, at det kan være

vanskeligt for institutioner at kontakte problemfamilier. På baggrund heraf er der i Det Forenede Kongerige som led i FRANK-kampagnen udviklet en aktionspakke til narkotika- og alkoholteam og forebyggelseseksperter med vejledning i, hvordan man når ud til familien, og i mange andre medlemsstater er der nu ved at blive gennemført selektive forebyggelsesprogrammer, der er målrettet mod udsatte familier. I disse programmer gøres der brug af en række forskellige metoder til at nå ud til udsatte familier (f.eks. tilvejebringelse af mad, økonomiske incitament, babysitting), som hovedsageligt er baseret på Kumpfers »Strengthening Families Program« (Kumpfer mfl., 1996).

Programmet »Strengthening Families Program« (SFP) er ved at blive gennemført i Spanien (Palma de Mallorca og Barcelona), Nederlandene (to byer, evalueringsundersøgelse) og Sverige (to byer). Uddannelseskurser er i gang i Irland og Italien, og i Sverige er det planen, at programmet skal udvides til at omfatte en række byer. Norge er ved at evaluere det lignende MST-program i et randomiseret kontrolleret forsøg. Disse selektive familiebaserede programmer har fællestræk i alle medlemsstater, hvor de er blevet gennemført.

Programmer for forsømte børn og unge fra dysfunktionelle familier er iværksat i Polen og i nogle delstater i Østrig. Disse programmer gennemføres forskellige steder i lokalsamfundet, f.eks. socialterapeutiske fællesrum, opdragelsesinstitutioner, ungdomsklubber og forebyggelsescentre.

Nogle lande fokuserer i stigende grad på børn af alkoholikere (Belgien, Tyskland, Østrig). De resterende lande fokuserer stadig udelukkende på børn af stofbrugere.

Forebyggelse i lokalsamfundet

De fleste selektive forebyggelsesprogrammer gennemføres på lokalsamfundsplan. Dette skyldes til dels, at de forskellige sociale tjenester, der er involveret, normalt er koordineret på dette niveau. I lande, hvor lokalsamfundene har beføjelse til og ønske om at håndhæve lokale normer, er lokalsamfundet imidlertid en naturlig enhed for miljøbaserede strategier. Den lokalsamfundsbaselede selektive forebyggelse er almindelig i de nordiske lande og i Belgien, Nederlandene, Polen og Det Forenede Kongerige og bliver stadig mere almindelig i lande, hvor denne tilgang er blevet anvendt i mindre omfang tidligere (Frankrig, Italien, Ungarn, Portugal).

Ved i lokalsamfundet at fastlægge normer for tilgængeligheden og formerne for indtagelse af legale stoffer og ved at optimere de lokale tjenester er lokale miljøbaserede forebyggelsesstrategier et godt udgangspunkt for effektive narkotikaforebyggelsesprogrammer.

Kvalitetskontrol i forbindelse med forebyggelse

Kvalitetskontrol i forbindelse med forebyggelse er af stigende betydning, navnlig da mange medlemsstater har overdraget kompetencen og ansvaret for forebyggelse til det lokale plan (Danmark, Italien, Nederlandene, Polen, Portugal og Slovenien) og/eller uddelegeret ansvaret for narkotikaforebyggelse til ikke-statslige organisationer (ngo'er) eller halvselvstændige foreninger (Belgien, Tyskland, Frankrig, Ungarn og Finland). Nogle medlemsstater har derfor meldt om strategier, som tager sigte på fælles kvalitetskriterier, standarder og tekniske rådgivningstjenester på lokalt plan med henblik på at bistå skoler eller lokalsamfund med at udvikle skolepolitikker (Belgien, Danmark, Nederlandene og Det Forenede Kongerige), gennemføre hensigtsmæssige forebyggelsesprogrammer og sikre minimumskvalitetsstandarder (Danmark, Frankrig, Litauen, Ungarn, Slovakiet, Det Forenede Kongerige, Rumænien og Norge).

Grækenland og Østrig er nået længst med at fastlægge specifikationer for akkrediteringen af forebyggelsestjenester eller forebyggelseseksperter.

Behandlings- og skadesreduktionstiltag

Baggrunden for EONN's indsamling af data om skadesreduktions- og behandlingstiltag i forbindelse med narkotikaproblemet findes i to væsentlige EU-instrumenter:

- EU's narkotikastrategi for 2005-2012 og EU's første handlingsplan for 2005-2008, som udgør en ramme for nationale politikker og detaljerede anbefalinger til foranstaltninger i medlemsstaterne, der tager sigte på at forebygge stofbrug og øge behandlings- og skadesreduktionstilbuddenes dækning og kvalitet
- Rådets henstilling af 18. juni 2003⁽²¹⁾, som indeholder yderligere specifikke anbefalinger til foranstaltninger, som medlemsstaterne bør overveje med henblik på at forebygge og reducere de helbredsskader, der forbundet med narkotikamisbrug, og sikre et højt sundhedsbeskyttelsesniveau. Denne henstilling er blevet styrket gennem sin medtagelse i EU's handlingsplan som foranstaltning 14.

For at vurdere gennemførelsen af strategien er det vigtigt at fastlægge udbuddet af tjenester og det omfang, hvori der gøres brug af tjenesterne. I sidste instans vil der imidlertid være behov for pålidelige skøn over dækningsgraden — det omfang, hvori behandlings- og skadesreduktionsforanstaltninger når ud til den planlagte

⁽²¹⁾ Rådets henstilling 2003/488/EF.

målgruppe — til at evaluere målene i handlingsplanen og tilvejebringe et grundlag for at vurdere strategiens virkninger.

I den 8-årsperiode, hvor strategien gennemføres, bistår EONN Kommissionen i evalueringsprocessen ved at tilvejebringe data fra EU's system for epidemiologiske indikatorer og udvikle og gennemføre en række specifikke dataindsamlingsredskaber til at klarlægge udbuddet af tjenester og udnyttelsen af behandlings- og skadesreduktionstjenesterne. I forhold til det gode overblik over den epidemiologiske situation, der er opnået på grundlag af EONN's udvikling og gennemførelse af en indikatorbaseret overvågning, finder der kun en begrænset standardiseret indberetning af tiltag sted.

Opioidsubstitutionsbehandling

Foregangslandene for metadonvedligeholdelsesbehandling til heroinbrugere i Europa var Sverige (i 1967), Nederlandene og Det Forenede Kongerige (1968) samt Danmark (1970), men anvendelsen heraf forblev begrænset i mange år.

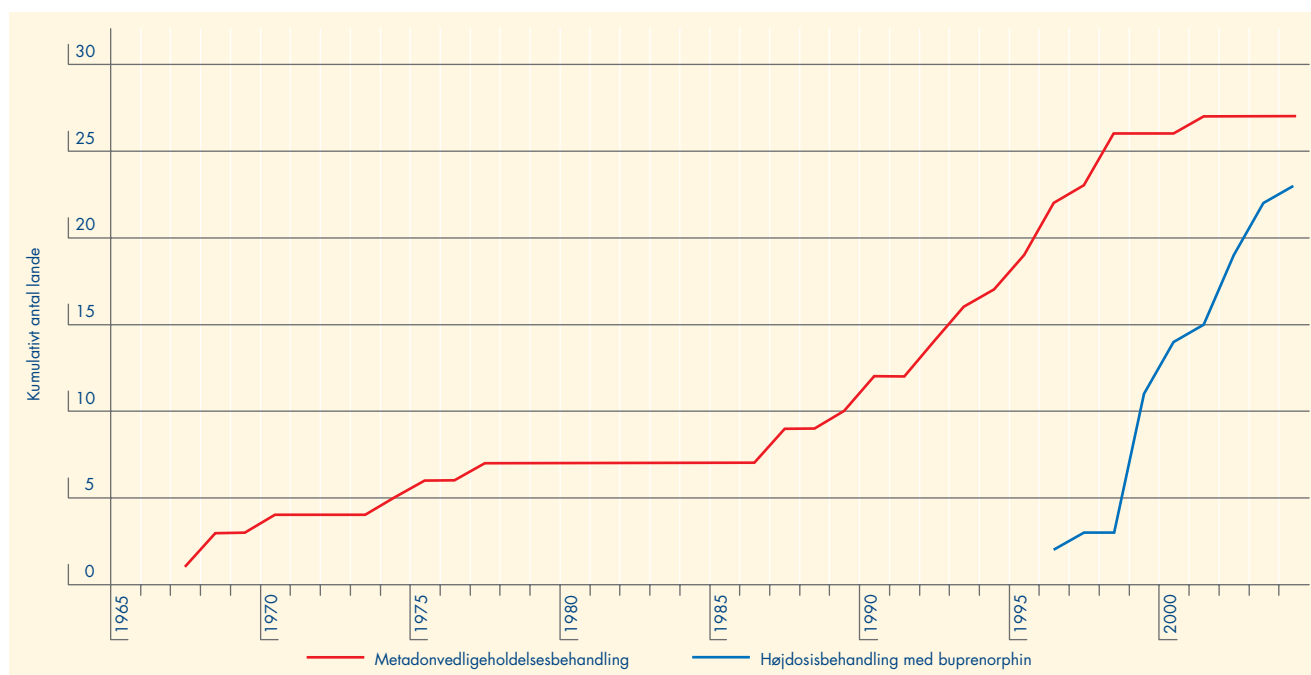
Efter at have opdaget, i hvor høj grad hiv-epidemien havde spredt sig blandt stofbrugere i Vesteuropa, begyndte man i mange lande at ændre de terapeutiske målsætninger og fremgangsmåder fra afholdenhed som den primære målsætning til tiltag, der i højere grad er rettet mod at reducere de skader, der er forbundet med stofbrug. Det

blev accepteret, at der kan være behov for gentagen behandling, og fordelene ved vedligeholdelsesbehandling for stabiliseringen og forbedringen af opioidbrugeres sundhed og sociale situation for samfundet som helhed blev anerkendt.

Efter slutningen af 1980'erne øgedes den hastighed, hvormed metadonbehandling blev indført som en behandlingsmetode. I 2001 havde 24 EU-lande samt Bulgarien, Rumænien og Norge indført behandlingen (figur 1). Der er imidlertid store forskelle landene imellem med hensyn til omfang og dækning (se kapitel 6).

I 1996 blev der for første gang i en EU-medlemsstat tilvejebragt et retsgrundlag for anvendelse af medicin, der indeholder buprenorphin, til behandling af heroinbrugere (se det udvalgte tema om buprenorphin i årsberetningen for 2005). Buprenorphin er nu tilgængeligt og anvendes i størstedelen af medlemsstaterne. Da buprenorphin er anført i en mindre streng fortegnelse i FN's narkotikakonventioner, har landene større muligheder for at ordinere det. I nogle lande har denne behandlingsmulighed medført en hastig stigning i antallet af behandlede klienter. Nye farmakoterapeutiske behandlingsmetoder ud over substitutionsbehandling med agonister er ved at blive undersøgt, og inden for forskningen satser man nu på at udvikle behandlingstilbud til kokain- og crackbrugere, hvoraf mange også bruger heroin eller har brugt det tidligere (se tillige kapitel 5).

Figur 1: Indførelse af metadonvedligeholdelsesbehandling og højdosisbehandling med buprenorphin i EU-medlemsstater, kandidatlande og Norge



Kilder: Nationale knudepunkter.

Det skønnes, at over en halv million opioidbrugere var i substitutionsbehandling i EU i 2003, svarende til en tredjedel af de på nuværende tidspunkt skønnede 1,5 millioner problematiske opioidbrugere (EONN, 2005a). De nye medlemsstater og kandidatlande tegner sig kun for en lille del af klienterne i substitutionsbehandling i den europæiske region, hvilket til dels kan forklares ved en lavere udbredelse af opioidbrug i disse lande. Selv om substitutionsbehandling fortsat ikke er særlig udbredt i disse lande, er der visse tegn på stigninger i Estland, Litauen og Bulgarien.

Det fremgår af de modtagne oplysninger, at der i nogle lande har været yderligere stigninger i udbuddet af metadonbehandling, men at antallet af personer, der modtager en sådan behandling, har stabiliseret sig eller er faldet i 8 lande⁽³²⁾. Fire af disse lande, Danmark, Spanien, Malta og Nederlandene, er kendetegnet ved heroinbrug, der har eksisteret i mange år, og let tilgængelige metadonsubstitutionsprogrammer. De 4 andre lande, Letland, Ungarn, Polen og Rumænien, er kendetegnet ved en lav geografisk dækning af metadonsubstitution, og nogle steder er der venteliste til behandling.

Det er vanskeligt at afgøre, om faldet i antallet af klienter i metadonbehandling betyder, at disse klienter går over til buprenorphinbehandling, når dette er en mulighed. Man har på nationalt plan ofte ikke kendskab til, hvor mange klienter der er i behandling for stofafhængighed hos praktiserende læger.

Muligheder og former for behandling for stofafhængighed

I forbindelse med en undersøgelse, der blev gennemført blandt nationale knudepunkter i 2005, vurderede man de generelle kendetegn ved behandlingstilbuddene i Europa. Nationale eksperter blev spurgt, om de fleste opioidbrugere blev behandlet som led i stoffrie eller medicinsk støttede programmer, eller om begge metoder forekom lige hyppigt.

Resultaterne viser en overvægt af medicinsk støttet behandling, med metadon som det stof, der hovedsageligt anvendes (undtagen i Tyrkiet og Frankrig; flere oplysninger findes i kapitel 6). Resultaterne viser endvidere, at den narkotikarelaterede behandling i de fleste lande hovedsageligt foregår ambulante — kun i Letland og Tyrkiet foregår behandlingen hovedsageligt under indlæggelse. Traditionelle psykoterapeutiske behandlingsmetoder (psykodynamisk terapi, kognitiv adfærdsterapi, systemisk terapi/familierapi

eller Gestaltterapi) er de metoder, der hyppigst anvendes i forbindelse med ambulante behandling i Irland, Letland, Det Forenede Kongerige, Bulgarien og Tyrkiet. 9 lande har angivet, at de hovedsageligt anvender »understøttende« metoder (som kan omfatte rådgivning, uddannelses- og miljøterapi, motivationsamtaler eller afslapningsteknikker og akupunktur), og 10 lande kombinerer de forskellige metoder i deres ambulante behandling.

Med hensyn til døgnbehandling er Minnesotamodelen med de 12 trin en model, der hyppigst anvendes i forbindelse med stationær behandling i Irland, Litauen, Ungarn og Tyrkiet, mens 6 lande især anvender psykoterapeutiske behandlingsmetoder, 5 lande »understøttende« metoder og 10 lande en kombination af sådanne metoder.

I de seneste årti, men også og i endnu højere grad i de seneste 5 år, har mange europæiske lande »åbnet dørene« for behandling ved at udvide mulighederne for substitutionsbehandling og reducere adgangsbegrænsningerne. Aldrig tidligere er behandlingssystemet nået ud til et så stort antal stofbrugere. Mange, men ikke alle, har brug for bistand, der går ud over behandlingen af deres stofafhængighed, og mange synes at have behov for lavtærskeltilbud samt betydelig støtte til reintegration.

Skadesreduktionstiltag

Samtidig med at det blev et mål i sig selv at nå ud til og opretholde kontakt til klienter, har opsøgende arbejde og lavtærskeltilbud opnået anerkendelse og støtte og indgår nu som væsentlige dele af en omfattende indsats i mange medlemsstater. Fælles træk i indsatsen er synlige i Europa med hensyn til forebyggelsen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere og reduktionen af antallet af narkotikarelaterede dødsfald (se tillige kapitel 7).

Reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald blev for første gang fastlagt som et mål for den europæiske narkotikapolitik for 6 år siden og er et mål i EU's nuværende handlingsplan⁽³³⁾. Antallet af lande, som medtager en direkte henvisning til målet om en reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald i deres nationale politikker, er fortsat steget i de senere år, idet 8 lande har vedtaget sådanne strategier i løbet af 2004 og 2005 (hvorved det samlede antal når op på 15). Foruden nationale politikker er supplerende foranstaltninger i byerne almindelige: En række hovedstæder (herunder Athen, Berlin, Bruxelles,

⁽³²⁾ Se tabel NSP-7 i Statistical bulletin 2006.

⁽³³⁾ I henhold til mål 17 i EU's handlingsplan for 2005-2008 skal en reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald medtages som et specifikt mål på alle niveauer, og der skal udarbejdes tiltag specielt til dette formål.

Foranstaltninger og tiltag vedrørende stofbrugere i fængsler i de nye medlemsstater

De foreliggende data er baseret på et fælles dataindsamlingsprojekt gennemført af EONN-WHO/Europa i 2005 ⁽¹⁾.

Der meldes om narkotikatestning i fængsler i størstedelen af de nye medlemsstater. Der er imidlertid forskelle landene imellem med hensyn til deres ordninger for narkotikatestning. Indsatte testes kun ved indsættelsen i fængslet i Tjekkiet, Malta og Slovenien. Malta og Slovenien er også de eneste lande, der tester de indsatte, inden de forlader fængslet. Der foretages tilfældig narkotikatestning i alle fængsler i Tjekkiet, Malta, Slovenien og Slovakiet og i under 50 % af fængslerne i Ungarn.

Stoffri behandling er fremherskende blandt foranstaltningerne i fængsler i de nye medlemsstater, men dækningen af sådanne tiltag er begrænsede. Stoffri behandling med psykologisk støtte angives at være tilgængelig i under 50 % af fængslerne i Tjekkiet, Estland, Litauen, Ungarn, Polen og Slovakiet. Der findes stoffrie afdelinger i de fleste lande, men kun Tjekkiet og Slovenien har meldt om sådanne tilbud i over 50 % af fængslerne. Kort afgiftning med medicin er mere udbredt (alle fængsler i Letland, Ungarn, Malta, Slovenien og Slovakiet).

Antallet af indsatte i de nye medlemsstater, der har adgang til behandling med antagonist og substitutionsbehandling, er generelt lavt. Behandling med antagonist synes kun at

bruges i nødstilfælde, og kun få lande har meldt om adgang til opioidsstitutionsbehandling i forbindelse med akut afgiftning i fængslet (Ungarn, Malta, Polen og Slovenien). Narkotikarelaterede foranstaltninger forud for løsladelse er hovedsageligt i form af rådgivning og oplysning (Tjekkiet, Letland, Litauen, Ungarn, Polen, Slovenien og Slovakiet). Substitutionsbehandling som en foranstaltning forud for løsladelsen er tilgængelig i alle fængsler i Slovenien og i under 50 % af fængslerne i Polen.

Kun få fængsler i de nye medlemsstater har angivet at have indført skadesreduktionsforanstaltninger til intravenøse stofbrugere. Nåle- og sprøjtebytteprogrammer er ikke gennemført i fængsler i nogen af de nye medlemsstater, og kun Estland, Litauen og Slovenien stiller angiveligt desinficeringsmidler til rådighed til rengøring af sprøjter. Der gøres dog en indsats mod narkotikarelaterede smitsomme sygdomme i fængslerne. Vaccination mod hepatitis B er tilgængelig i alle fængsler i 6 nye medlemsstater (Tjekkiet, Estland, Ungarn, Malta, Slovenien og Slovakiet), og 5 lande har angivet, at der er adgang til antiviralbehandling for hepatitis C-positive indsatte i alle fængsler (Tjekkiet, Litauen, Polen, Slovenien og Slovakiet). Alle nye medlemsstater har meldt om antiretroviral behandling til hiv-positive indsatte ⁽²⁾.

⁽¹⁾ Data fremlagt af Tjekkiet, Estland, Letland, Litauen, Ungarn, Malta, Polen, Slovenien og Slovakiet. For yderligere henvisninger se EONN (2005c).

⁽²⁾ Der foreligger ingen data for Cypern.

Lissabon og Tallinn), men også mere omfattende byzoner (f.eks. den østlige del af Irland, omkring Dublin) har deres egne strategier til at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald. I Tjekkiet, Italien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige findes der lokale eller regionale politikker, og i Bulgarien er der udarbejdet strategier på lokalt plan i 9 byer.

Som i EU's tidligere narkotikastrategi og handlingsplan er forebyggelse af spredningen af smitsomme sygdomme fortsat et vigtigt mål i den nuværende strategi og er fastsat som mål 16 i handlingsplanen for 2005-2008. Dette understreger den fortsatte betydning, som europæiske regeringer og Kommissionen tillægger de sundhedsmæssige konsekvenser af stofbrug ⁽³⁴⁾.

Langt størstedelen af EU-landene og Norge har klart tilkendegivet deres tilgang til forebyggelsen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere og medtaget konkrete mål eller opgaver i deres nationale strategidokumenter på narkotikaområdet eller vedtaget et særskilt policydokument, som præciserer, hvordan forebyggelsen af smitsomme

sygdomme blandt stofbrugere skal gribes an (Spanien, Letland, Luxembourg, Sverige), eller gjort begge dele (Estland, Frankrig, Det Forenede Kongerige). Malta og Østrig har planer om at udarbejde specifikke politikker for deres tilgang på dette område.

I Tyskland og Grækenland indgår konkrete foranstaltninger, som er målrettet mod forebyggelse af smitsomme sygdomme, i den nationale narkotikastrategi, mens forebyggelsen af smitsomme sygdomme ikke udtrykkeligt er fastlagt som et mål.

Disse strategier for forebyggelse af smitsomme sygdomme er i de fleste tilfælde af ret nyere dato, og tidspunktet for deres vedtagelse er i en række lande sammenfaldende med EU's tidligere narkotikastrategi (2000-2004), hvori en reduktion af forekomsten af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere for første gang blev et europæisk mål.

Ifølge rapporterne fra nationale knudepunkter ⁽³⁵⁾ viser målene og målgrupperne i nationale strategier også en høj

⁽³⁴⁾ Mål 16 i handlingsplanen for 2005-2008 henviser således til forebyggelse af smitsomme sygdomme. I henhold til mål 14 skal Rådets henstilling om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug, der blev vedtaget i 2003, gennemføres (Rådets henstilling 2003/488/EF). En rapport fra Kommissionen om gennemførelsen af denne henstilling, herunder information indsamlet hos beslutningstagere og de nationale Reitox-knudepunkter, er fastsat i 2007 som et bidrag til evalueringen af EU's narkotikastrategi.

⁽³⁵⁾ Denne analyse er i vidt omfang baseret på national indberetning med et struktureret spørgeskema (SQ 23), ajourført med oplysninger fra de nationale knudepunkters nationale rapporter.

grad af synergi på europæisk plan. Foruden intravenøse stofbrugere omfatter målgrupperne sexarbejdere og fængselsindsatte. I navnlig de nye centraleuropæiske medlemsstater, men også i Norge, er indsatsen for at forebygge smitsomme sygdomme klart rettet mod unge og ikke-intravenøse stofbrugere som yderligere vigtige målgrupper. Politikkerne i Danmark og Estland udvider målgrupperne endnu mere og omfatter grupper i nær kontakt med stofbrugere.

I mange EU-lande er strategier til reduktion af smitsomme sygdomme klart rettet mod hiv/aids, navnlig i Estland, Spanien, Cypern, Letland og Litauen. I 10 lande (37 %) nævnes i strategier i forbindelse med smitsomme sygdomme imidlertid udtrykkeligt forebyggelse af hepatitis C-infektion blandt stofbrugere⁽³⁶⁾. Irland iværksatte en høringsproces i 2004 i forbindelse med forberedelsen af en sådan strategi, og i Tyskland blev der udarbejdet anbefalinger vedrørende forebyggelse og behandling. Den faglige og offentlige debat i Østrig blev stimuleret af en international konference om emnet, der blev afholdt i Wien i 2005.

Skadesreduktionsstrategier udgør i dag en vigtig del af tiltagene på europæisk plan i forbindelse med stofbrug, og en forbedret adgang til tjenester med henblik på forebyggelse og reduktion af helbredsskader prioriteres højt i EU's narkotikastrategi for 2005-2012. Den fælles strategiske platform vedrørende reduktion af helbredsskader, som EU's narkotikastrategi tilvejebringer, afspejler sig i mange nationale politikker i hele EU og har medvirket til, at evidensbaserede tiltag er blevet almindelige på dette område.

I 2004 blev en forbedring af overvågningen af adgangen til sprøjter på europæisk plan dokumenteret. Oplysninger om udbuddet, udnyttelsen og dækningsgraden af den lange række af andet arbejde, der udføres af lavtærskeltjenester, registreres imidlertid ikke i særlig grad på nationalt plan i de fleste lande. Der er ikke let at tegne et billede af situationen på europæisk plan. Et projekt, som skal forbedre datasituationen, er beskrevet i boksen »Lavtærskeltjenester som en vigtig datakilde«.

Måltrettet behandling og kvalitetsstyring

I EU's nuværende handlingsplan kræves også behandlings- og skadesreduktionstilbud af høj kvalitet.

Anvendelsen af kvalitetsstyringsværktøjer i forbindelse med planlægningen af behandling og skadesreduktion er resulteret i, at tilbuddene er blevet mere målgruppenspecifikke,

Lavtærskeltjenester som en vigtig datakilde

Lavtærskeltjenester spiller en afgørende rolle med hensyn til at øge stofbrugernes adgang til behandling. For grupper af stofbrugere, der er »skjulte« eller vanskeligere at nå ud til, eller som har mistet kontakten til behandlingssystemet, kan disse tjenester tilvejebringe et kontaktpunkt og en ramme for medicinske og sociale tilbud.

Selv om alle lavtærskeltjenester har indført et eller andet system til dokumentation af deres tilbud, og overvågningen og indberetningen kan være omfattende, tager disse aktiviteter primært sigte på ansvaret over for finansieringsorganerne og i mindre omfang på den interne kvalitetskontrol eller planlægning og evaluering af tilbuddene. Værdifulde oplysninger, som indsamles, forbliver alt for ofte hos tjenesten. Trods deres potentielle betydning for overvågningen af stofbrugsmønstre og tendenser samt adgangen til tilbud, synes lavtærskeltjenesterne i vidt omfang at være uudnyttede. Én vigtig hindring er manglende standardisering og sammenlignelighed af de indsamlede oplysninger.

Det er vigtigt for at forbedre kvaliteten af de foreliggende data om udbuddet og udnyttelsen af skadesreduktionstjenester, at der findes et dataindsamlingsredskab, som er hensigtsmæssigt for lavtærskeltjenesterne og samtidig giver relevante resultater til nationale og europæiske overvågningsformål. Et initiativ i denne retning er det fælles projekt mellem EONN og Correlation, som støttes af eksperter fra de nationale knudepunkter i Frankrig, Irland, Norge og Ungarn. Correlation-netværket (European Network for Social Inclusion and Health (det europæiske netværk for social integration og sundhed), www.correlation-net.org) repræsenterer statslige og ikke-statslige organisationer fra 27 europæiske lande og finansieres over Europa-Kommissionens folkesundhedsprogram (GD SANCO).

f.eks. hensyntagen til de forskellige behov blandt kønsgrupper (se tillige det udvalgte tema om køn).

Behandlingsafdelinger eller -programmer, som udelukkende modtager én bestemt målgruppe, er almindelige i EU. Børn og unge under 18 år behandles på specialinstitutioner i 23 lande, mens behandlingen af stofbrugere med psykiske ledsagesygdomme finder sted på specialinstitutioner i 18 lande, og der findes kvindespecifikke tilbud i alle lande undtagen Cypern, Letland, Litauen, Bulgarien og Tyrkiet. Tilbud, der tager sigte på at imødekomme behovene hos stofbrugere med indvandrerbaggrund eller grupper med særlige sprogkrav eller religiøse eller kulturelle baggrunde, er mindre almindelige, men er blevet indberettet fra Belgien, Tyskland, Grækenland, Spanien, Litauen, Nederlandene, Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige.

⁽³⁶⁾ Herunder Frankrig og England, som begge har fastlagt omfattende strategier for forebyggelse af hepatitis C: henholdsvis *Plan National Hepatitis Virales C et B (2002-2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/hepatites/situation.htm>) og *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

Enheder, der har specialiseret sig i at behandle cannabis- eller kokainbrugere, findes i 13 lande og særlige behandlingsprogrammer for disse grupper i narkotikaorganer i 8 lande. Tilgængeligheden af og adgangen til sådanne tilbud vurderes imidlertid til at være lav i de fleste af disse lande. Et lignende specialiseret program for amfetaminbrugere er indberettet fra Spanien, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

Yderligere konkrete skridt mod en forbedring af behandlings- og plejekvaliteten er individuel »case management« (metode med støttekontaktpersoner), formidling af udbudte specialiserede tjenester (dvs. behandling af ledsagesygdomme) og klientvurderinger forud for behandling for bedre at matche klientprofiler med den udbudte behandling med henblik på at opnå længere fastholdelse og en øget effektivitet af behandlingen.

Trods den generelle udvidelse af behandlingsmulighederne er det fortsat en udfordring for narkotikatjenesterne at opnå kontakt til nogle grupper af stofbrugere, navnlig personer med vedvarende og kroniske problemer. Opsøgende arbejde og lavtærskeltjenester er almindelige metoder, der anvendes i et forsøg på at etablere en sådan kontakt til disse grupper, der er vanskelige at nå. Et mere kontroversielt tiltag er udviklingen i nogle lande af overvågede brugerrum, som hovedsageligt er målrettet mod intravenøse stofbrugere, men nu undertiden er udvidet til også at omfatte crackkokain- eller heroinrygning (se EONN, 2004c). Et andet kontroversielt område, hvor der er udviklet og gjort forsøg med en ny behandling, er nogle få landes anvendelse af heroin som et stof i substitutionsbehandlingen. Selv om aktiviteterne på dette område generelt set fortsat er meget begrænsede i forhold til andre behandlingsmuligheder, har nogle undersøgelser vist, at heroin på recept kan have potentielle fordele for klienter, hvor metadonvedligeholdelsesbehandling har slået fejl. Eksempelvis viste en nylig tysk randomiseret kontrolleret undersøgelse af heroinbehandling (Naber og Haasen, 2006) positive resultater med hensyn til både sundhed og fald i brugen af illegale stoffer. Der hersker dog ikke på nuværende tidspunkt nogen klar enighed i Europa om omkostningerne og fordelene ved denne metode, og det er fortsat et område, hvor der foregår en betydelig politisk og videnskabelig debat.

Med den øgede adgang til og kvalitet i behandlingen er man i nogle europæiske byer også gået over til at lægge større vægt på at reducere følgerne af stofbrugen for lokalsamfundet. Aktivt opsøgende arbejde og et attraktivt udbud af lavtærskeltjenester har set lovende ud i nogle lokale

sammenhænge (se »Skadesreduktionstiltag« i kapitel 5) og kan være værdifulde og effektive modeller, der kan anvendes mere bredt til at genetablere kommunikationen med marginaliserede grupper og på længere sigt få dem ind i et behandlingsforløb.

Udviklingen af »sikrere« substitutionsprodukter (dvs. stoffer, som med mindre sandsynlighed vil dukke op på det sorte marked) gør det sandsynligt, at behandlingen for stofafhængighed i endnu højere grad vil foregå i den praktiserende læges konsultationsværelse. Dette er også en normaliseringsproces, der gør det muligt at behandle stofafhængighed som en kronisk sygdom ligesom f.eks. diabetes.

Nogle lande har angivet, at de store grupper af heroinbrugere i substitutionsbehandling skaber en tilsvarende efterspørgsel efter støtte til social reintegration, navnlig efter lønnet arbejde. Under de nuværende økonomiske omstændigheder kan mange lande finde det vanskeligt at opfylde behovene for erhvervsmæssig reintegration blandt ældre heroinbrugere, selv hvis de er stabiliseret i vedligeholdelsesbehandling. Denne situation forværres af den høje sygelighed blandt denne gruppe.

Social reintegration

Al tilgængelig litteratur og alle foreliggende fakta og tal fra medlemsstaterne peger på samme kendsgerning: stofbrugeres livssituation er langt mere problematisk og vanskelig end den brede befolknings. I EU's seneste to narkotikahandlingsplaner har social reintegration således også været et af de endelige mål med henblik på at forbedre stofbrugeres sundhed og sociale status.

I henhold til handlingsplanen for 2005-2008 skal medlemsstaterne sørge for en »forbedring af adgangen til og dækningen af programmer for revalidering og resocialisering«. Selv om sociale foranstaltninger stadig anvendes sjældnere som løsning på et stofbrugsproblem end behandling, er tiltag, som kombinerer behandling og sundhedsmæssige og sociale foranstaltninger, af fagfolk anerkendt som den bedste metode til revalidering af stofbrugere.

Der foreligger kun meget begrænsede data om social reintegration⁽³⁷⁾ i Europa, hovedsageligt på grund af hindringerne for at indsamle kvantitative oplysninger på dette område. Hovedparten af de oplysninger, der refereres til nedenfor, er derfor baseret på en kvalitativ vurdering,

⁽³⁷⁾ Social reintegration defineres som »enhver social intervention med henblik på at integrere tidligere eller aktuelle problematiske stofbrugere i samfundet«. Social reintegration bygger på tre søjler: 1) boligtilbud, 2) uddannelse og 3) beskæftigelse (herunder erhvervsuddannelse). Andre foranstaltninger, f.eks. rådgivning og fritidsaktiviteter, kan også indgå.

der fokuserer på politik, gennemførelse og kvalitetskontrol i medlemsstaterne ⁽³⁸⁾.

I tråd med EU's handlingsplan havde 20 af de 28 indberettende lande ⁽³⁹⁾ i 2004/2005 en strategi for narkotikarelateret social reintegration. Yderligere 4 lande har indført regionale eller lokale strategier, selv om de ikke udtrykkeligt behandler dette spørgsmål i deres nationale narkotikastrategi eller i et andet policydokument på narkotikaområdet; tre lande har ingen af delene.

Hovedkilden til finansieringen findes på statsligt/nationalt plan i 11 lande, mens finansieringen hovedsageligt finder sted på regionalt/lokalt plan i 8 lande. I andre 8 lande kommer finansieringen fra begge planer, uden at der er nogen klar hovedkilde, eller via sygesikringsordninger.

I EU-medlemsstaterne kan problematiske stofbrugere få adgang til sociale foranstaltninger via tilbud, som enten henvender sig udelukkende til stofbrugere eller er rettet mod socialt dårligt stillede grupper. Blandt disse foranstaltninger er boligtilbud én af hovedsøjlerne. Det tilbud, som i de fleste

tilfælde gives til hjemløse problematiske stofbrugere, er adgang til den »almindelige boligmasse« (i 21 lande), mens 18 lande har boligtilbud, der udelukkende er tilgængelige for problematiske stofbrugere, og 13 lande kombinerer de to systemer. Der hersker imidlertid tvivl om de hjemløse problematiske stofbrugeres faktiske adgang til disse tilbud. Ringe tilgængelighed, lokal modstand mod at stille nye tilbud til rådighed for stofbrugere, begrænsede kriterier for adgang og hjemløse problematiske stofbrugeres vanskeligheder med at overholde reglerne hører blandt de angivne problemer.

En stabil boligsituation for hjemløse problematiske stofbrugere er det første skridt mod stabilisering og rehabilitering. På grundlag af det anslåede antal problematiske stofbrugere og andelen af hjemløse blandt klienter i behandling er der ca. 75 600-123 300 hjemløse problematiske stofbrugere i Europa. Da der på nuværende tidspunkt er tilbud i de fleste lande, og da nogle lande fortsat indfører nye strukturer, vil effekten af disse foranstaltninger afhænge af, at det sikres, at hjemløse problematiske stofbrugere kan få adgang til disse tilbud.

Et kønsperspektiv på stofbrug og tiltag over for narkotikaproblemer i EONN — årsberetning 2006: udvalgte temaer

Generelt er der langt flere mænd blandt stofbrugere.

I EU-medlemsstaterne er brugen af illegale stoffer ikke kun mere udbredt blandt mænd, men det er også meget mere sandsynligt, at mænd udvikler problemer, søger behandling og dør af stofbrug.

I dette udvalgte tema undersøges stofbrug og tilknyttede problemer ud fra et kønsperspektiv. Blandt de væsentlige spørgsmål, der

behandles, er: Hvilke forskelle er der mellem mænds og kvinders stofbrug, og reduceres kønsskævheden? Hvilke kønsspecifikke tilgange har medlemsstaterne udviklet til narkotikaforebyggelse, behandling, social rehabilitering og skadesreduktion? Er kønsspecifikke tiltag lige vigtige for mænd og kvinder?

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk («A gender perspective on drug use and responding to drug problems» i *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) og på internettet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽³⁸⁾ For yderligere oplysninger se <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1573>

⁽³⁹⁾ Medlemsstater plus Bulgarien, Rumænien, Tyrkiet og Norge, men der mangler oplysninger for Estland.



Kapitel 3 Cannabis

Udbud og tilgængelighed

Produktion og ulovlig handel

Cannabis er fortsat det plantebaserede illegale stof, som der produceres mest af, og som er genstand for den største ulovlige handel på verdensplan (CND, 2006).

Produktion af cannabisharpiks i stor målestok er koncentreret i nogle få lande, navnlig i Marokko, men også i Pakistan og Afghanistan. Den samlede globale produktion af cannabisharpiks anslås at udgøre 7 400 tons årligt (CND, 2006). Det meste cannabisharpiks, der forbruges i EU, stammer fra Marokko; stoffet smugles hovedsageligt via Den Iberiske Halvø, selv om Nederlandene synes at udgøre et sekundært distributionscenter, hvorfra stoffet vidertransporteres til andre EU-lande. Cannabisdyrkingen

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 detalledet (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 detalledet. Oplysningerne kommer imidlertid fra en række forskellige kilder, som ikke altid er sammenlignelige, og dette gør det vanskeligt at foretage nøjagtige sammenligninger landene imellem.

i Marokko blev undersøgt for anden gang i 2004, og resultaterne viste et fald på 10 % i forhold til 2003, i vidt omfang som et resultat af indgreb fra de marokkanske myndigheders side. I 2004 udgjorde det samlede dyrkningsareal 120 500 ha i Rif-regionen, hvilket svarer til en potentiel produktion på 2 760 tons cannabisharpiks (UNODC og de marokkanske myndigheder, 2005).

Andre lande, der også blev nævnt i 2004 som kilde til cannabisharpiks, der blev beslaglagt i EU, omfatter Albanien, Portugal, Senegal, Afghanistan, Pakistan og lande i Centralasien (nationale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Den globale, potentielle produktion af cannabisblade blev anslået til over 40 000 tons i 2003 (CND, 2005), med producerende lande i hele verden. De mængder cannabisblade, der blev beslaglagt i EU i 2004, stammede angiveligt fra flere lande, hovedsageligt Nederlandene og Albanien, men også Angola, Sydafrika, Jamaica og Thailand (nationale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). Endvidere finder der lokal (indendørs eller udendørs) dyrkning og produktion af cannabis sted i de fleste EU-medlemsstater.

Beslaglæggelser

I 2004 blev der globalt beslaglagt i alt 1 471 tons cannabisharpiks og 6 189 tons cannabisblade. Vest- og Centraleuropa (74 %) og Sydvestasien og Det Nære Østen og Mellemøsten (19 %) tegnede sig fortsat for størstedelen af den beslaglagte cannabisharpiks, mens beslaglæggelserne af cannabisblade fortsat var koncentreret i Nordamerika (54 %) og Afrika (31 %) (UNODC, 2006).

I 2004 blev der i EU foretaget skønsmæssigt 275 000 beslaglæggelser af cannabisharpiks, svarende til 1 087 tons. De fleste beslaglæggelser blev fortsat rapporteret af Spanien (som tegner sig for ca. halvdelen af alle beslaglæggelser og for ca. tre fjerdedele af de samlede beslaglagte mængder i EU), efterfulgt af Det Forenede Kongerige og Frankrig ⁽⁴⁰⁾.

⁽⁴⁰⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2004 foreligger. Oplysninger om såvel antal cannabisbeslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2004 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige; oplysninger om antallet af cannabisbeslaglæggelser i 2004 mangler for Nederlandene. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2004 erstattet med data for 2003. De oplysninger om beslaglagte mængder i 2004, der er fremlagt af Nederlandene, var kun skøn, som ikke kunne medtages i analysen af tendenserne indtil 2004.

Selv om antallet af beslaglæggelser af harpiks i EU som helhed faldt mellem 1999 og 2003, tyder tendenser i de indberettende lande på en stigning på EU-plan i 2004 ⁽⁴¹⁾. Den samlede mængde harpiks, der blev beslaglagt i EU, viser en kontinuerlig stigning i perioden 1999-2004, selv om de fleste lande (men ikke Spanien) i 2004 meldte om et fald ⁽⁴²⁾.

Cannabisblade beslaglægges i mindre omfang i EU; i 2004 var der skønsmæssigt 130 000 beslaglæggelser, svarende til 71 tons, hvor de fleste beslaglæggelser blev foretaget i Det Forenede Kongerige ⁽⁴³⁾. Antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i EU er steget konstant siden 1999 ⁽⁴⁴⁾, selv om de beslaglagte mængder har været faldende i de indberettende lande siden 2001 ⁽⁴⁵⁾. Dette billede er foreløbigt, da der endnu ikke foreligger data fra Det Forenede Kongerige for 2004.

I 2004 førte skønsmæssigt 12 800 beslaglæggelser i EU og kandidatlandene til konfiskation af ca. 22 millioner cannabisplanter og 9,5 tons cannabisplanter, hvor Tyrkiet tegnede sig for de største mængder, der blev beslaglagt ⁽⁴⁶⁾. Antallet af beslaglæggelser af cannabisplanter er steget siden 1999 og er — på grundlag af data fra de indberettende lande — fortsat med at stige i 2004.

Pris og styrke

I 2004 varierede den gennemsnitlige detailpris for cannabisharpiks i EU fra 2,3 EUR pr. gram i Portugal til over 12 EUR pr. gram i Norge, mens prisen for cannabisblade varierede fra 2,7 EUR pr. gram i Portugal til 11,6 EUR pr. gram i Malta, idet de fleste lande har indberettet priser for cannabisprodukter på mellem 5 og 10 EUR pr. gram ⁽⁴⁷⁾.

Gennemsnitspriserne for cannabisharpiks, korrigeret for inflation ⁽⁴⁸⁾, faldt i perioden 1999-2004 i alle indberettende

lande ⁽⁴⁹⁾ undtagen Tyskland og Spanien, hvor priserne var stabile, og Luxembourg, hvor der var en mindre stigning. Gennemsnitspriserne for cannabisblade, korrigeret for inflation ⁽⁵⁰⁾, af typen uspecificeret eller importeret, faldt også i samme periode i de fleste indberettende lande, men var stabil i Spanien og Nederlandene og steg i Tyskland, Letland, Luxembourg og Portugal. Kun 2 lande, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, har indberettet gennemsnitsprisen for lokalt producerede cannabisblade, og i begge tilfælde er den faldet.

Cannabisproduktets styrke bestemmes ud fra deres indhold af den primære aktive ingrediens Δ^9 -tetrahydrocannabinol (THC) (EONN, 2004b). I 2004 varierede det indberettede gennemsnitlige THC-indhold i cannabisharpiks i detailledet fra under 1 % (Bulgarien) til 16,9 % (Nederlandene), mens styrken i cannabisblade varierede fra 0,6 % (Polen) til 12,7 % (England og Wales) ⁽⁵¹⁾. Styrken i lokalt producerede cannabisblade blev angivet til 17,7 % i Nederlandene ⁽⁵²⁾.

Udbredelse af og mønstre i cannabisbrug

Cannabis er det illegale stof, der anvendes hyppigst i Europa. Brugen heraf steg i næsten alle EU-lande i løbet af 1990'erne, navnlig blandt unge, herunder skoleelever.

Det skønnes, at ca. 65 millioner voksne europæere, dvs. ca. 20 % af personerne i aldersgruppen 15-64 år, har prøvet stoffet mindst én gang ⁽⁵³⁾, selv om det skal bemærkes, at de fleste af disse ikke bruger stoffet på nuværende tidspunkt. De nationale tal varierer meget, nemlig fra 2 til 31 %, idet de laveste tal er registreret i Malta, Bulgarien og Rumænien og de højeste i Danmark (31 %), Spanien (29 %), Frankrig (26 %) og Det Forenede Kongerige (30 %) ⁽⁵⁴⁾. Af de 25 lande, for hvilke der foreligger oplysninger, angav 13 en langtidsprævalens på 10-20 % ⁽⁵⁵⁾.

⁽⁴¹⁾ Se tabel SZR-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁴²⁾ Se tabel SZR-2 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁴³⁾ Se fodnote (40). Oplysninger om antallet af beslaglæggelser af cannabisblade i 2004 mangler for Polen.

⁽⁴⁴⁾ Se tabel SZR-3 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁴⁵⁾ Se tabel SZR-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁴⁶⁾ Se fodnote (40).

⁽⁴⁷⁾ Se tabel PPP-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁴⁸⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

⁽⁴⁹⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om priser for cannabisharpiks/blade for mindst tre på hinanden følgende år i Belgien, Cypern, Tjekkiet, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Letland, Litauen, Luxembourg, Nederlandene, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien (kun blade), Rumænien, Tyrkiet og Norge. Tendenserne i Tjekkiet blev imidlertid ikke analyseret på grund af metodemæssige begrænsninger, som berørte de fremlagte data.

⁽⁵⁰⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

⁽⁵¹⁾ Se figur PPP-2 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁵²⁾ Se tabel PPP-5 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁵³⁾ Den gennemsnitlige andel blev beregnet som gennemsnittet af de nationale prævalensstal vægget efter befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. De samlede antal blev beregnet ved at multiplicere prævalensen blandt den pågældende befolkning i hvert land og, med 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 underrapportering.

⁽⁵⁴⁾ Tallene for Det Forenede Kongerige er her af praktiske årsager baseret på British Crime Survey fra 2005 (England og Wales). Der er yderligere skøn for Skotland, Nordirland, og der foreligger et samlet skøn for Det Forenede Kongerige (findes i Statistical bulletin).

⁽⁵⁵⁾ Se tabel GPS-1 i Statistical bulletin 2006.

Skøn over stofbrugen i befolkningen

Cannabisbrug 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 de seneste 30 dage.

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/?nodeid=1380>)). Der er imidlertid stadig forskelle mellem landene med hensyn til dataindsamlingsmetode og -år, og mindre forskelle mellem landene bør fortolkes med forsigtighed (!).

»Langtidsprævalens« har begrænset værdi ved vurderingen af aktuelt stofbrug blandt voksne (selv om den betragtes som en hensigtsmæssig indikator blandt skoleelever), men den kan give et indblik i brugsmønstre. »De seneste 12 måneder« og »de seneste 30 dage« afspejler mere præcist den nuværende situation, idet sidstnævnte i højere grad er vægtet mod personer, der anvender stoffet hyppigt.

Det europæiske skoleundersøgelserprojekt om alkohol og andre rusgifte (ESPAD) er en vigtig kilde til information om stof- og alkoholbrug blandt europæiske skoleelever og er af uvurderlig betydning til registrering af tendenser over tid. Der blev gennemført ESPAD-undersøgelser i 1995, 1999 og 2003. Den næste undersøgelse vil blive gennemført i 2007.

ESPAD bruger standardiserede metoder og værktøjer blandt nationalt repræsentative stikprøver af 15-16-årige skoleelever for at muliggøre sammenlignelige resultater. Deltagelsen i ESPAD er steget med hver undersøgelse, og 26 europæiske lande deltog i 1995, 30 i 1999 og 35 i 2003, herunder 22 EU-medlemsstater og 4 kandidatlande (Bulgarien, Kroatien, Rumænien og Tyrkiet). Undersøgelsesspørgsmålene fokuserer på alkoholforbrug og brug af illegale stoffer, med standardtidsrammer og brugshyppighed.

Oplysninger om ESPAD og om tilgængelige rapporter findes på ESPAD's websted (www.espad.org).

(!) Flere oplysninger om metoden i forbindelse med befolkningsundersøgelser og den metode, der er anvendt i hver national undersøgelse, findes i *Statistical bulletin 2006*.

Brug inden for de seneste 12 måneder ligger klart lavere end for langtids erfaring. Det skønnes, at ca. 22,5 millioner voksne europæere har brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, dvs. omkring 7 % af personerne i aldersgruppen 15-64 år. De nationale tal ligger på mellem 1 og 11 %, idet de laveste tal er indberettet af Grækenland, Malta og Bulgarien og de højeste af Spanien (11,3 %), Frankrig (9,8 %) og Det Forenede Kongerige (9,7 %) ⁽⁵⁶⁾.

Skøn over brug inden for den seneste måned vil snarere være udtryk for regelmæssig brug af stoffet. Det skønnes, at 12 millioner voksne europæere har brugt stoffet inden for de seneste 30 dage, dvs. ca. 4 % af de voksne. Tallene for landene ligger på mellem 0,5 og 7,5 %, en forskel på det 15-dobbelte. De laveste tal blev indberettet fra Litauen, Malta, Sverige og Bulgarien og de højeste fra Tjekkiet (4,8 %), Spanien (7,6 %) og Det Forenede Kongerige (5,6 %) ⁽⁵⁷⁾.

Brugen af illegale stoffer, herunder cannabis, er hovedsageligt koncentreret blandt unge. I 2004 havde mellem 3 og 44 % af europæere i alderen 15-34 år prøvet cannabis, 3-20 % havde brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder, og 1,5-13 % havde brugt det inden for den seneste måned, idet de højeste tal igen er registreret i Tjekkiet, Spanien og Det Forenede Kongerige. Gennemsnittene i Europa for denne aldersgruppe er 32 % for langtidsprævalens, 14 % for brug inden for de seneste 12 måneder (i forhold til 2 % for de 35-64-årige) og over 7 % for brug inden for den seneste måned (i forhold til 1 % for de 35-64-årige) ⁽⁵⁸⁾.

Cannabisbrugen er endnu højere blandt de 15-24-årige, hvor langtidsprævalensen ligger på mellem 3 og 44 % (de fleste lande har indberettet tal på 20-40 %), brugen inden for de seneste 12 måneder ligger på 4-28 % (i de fleste lande 10-25 %) (figur 2) og brugen inden for den seneste måned ligger på 1-15 % (i de fleste lande 5-12 %), med en højere andel blandt mænd end kvinder. I de nye medlemsstater ligger brugen af cannabis blandt unge voksne i aldersgruppen 15-24 år normalt inden for samme niveau som i EU-15-medlemsstaterne, men blandt ældre aldersgrupper falder prævalensen betydeligt ⁽⁵⁹⁾.

I modsætning hertil fremgår det af resultaterne af den amerikanske undersøgelse om narkotikabrug og sundhed fra 2004 ⁽⁶⁰⁾, at 40,2 % af de voksne (defineret som personer

⁽⁵⁶⁾ Se tabel GPS-3 i *Statistical bulletin 2006*.

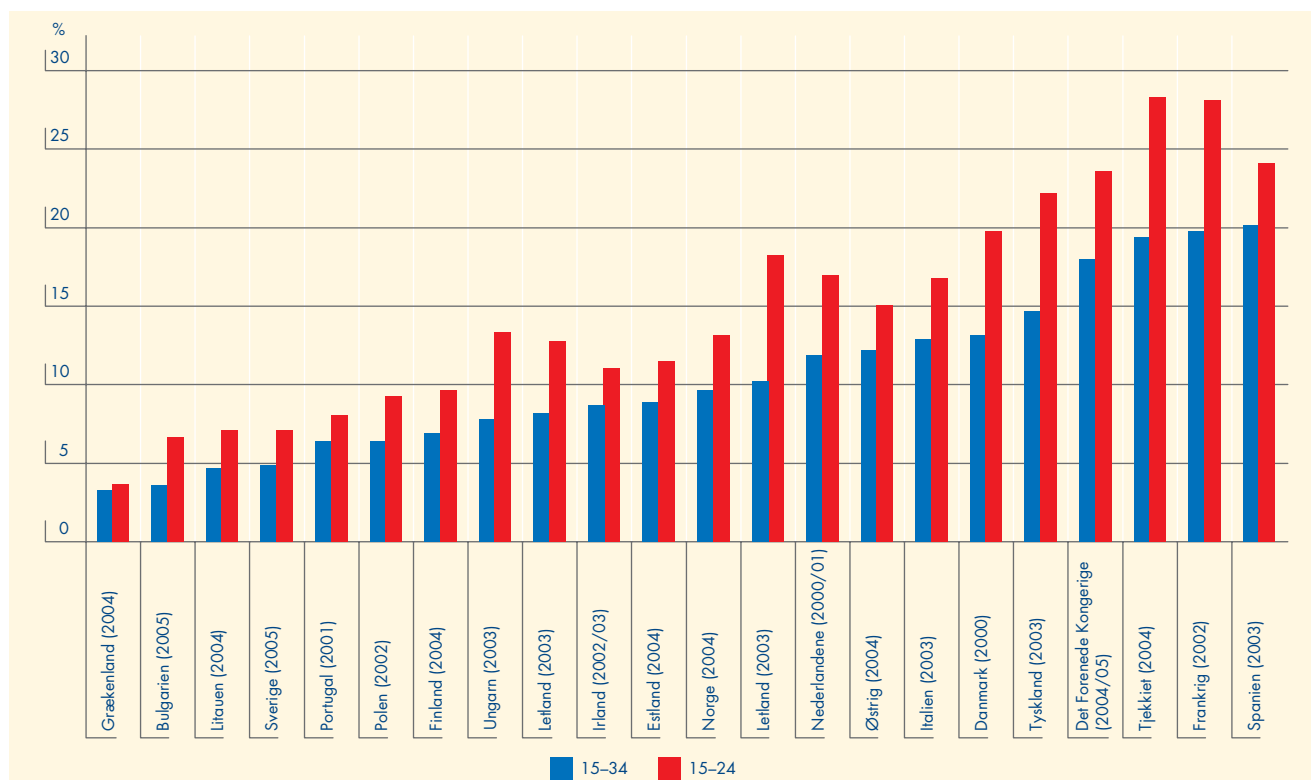
⁽⁵⁷⁾ Se tabel GPS-5 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽⁵⁸⁾ Se tabel GPS-2, GPS-4 og GPS-6 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽⁵⁹⁾ Se tabel GPS-14, GPS-15 og GPS-16 samt figur GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 og GPS-26 i *Statistical bulletin 2006*.

⁽⁶⁰⁾ *Kilde*: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Bemærk, at aldersfordelingen i forbindelse med »alle voksne« i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end standardaldersfordelingen i europæiske undersøgelser (15-64 år).

Figur 2: Sidste års prævalens for brug af cannabis blandt unge voksne (15-34 år og 15-24 år)



NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabel GPS-8, GPS-11 og GPS-18 i Statistical bulletin 2006 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

på 12 år og derover) havde angivet langtidserfaring, i forhold til EU-gennemsnittet på ca. 20 %. Dette er endog højere end i de europæiske lande, der har den højeste langtidspævalens (Danmark 31,3 % og Det Forenede Kongerige 29,7 %), selv om forskellene i forbindelse med skønnene over brugen inden for de seneste 12 måneder er mindre markante: dette tal er 10,6 % i USA i forhold til et gennemsnit i Europa på 7 %, og mange europæiske lande har indberettet tal, der stort set er på niveau med tallene fra USA.

5 EU-medlemsstater (Belgien, Spanien, Italien, Cypern og Det Forenede Kongerige) har indberettet nye data fra nationale skoleundersøgelser, og Bulgarien har indberettet data fra skoleundersøgelser gennemført i to storbyer. Generelt forbliver billedet af cannabisbrug blandt skoleelever i Europa uændret. Den højeste langtidspævalens for cannabisbrug blandt 15- og 16-årige skoleelever er i Tjekkiet og Spanien (henholdsvis 44 og 41 %). De lande, hvor langtidspævalensen ligger over 25 %, omfatter Tyskland, Italien, Nederlandene, Slovenien og Slovakiet (27–28 %) og Belgien, Frankrig, Irland og Det Forenede Kongerige, hvor langtidspævalensen ligger på mellem 32 og 40 %. De laveste skøn over

langtidspævalensen (under 10 %) forekommer i Grækenland, Cypern, Sverige, Rumænien, Tyrkiet og Norge ⁽⁶¹⁾.

Skønnene over den almindelige udbredelse blandt 15-16-årige skoleelever kan ikke overføres til ældre elever, da der kan forekomme store stigninger i udbredelsen med mindre stigninger i alder. Blandt de 17- og 18-årige ligger skønnene over langtidspævalensen på over 50 % i Tjekkiet, Spanien og Frankrig ⁽⁶²⁾. I Sverige, hvor udbredelsen er lav i forhold til mange andre medlemsstater, er den skønnede langtidspævalens for cannabisbrug blandt 17- og 18-årige elever (14 %) mere end dobbelt så høj som blandt de 15-16-årige (6 %) ⁽⁶³⁾.

Mønstre i cannabisbrug

Brugen af cannabis har en tendens til at være lejlighedsvis eller blive afbrudt nogen tid efter den første brug. I gennemsnit har 33 % af de europæere, som nogensinde har prøvet cannabis, også brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder, mens kun 16 % har brugt cannabis inden for de seneste 30 dage. Disse andele, kaldet

⁽⁶¹⁾ Se tabel EYE-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁶²⁾ ESCAPAD-ungdomsundersøgelse, herunder 17-18-årige, der ikke går i skole.

⁽⁶³⁾ Se tabel EYE-3 og figur EYE-1 (part i) i Statistical bulletin 2006.

»fortsættelsesfrekvenser«, varierer landene imellem, nemlig fra 20 til 45 % med hensyn til fortsat brug inden for de seneste 12 måneder og fra 10 til 25 % med hensyn til fortsat brug inden for de seneste 30 dage ⁽⁶⁴⁾.

Selv om brugen af cannabis i vidt omfang er koncentreret blandt unge, tyder data fra Spanien og Det Forenede Kongerige på, at personer kan fortsætte med at bruge stoffet op i 30'erne eller 40'erne. Dette kunne udgøre en vigtig ændring på længere sigt af mønstrene i brugen af cannabis, som bør undersøges nærmere.

Brugen af cannabis er som i forbindelse med andre illegale stoffer betydeligt højere blandt mænd end blandt kvinder. Forskellen er mere markant med hensyn til brug inden for de seneste 12 måneder eller inden for den seneste måned end med hensyn til langtidsprævalensen, men forskellene er mindre blandt unge end blandt ældre voksne (se det udvalgte tema om køn). Cannabisbrug er også mere udbredt i byområder eller områder med høj befolkningstæthed. Der er blevet antaget, at brugen kan være ved at sprede sig til mindre byer eller landdistrikter, og Polen dokumenterede denne tendens i sin nationale rapport for 2005.

Sundhedsmæssige virkninger af cannabisbrug

I de senere år har der været en tiltagende bekymring over de potentielle sociale og sundhedsmæssige følger af cannabisbrug. Selv om det foreliggende materiale ikke giver en helt klar forståelse af problemstillingerne, kan der drages visse konklusioner. Det fremgår f.eks. klart, at der er en sammenhæng mellem intensiv cannabisbrug og psykisk sygdom, men spørgsmålet om comorbiditet hænger sammen med spørgsmålene om årsag og virkning. Komplexiteten af denne sammenhæng undersøges og behandles i EONN's kommende monografi.

Den omstændighed, at intensiv cannabisbrug ofte forekommer sammen med ikke-narkotikaspecifikke psykiske problemer, har praktiske konsekvenser. Ved udarbejdelsen af en behandlingsplan til cannabisbrugere kan det være vanskeligt for klinikkerne at vide, om de skal begynde med stofbrugen eller det psykiske problem. Der foreligger stadig kun få undersøgelser af virkningerne af behandling for problematisk cannabisbrug, og de få, der findes, dækker kun specifikke psykosociale behandlinger. Alle andre behandlingsmetoder er enten overhovedet ikke blevet undersøgt eller ikke tilstrækkeligt; der mangler således beviser for effektiviteten heraf.

Trods stigende bekymring for regelmæssige eller intensive former for cannabisbrug ⁽⁶⁵⁾ foreligger der kun meget begrænsede oplysninger på europæisk plan. Det fremgår af et groft skøn i årsberetningen for 2004 (EONN, 2004a), at 1 % af de voksne europæere, ca. 3 millioner personer, kunne være daglige eller næsten daglige cannabisbrugere. En række lande har meldt om stigninger i den regelmæssige eller intensive cannabisbrug, men kun Spanien har indberettet lignende data om daglig brug, med en stigning mellem 1997-1999 (0,7-0,8 % af de voksne) og 2001 (1,5 %), efterfulgt af en stabilisering i 2003 (1,5 %). Det ville være værdifuldt at have oplysninger fra andre lande og efter specifikke aldersgrupper (f.eks. 15-24 år). Ifølge den franske ESCAPAD-undersøgelse fra 2003 kunne 14 % af de 17-18-årige (9 % for piger og 18 % for drenge) på grundlag af et bestemt skema (CAST) anses for at være i risiko for problematisk brug. Andre lande arbejder også med skemaer for at vurdere intensive former for cannabisbrug (Tyskland, Nederlandene, Polen og Portugal), og EONN fremmer samarbejdet på dette område.

Tendenser i cannabisbrugen blandt voksne

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

Det er den generelle opfattelse, at brugen af cannabis begyndte at brede sig i nogle europæiske lande i 1960'erne og blev populær i 1970'erne og 1980'erne. Nyere nationale undersøgelser viser en betydelig langtidserfaring blandt de 45-54-årige i Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Sverige og Det Forenede Kongerige, hvilket tyder på, at mange begyndte at bruge cannabis for første gang i slutningen af 1960'erne og 1970'erne. En analyse af førstegangsbrugen af cannabis viste en markant stigning i brugen i Spanien i 1970'erne, i Tyskland (vest) i 1980'erne og i Grækenland i 1990'erne ⁽⁶⁶⁾. Svenske data dokumenterer et forholdsvis stort antal eksperimenter i 1970'erne blandt værnepligtige (15-20 %).

Nationale eller lokale husstandsundersøgelser, undersøgelser af værnepligtige og skolebørn har vist, at brugen af cannabis steg markant i 1990'erne i alle EU-lande, især blandt unge.

⁽⁶⁴⁾ Se figur GPS-24 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁶⁵⁾ Der findes endnu ingen generelt accepteret definition af »intensiv cannabisbrug«; definitionen varierer derimod i forskellige undersøgelser. 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. Risikoen for afhængighed er lavere blandt mindre hyppige brugere.

⁽⁶⁶⁾ Se figur 4 i årsberetningen for 2004.

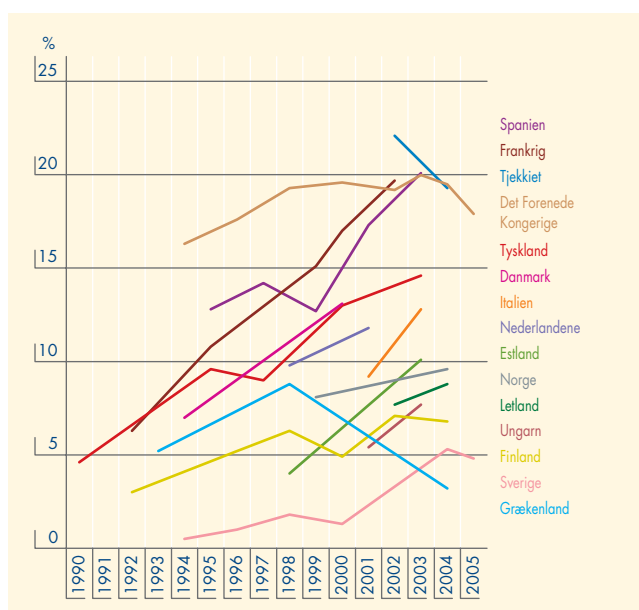
Denne stigning har været ved indtil for nylig i næsten alle lande, selv om der er tegn på en stabilisering eller endog fald i nogle tilfælde.

I Det Forenede Kongerige var nylig brug af cannabis blandt unge voksne (15-34 år) den højeste i Europa i begyndelsen af 1990'erne, men faldt langsomt fra 1998 til 2004/2005⁽⁶⁷⁾, mens udbredelsen i Spanien og Frankrig for nylig (2002 eller 2003) er nået op på samme niveau som i Det Forenede Kongerige (figur 3). En lignende høj udbredelse er også angivet for Tjekkiet.

Brugen er mindre udbredt i Danmark, Tyskland, Estland, Italien, Nederlandene og Slovakiet, men alle disse lande har meldt om stigninger i brugen inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne, og det samme gælder Ungarn, dog i mindre grad. Det bemærkes, at dataene for Danmark (2000) og Nederlandene (2001) nu er forholdsvis gamle, og at den nuværende situation derfor er mindre tydelig.

I Finland og Sverige er prævalensen forholdsvis lav, men synes også at være stigende; det er imidlertid vanskeligt

Figur 3: Tendenser i sidste års prævalens for brug af cannabis blandt unge voksne (15-34 år)



NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabel GPS-4 i Statistical bulletin 2006 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

at fortolke den forskel, der er observeret i Sverige mellem 2000 (1,3 %) og 2004 (5,3 %) på grund af metodemæssige ændringer⁽⁶⁸⁾.

Skønnene over brug inden for den seneste måned er også generelt steget inden for den seneste 10-årsperiode, selv om der kun forekom udtalte stigninger i Belgien og Spanien. Det Forenede Kongerige har for nylig meldt om et fald i brugen inden for den seneste måned efter tidligere at have haft de højeste niveauer i Europa siden begyndelsen af 1990'erne. Endvidere har Slovakiet meldt om et fald mellem 2002 og 2004. I Tjekkiet og Frankrig var det ikke muligt at vurdere tendensen.

Endvidere kan skoleundersøgelser give værdifulde oplysninger om tendenserne i stofbrugen blandt de yngre dele af befolkningen, som kan forudsige fremtidige tendenser blandt unge voksne. I de fleste lande har der siden 1995 været en generel stigning i antallet af skoleelever, som har prøvet cannabis mindst én gang. De geografiske variationer i tendenserne er imidlertid markante. Tendenser i langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt skoleelever i alderen 15-16 år kan henføres til tre geografiske grupper. I Irland og Det Forenede Kongerige, hvor der er blevet brugt cannabis meget længe, er langtidsprævalensen høj, men har været stabil i det er seneste årti (ca. 37-39 %). I de øst- og centraleuropæiske medlemsstater samt Danmark, Spanien, Frankrig, Italien og Portugal var langtidsprævalensen for cannabisbrug væsentligt højere i 2003 end i 1995. I den tredje gruppe af medlemsstater (Finland og Sverige i nord og Grækenland, Cypern og Malta i syd) samt Norge er skønnene for langtidsprævalensen blandt skoleelever forblevet på et forholdsvis lavt niveau (ca. 10 % og derunder)⁽⁶⁹⁾.

Data om behandlingsefterspørgsel⁽⁷⁰⁾

Blandt de i alt ca. 380 000 behandlingsanmodninger, der blev indberettet i 2004 (data tilgængelige fra 19 lande), var cannabis den primære grund til henvisning til behandling i ca. 15 % af alle tilfælde, hvorved det er det stof, der nævnes næsthøjest efter heroin⁽⁷¹⁾.

Generelt er cannabis også det stof, der nævnes næsthøjest i rapporterne om klienter, der kommer i behandling første gang, svarende til 27 % af nye klienter, der er rapporteret i 2004, selv om der er store udsving fra land til land,

⁽⁶⁷⁾ Siden 1994, det første år med oplysninger baseret på British Crime Survey for England og Wales.

⁽⁶⁸⁾ Se figur GPS-4 og GPS-14 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁶⁹⁾ Se tabel EYE-5 (del i) og figur EYE-1 (del ii) i Statistical bulletin 2006.

⁽⁷⁰⁾ 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 baseret på dataene fra ambulatorier. En særlig analyse af kønsfordelingen findes i det udvalgte tema om køn, der er offentliggjort sammen med EONN's årsberetning for 2006.

⁽⁷¹⁾ Se figur TDI-2 i Statistical bulletin 2006.

idet cannabis kun nævnes af under 5 % af nye klienter i Litauen, Malta og Rumænien, men af over 40 % af nye klienter i Tyskland, Danmark, Ungarn og Finland ⁽⁷²⁾. I perioden 1999-2004 steg andelen af alle nye klienter, der søgte behandling for cannabisbrug, i de fleste lande, der indberettede data ⁽⁷³⁾.

I næsten alle lande, for hvilke der foreligger data, er andelen af nye klienter, der angives at have søgt behandling for cannabisbrug, højere end andelen af alle klienter; i nogle få lande er andelen stort set lige store ⁽⁷⁴⁾. Den største efterspørgsel efter behandling for cannabisbrug er i forbindelse med ambulante behandling ⁽⁷⁵⁾.

En række faktorer står sandsynligvis i forbindelse med den øgede efterspørgsel efter cannabisbehandling, og dette er fortsat et område, som kræver indgående undersøgelser. Af mulige grunde til en stigning kan nævnes en eskalering af intensiv cannabisbrug og relaterede problemer i befolkningen, en øget bevidsthed om risiciene ved cannabisbrug, en stigning i antallet af henvisninger til behandling fra det strafferetlige system, klart vigtigt i nogle lande, og ændringer af indberetningssystemet og/eller dets dækning ⁽⁷⁶⁾.

Generelt kan cannabis-klienter inddeles i tre grupper: personer, der bruger stoffet lejlighedsvist (34 %), personer, der bruger det flere gange om ugen (32 %), og personer, der bruger det dagligt (34 %). Der er markante forskelle mellem landene med hensyn til hyppigheden af cannabisbrug blandt nye klienter, idet den højeste andel af daglige cannabisbrugere er i Nederlandene og Danmark, og de højeste andele af lejlighedsvis brugere eller personer, som ikke har brugt cannabis inden for den seneste måned inden behandlingen, findes i Tyskland, Grækenland og Ungarn. Dette udsving afspejler formentlig forskelle med hensyn til henvisning til behandling (f.eks. flere henvisninger fra det strafferetlige system eller fra sociale netværk) ⁽⁷⁷⁾.

Det omfang, hvori cannabisbrugere i behandling opfylder diagnosticeringskriterier for enten afhængighed eller skadelig stofbrug, er et vigtigt spørgsmål. På nuværende tidspunkt er dette et område, som bør undersøges nærmere. Da den anvendte henvisningspraksis er forskellig fra land til land, er der behov for undersøgelser til at dokumentere de forskellige

kliniske kendetegn ved personer, der modtager behandling for cannabisbrug.

Nogle klienter søger behandling for cannabisbrug i kombination med andre narkotika- eller alkoholproblemer, og undertiden søges der om behandling på grund af mere generelle problemer, f.eks. adfærdsforstyrrelse blandt unge. Endvidere fremgår det også af nogle nyere undersøgelser, at der har været en stigning i antallet af unge, der søger behandling for cannabisbrug og samtidig har psykiske problemer, og at dette kan være en vigtig faktor, der påvirker efterspørgslen efter behandling ⁽⁷⁸⁾.

Det er også vigtigt at forstå behovene blandt cannabisbrugere på befolkningsplan. EONN skønner, at der er ca. 3 millioner intensive cannabisbrugere (defineret som daglig eller næsten daglig brug af cannabis) i EU. Selv om det er ukendt, hvor mange der kræver foranstaltninger, er antallet af cannabisrelaterede behandlingsanmodninger lille i forhold til dette tal.

Det fremgår af de foreliggende data, at cannabis-klienter i ambulante behandling normalt er forholdsvis unge; praktisk talt alle cannabis-klienter, der er nye i behandlingssystemet, er under 30 år. Det er mere sandsynligt, at teenagere i specialiseret narkotikabehandling vil blive registreret som havende et primært cannabisproblem end klienter i andre aldersgrupper, og cannabis tegner sig således for 75 % af behandlingsanmodningerne blandt unge under 15 år og 63 % blandt unge i alderen 15-19 år ⁽⁷⁹⁾.

De fleste klienter angiver at have brugt cannabis første gang, da de var i de yngste aldersklasser, og 36,8 % brugte stoffet første gang, inden de blev 15 år. Næsten ingen af dem, der søger behandling, angiver at have brugt cannabis første gang, efter at de blev 29 år ⁽⁸⁰⁾.

Forebyggelse

Velgennemførte universale forebyggelsesprogrammer kan forsinke eller reducere unges førstegangsb brug af stoffer som f.eks. tobak, alkohol og cannabis. Betydningen heraf understreges af, at der er beviser for, at personer, der påbegynder stofbrug i en tidlig alder (før eller midt i pubertetsalderen), har en betydeligt større risiko for at

⁽⁷²⁾ Se tabel TDI-4 (del ii) i Statistical bulletin 2006.

⁽⁷³⁾ Se figur TDI-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁷⁴⁾ Se tabel TDI-3 (del iii) og TDI-4 (del iii) i Statistical bulletin 2006.

⁽⁷⁵⁾ Se tabel TDI-25 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁷⁶⁾ EONN udgiver i 2007 en monografi om cannabis; tre kapitler i monografien vil være fokuseret på spørgsmålet om stigningen i efterspørgslen efter cannabisbehandling.

⁽⁷⁷⁾ Se tabel TDI-18 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁷⁸⁾ <http://www.addaction.org.uk/Drugcannabis.htm#top>

⁽⁷⁹⁾ Se tabel TDI-10 (del i) og (del ii) i Statistical bulletin 2006.

⁽⁸⁰⁾ Se tabel TDI-11 (del ii) og (del ix) i Statistical bulletin 2006.

udvikle narkotikaproblemer, herunder afhængighed (Von Sydow mfl., 2002; Chen mfl., 2005). Et yderligere aspekt, der taler for vigtigheden af at forhindre eller forsinke førstegangsbrugen af cannabis, er det forhold, at unge er mere udsat for cannabisforgiftning.

Profilerne af unge cannabisbrugere — i det mindste i de tidlige faser af brugen — adskiller sig ikke fra profilerne af unge alkohol- eller tobaksbrugere. Dette støtter den opfattelse, at universal forebyggelse for unge ikke bør fokusere på cannabis alene, men bør målrettes mod også at forebygge brug af alkohol og tobak.

Køn er et vigtigt spørgsmål i forbindelse med forebyggelse af cannabisbrug (se det udvalgte tema om køn). Drengene har større risiko for at gå over til mere intensiv brug, måske fordi piger i højere grad accepterer forældrenes misbilligelse og er mere forsigtige i deres valg af kammerater. Dette ændrer sig imidlertid, efterhånden som de traditionelle mande- og kvindroller ændres i de moderne samfund. I en række europæiske lande forsøger man som led i projekter, der tager sigte på at forebygge cannabis- og alkoholbrug (Bagmændene, Danmark, Beer-Group, Tyskland, og Risflecting, Østrig), at afhjælpe drengenes mangel på kommunikative færdigheder. Det er velkendt, at en af grundene til et intensivt forbrug af alkohol og cannabis blandt drenge er, at de finder det vanskeligt at komme i kontakt med piger, og disse projekter tilbyder derfor træning i at flirte.

Selektiv forebyggelse på skoler er målrettet mod risikofaktorer forbundet med stofbrug, f.eks. kort skolegang, antisocial adfærd, dårlige skoleresultater, ringe tilknytningsevne, begrænset deltagelse i skoleundervisning og nedsat indlæring på grund af stofbrug.

Det tyske projekt »skæv i skolen« (Bekifft in der Schule) tager sigte på at uddanne lærere i tidlig påvisning og indsats, forebyggelse af cannabisbrug og etablering af kontakt mellem skoler og narkotikarådgivningstjenester. Ligesom lignende projekter i Østrig er det et uddannelsesforløb på 10 moduler, som skal øge læreres bevidsthed om cannabisbrug og identificere udsatte elever.

Specifikke narkotikarådgivningscentre er udbredte i Tyskland, Frankrig og Nederlandene. Siden januar 2005 er der oprettet over 250 »cannabiskonsultationsklinikker« i Frankrig. Disse tilbud, som er rettet mod teenagere, der har vanskeligheder som følge af deres brug af cannabis eller andre stoffer, samt deres forældre, er anonyme, gratis og tilgængelige for alle. De er placeret i de større franske byer, så der er let adgang til dem. Konsultationer udføres af fagfolk, der er uddannet i at anvende

evalueringsværktøjer og korte interventioner i forbindelse med afhængighedstilstande og også er i stand til at finde frem til, hvilke sociale, lægelige eller psykiatriske tilbud, der er velegnede til klienter med behov for specialiseret behandling. Denne nye form for struktur vil blive genstand for en opfølgende undersøgelse. De første data, der foreligger fra de første 2-3 måneder af projektet, viser et deltagerantal på 3 500-4 000 personer pr. måned, hvoraf 2 000-2 500 var cannabisbrugere (de øvrige var forældre, slægtninge og ungdomsarbejdere). Alternative strategier er at tilbyde korte, men strukturerede kurser med ca. 10 gruppesessioner (Tyskland, Danmark, Nederlandene, Østrig). En ledsagende manual, SKOLL (selvkontroltræning) er blevet lanceret som led i et nederlandsk-tysk EUREGIO-projekt.

Cannabisrelaterede »uddannelseskurser« tager ofte udgangspunkt i, at brug eller besiddelse af cannabis er ulovlig, og deltagerne henvises via det strafferetlige system. Motivationen til at deltage udspringer i vidt omfang af den omstændighed, at deltagelse i sådanne kurser er en obligatorisk del af en straffedom. Alligevel giver disse metoder mulighed for, at der kan etableres kontakt til i det mindste en del af den udsatte gruppe.

Mange europæiske selektive forebyggelsestiltag går i retning af at tilvejebringe oplysninger om cannabis. En række i højere grad evidensbaserede tilgange, herunder normativ restrukturering (f.eks. oplysning om, at de fleste jævnaldrende er imod brugen), træning i selvhævdelse, motivation og målsætning samt myteafklaring (med hensyn til værdiassocieringer i forbindelse med cannabis), er endnu ikke blevet etableret som standardelementer i cannabisforebyggelsesprogrammer. Det fremgår af en nylig metaanalyse af forebyggelsesprogrammer for udsatte unge (Roe og Becker, 2005), at informationsbaserede tilgange har en ringe eller ingen virkning på forbrugsadfærd eller -holdninger, hverken i forbindelse med universal forebyggelse eller selektiv forebyggelse. De samme forfattere fandt, at de omfattende programmer med fokus på social indflydelse har en stor effekt på udsatte unge.

En vigtig oplysning, der fremgår af de få evalueringer af europæiske selektive cannabisforebyggelsesprojekter, der foreligger (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants mv.; se ovenfor og EDDRA på adressen: <http://eddra.emcdda.europa.eu>), er, at metoder med fokus på social indflydelse er effektive. Blandt de positive virkninger, der er opnået ved hjælp af disse metoder, er en reduktion af forbruget, en forøget selvforståelse af problematisk brug, en reduktion af de væsentligste risikofaktorer og hermed forbundne problemer samt øget selvkontrol og motivation.

Kort intervention for cannabisbrugere

Kort intervention er en fremgangsmåde, som tager sigte på at få personer til at reflektere over deres brug af stoffer og give dem færdigheder til at kontrollere denne brug. Begrebet er i vidt omfang baseret på motivationssamtaler, en ikke-dømmende, ikke-konfronterende tilgang, som undersøger klientens værdier, mål, selvurdering af brug og giver feedback om uoverensstemmelser mellem klientens selvopfattelse og faktiske status.

Kort intervention er ofte målrettet mod en tidlig fase i en persons alkohol- eller stofbrug for at forebygge, at der senere udvikles alvorlige narkotikaproblemer. Der er beviser for, at kort intervention effektivt kan forebygge alkohol- og tobaksmisbrug, og der er en stigende interesse for værdien af denne tilgang i forbindelse med andre stoffer.

Kort intervention har vist sig at være meget hensigtsmæssig i forbindelse med selektive forebyggelsesforanstaltninger, der er målrettet mod cannabisbrugere, som ikke normalt ville komme i kontakt med behandlingsmiljøer. Oplysningsbaserede programmer, som lægger vægt på afholdenhed, er i givet fald ikke effektive i forbindelse med intensive cannabisbrugere.

Korte interventioner er omkostningseffektive og kan være særlig hensigtsmæssige for cannabisbrugere, da det har vist sig, at de fungerer godt i forbindelse med stofbrugere, som:

- har få problemer med deres stofbrug
- er kendetegnet ved lav afhængighed
- har brugt stoffer i en kort periode
- har en stabil baggrund (social, akademisk, familiemæssig)
- er usikre eller ambivalente med hensyn til, om de skal ændre deres stofbrug.

Denne form for tilgang anvendes nu i en række lande, herunder Tyskland, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige, hvor interventionerne kan være i form af rådgivning, »cannabiskurser« eller endog »hjælp til selvhjælp«-websteder. F.eks. er det tyske internetbaserede rådgivningsprogram »Quit the Shit« (www.drugcom.de) en innovativ tilgang, som anvender telematik, og som henvender sig til cannabisbrugere, der ønsker at reducere eller standse deres stofbrug. Lignende websteder med selvhjælpskomponenter omfatter Jellineks websted www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html (Nederlandene) og HIT's websted www.knowcannabis.org.uk/ (Det Forenede Kongerige).



Kapitel 4

Amfetaminer, ecstasy og andre psykotrope stoffer

I mange europæiske lande er det andet mest anvendte illegale stof en eller anden form for syntetisk fremstillet stof. 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 stoffer.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer, som stimulerer det centrale nervesystem. Af de to stoffer er amfetamin langt det mest tilgængelige i Europa. På verdensplan vækker den stigende brug af metamfetamin stor bekymring, da stoffet forbindes med en række alvorlige helbredsproblemer. I Europa synes det kun at være Tjekkiet, der har et større forbrug af metamfetaminer.

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 ecstasytabelter (MDA, MDEA osv.). Disse stoffer omtales undertiden som entaktogener, hvilket henviser til deres meget specifikke humørændrende virkninger. Undertiden fremkalder de virkninger, der mere typisk er forbundet med hallucinogene stoffer.

Traditionelt har lysergsyrediætylamid (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.

Til opsporing af nye stoffer, der finder vej til det europæiske narkotikamiljø, har EU indført et tidligt varslingsystem. Dette system overvåger også potentielt skadelige nye tendenser i brugen af psykoaktive stoffer.

Forsyning og tilgængelighed ⁽⁸¹⁾

Det er vanskeligt at kvantificere produktionen af amfetaminer og ecstasy, fordi »produktionen starter med let tilgængelige kemikalier i laboratorier, der let kan skjules« (UNODC, 2003a). Det seneste skøn over den samlede årlige produktion af amfetaminer og ecstasy er ca. 520 tons (UNODC, 2003b). Beslaglæggelserne af disse stoffer på globalt plan toppede i 2000 ved 46 tons. Efter et fald i 2001 og 2002 steg beslaglæggelserne igen til 34 tons i 2003 og faldt en smule til 29 tons i 2004. I 2004 faldt den andel af beslaglæggelser af amfetaminer og ecstasy på verdensplan, som vedrørte metamfetamin, til 38 % (fra 66 % i 2003), mens ecstasy tegnede sig for 29 % og amfetamin for 20 % (CND, 2006).

Amfetamin

På verdensplan er produktionen af amfetamin fortsat koncentreret i Vest- og Centraleuropa, især i Belgien, Nederlandene og Polen. I denne underregion spiller Estland, Litauen og Bulgarien også en væsentlig rolle i den illegale fremstilling af amfetamin og i mindre grad Tyskland, Spanien og Norge, som det fremgik af lukningen af amfetaminlaboratorier i 2004 i disse lande (UNODC, 2006) ⁽⁸²⁾. Uden for Europa fremstilles amfetamin hovedsageligt i Nordamerika og Oceanien (CND, 2006). Den ulovlige handel med amfetamin fandt i 2004 fortsat hovedsageligt sted inden for de enkelte regioner. Det meste af den amfetamin, der findes på de illegale markeder i Europa, kommer fra Belgien, Nederlandene og Polen samt også fra Estland og Litauen (i de nordiske lande) (nationale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005).

Af de 6 tons amfetamin, der blev beslaglagt på verdensplan i 2004, blev ca. 97 % beslaglagt i Europa, hovedsageligt i Vest-/Centraleuropa og Sydøsteuropa (henholdsvis 67 og 26 % af den samlede beslaglagte mængde) (CND, 2006).

⁽⁸¹⁾ Se »Fortolkning af beslaglæggelser og anden markedsinformation«, s. 37.

⁽⁸²⁾ Det antal lukkede laboratorier, der er meldt om i de forskellige lande, afspejler foruden antallet af produktionssteder også retshåndhævelsesmyndighedernes aktiviteter og prioriteter samt indberetningsprocedurer.

I 2004 blev der i EU foretaget skønsmæssigt 33 000 beslaglæggelser af amfetamin, svarende til 5,2 tons og 9,6 millioner enheder. Med hensyn til antal beslaglæggelser og vægten af den beslaglagte amfetamin har Det Forenede Kongerige konstant været det land, der har beslaglagt mest amfetamin i EU⁽⁸³⁾. Tyrkiet meldte om, at der var beslaglagt 9,5 millioner enheder amfetamin i 2004. Trods visse udsving er både det samlede antal amfetaminbeslaglæggelser⁽⁸⁴⁾ og de beslaglagte mængder⁽⁸⁵⁾ steget siden 1999 på EU-plan, og på grundlag af resultaterne fra de indberettende lande synes denne stigende tendens at have fortsat i 2004.

I 2004 varierede den gennemsnitlige detailpris for amfetamin fra 4 EUR pr. gram i Slovenien til 64 EUR pr. gram i Malta⁽⁸⁶⁾. I perioden 1999-2004 faldt amfetaminpriserne, korrigeret for inflation⁽⁸⁷⁾, generelt i Tyskland, Spanien, Irland, Letland, Litauen, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien, Tyrkiet og Norge⁽⁸⁸⁾.

Den gennemsnitlige renhedsgrad for amfetamin i 2004 varierede fra 5-6 % i Bulgarien til 44 % i Norge⁽⁸⁹⁾. Tilgængelige data⁽⁹⁰⁾ om den gennemsnitlige renhedsgrad for amfetamin i perioden 1999-2004 viser generelt nedadgående tendenser i Letland, Litauen, Luxembourg, Finland og Norge og opadgående tendenser i Belgien, Tyskland, Frankrig, Italien, Ungarn og Østrig.

Metamfetamin

Ser man på de mængder, der fremstilles og smugles på verdensplan, er metamfetamin fortsat vigtigere end amfetamin eller ecstasy, selv om dens andel af beslaglæggelserne på globalt plan faldt i 2004. Det fremstilles fortsat hovedsageligt i Øst- og Sydøstasien (Kina, Filippinerne, Myanmar, Thailand), efterfulgt af Nord-

Mellemamerika (USA, Canada, Mexico). I 2004 blev der på verdensplan beslaglagt 11 tons metamfetamin, hvoraf 59 % blev beslaglagt i Øst- og Sydøstasien og 37 % i Nordamerika (CND, 2006). I Europa er produktionen af metamfetamin i vidt omfang begrænset til Tjekkiet, hvor det siden midten af 1980'erne er blevet produceret under det lokale navn »pervitin«. I 2004 blev der imidlertid også meldt om fremstilling i Slovakiet og Bulgarien, hvor laboratorier blev lukket (nationale Reitox-rapporter, 2005; UNODC, 2006). Det meste af produktionen af metamfetamin i Tjekkiet er bestemt til det lokale marked, selv om en del smugles til Tyskland, Østrig og Slovakiet (nationale Reitox-rapporter, 2005). I 2004 blev der meldt om beslaglæggelser af metamfetamin i Belgien, Tjekkiet, Danmark, Estland, Grækenland, Frankrig, Letland, Litauen, Ungarn, Østrig, Slovakiet, Sverige, Rumænien og Norge, hvoraf sidstnævnte tegnede sig for både det højeste antal beslaglæggelser og de største beslaglagte mængder⁽⁹¹⁾.

I 2004 var prisen⁽⁹²⁾ for metamfetamin på detailplan i Tjekkiet angiveligt mellem 12 og 63 EUR pr. gram, mens dens gennemsnitlige renhedsgrad⁽⁹³⁾ lå på mellem 43 % i Slovakiet og 50 % i Tjekkiet.

Ecstasy

På internationalt plan er Europa fortsat den verdensdel, der har den største ecstasyproduktion, men dette er tilsyneladende ved at ændre sig, idet ecstasyproduktionen i de senere år har bredt sig til andre dele af verden, især Nordamerika (USA, Canada) og Øst- og Sydøstasien (Kina, Indonesien, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Selv om Nederlandene i 2004 fortsat har været hovedkilden til ecstasy til Europa og verden som helhed, blev der også afsløret ecstasylaboratorier i Belgien, Estland, Spanien og

⁽⁸³⁾ Bør kontrolleres, når data for 2004 for Det Forenede Kongerige foreligger. Oplysninger om såvel antal amfetaminbeslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2004 mangler for Det Forenede Kongerige og Irland; oplysninger om beslaglagte mængder i 2004 mangler for Slovenien; oplysninger om antallet af amfetaminbeslaglæggelser i 2004 mangler for Nederlandene. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2004 erstattet med data for 2003. De oplysninger om beslaglagte mængder i 2004, der er fremlagt af Nederlandene, var kun skøn, som ikke kunne medtages i analysen af tendenserne indtil 2004.

⁽⁸⁴⁾ Se tabel SZR-11 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁸⁵⁾ Se tabel SZR-12 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁸⁶⁾ Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁸⁷⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

⁽⁸⁸⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om priser for amfetamin for mindst tre på hinanden følgende år i Belgien, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Letland, Litauen, Polen, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien, Tyrkiet og Norge.

⁽⁸⁹⁾ Se tabel PPP-8 i Statistical bulletin 2006. Bemærk, at den indberettede gennemsnitlige renhedsgrad for amfetamin kan skjule store forskelle i udsving i renhedsgraden af de analyserede prøver.

⁽⁹⁰⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om amfetaminrenheden for mindst tre på hinanden følgende år i Belgien, Tyskland, Estland, Frankrig, Italien, Letland, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Nederlandene, Polen, Portugal, Finland, Det Forenede Kongerige, Tyrkiet og Norge.

⁽⁹¹⁾ Data for 2004, der er fremlagt af Italien, Luxembourg, Nederlandene og Tyskland, gør det ikke muligt at sondre mellem metamfetamin- og amfetaminbeslaglæggelser, mens Det Forenede Kongerige og Irland ikke har fremlagt data for 2004 om narkotikabeslaglæggelser, hvilket gør det vanskeligt at vide, om der blev foretaget nogen metamfetaminbeslaglæggelser i disse 5 lande i 2004.

⁽⁹²⁾ Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁹³⁾ Se tabel PPP-8 i Statistical bulletin 2006.

Norge (nationale Reitox-rapporter, 2005; UNODC, 2006). Den ecstasy, der er beslaglagt i EU, angives at stamme fra Nederlandene og Belgien og i mindre omfang fra Polen og Det Forenede Kongerige (nationale Reitox-rapporter, 2005).

Ulovlig handel med ecstasy finder fortsat primært sted i Vesteuropa, men i de senere år har den ulovlige handel i lighed med produktionen bredt sig til resten af verden. Af de 8,5 tons (vægtækvivalent) ecstasy, der blev beslaglagt på verdensplan i 2004, fandt 50 % af beslaglæggelserne sted i Vest- og Centraleuropa, 23 % i Nordamerika og 16 % i Oceanien (CND, 2006).

Skønsmæssigt 24 000 beslaglæggelser førte til konfiskation af ca. 28,3 millioner ecstasytabletter i EU i 2004. Indtil 2003 blev de største mængder ecstasy beslaglagt af Det Forenede Kongerige, efterfulgt af Tyskland, Frankrig og Nederlandene⁽⁹⁴⁾.

Efter en hastig stigning i perioden 1999-2001 faldt antallet af ecstasybeslaglæggelser⁽⁹⁵⁾ på EU-plan i 2002-2003; men oplysninger fra de indberettende lande viser en stigning igen i 2004. De beslaglagte ecstasymængder⁽⁹⁶⁾ steg i perioden 1999-2002; efter et brat fald til et lavpunkt i 2003 viser de foreliggende data for 2004, at de igen er nået op på samme niveau som i 2002.

I 2004 varierede den gennemsnitlige detailpris for ecstasytabletter fra under 3 EUR pr. stk. i Litauen og Polen til 15-25 EUR i Grækenland og Italien⁽⁹⁷⁾. I perioden 1999-2004 faldt de gennemsnitlige detailpriser for ecstasy, korregeret for inflation⁽⁹⁸⁾, i de fleste indberettende lande⁽⁹⁹⁾.

Generelt i Europa indeholdt de fleste tabletter solgt som ecstasy MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA), normalt som det eneste psykoaktive stof, der var til

stede. I Tjekkiet, Grækenland, Letland, Litauen, Ungarn, Nederlandene, Slovakiet, Finland, Det Forenede Kongerige og Norge gælder dette for over 95 % af det samlede antal analyserede tabletter i 2004. En undtagelse hertil kunne registreres i Bulgarien, hvor en høj procentdel (61 %) af de analyserede tabletter indeholdt amfetamin og/eller metamfetamin som de eneste psykoaktive stoffer. MDMA-indholdet i 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 2004 blev det gennemsnitlige indhold af aktivt stof (MDMA) pr. ecstasytablet angivet at ligge mellem 30 og 82 mg⁽¹⁰⁰⁾ (nationale Reitox-rapporter, 2005).

Lsd

Lsd produceres og smugles i meget mindre omfang end andre syntetiske stoffer. I 2004 blev der i EU foretaget skønsmæssigt 700 beslaglæggelser af 220 000 Lsd-enheder. Siden 2002 har Tyskland været det land, der har beslaglagt de største mængder Lsd pr. år, efterfulgt af Det Forenede Kongerige⁽¹⁰¹⁾. Mellem 1999 og 2002 faldt både antallet af Lsd-beslaglæggelser⁽¹⁰²⁾ og de beslaglagte mængder⁽¹⁰³⁾ på EU-plan. Det fremgår imidlertid af de foreliggende data, at antallet af Lsd-beslaglæggelser og de beslaglagte mængder både i 2003 og 2004 steg for første gang i 9 år, og der blev beslaglagt forholdsvis store mængder af stoffet i Tyskland, Frankrig, Litauen, Nederlandene og Polen i 2004.

I 2004 betalte brugeren af en Lsd-enhed i gennemsnit fra 2,5 EUR i Portugal til 11,6 EUR i Malta⁽¹⁰⁴⁾. Gennemsnitspriserne for Lsd, korregeret for inflation⁽¹⁰⁵⁾, viste en generel nedadgående tendens⁽¹⁰⁶⁾ mellem 1999 og 2004 i Tjekkiet, Irland, Polen, Slovenien og Sverige, men steg i Tyskland og Frankrig.

⁽⁹⁴⁾ Bør kontrolleres, når data for 2004 for Det Forenede Kongerige foreligger. Oplysninger om såvel antal ecstasybeslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2004 mangler for Det Forenede Kongerige og Irland; oplysninger om antallet af ecstasybeslaglæggelser i 2004 mangler for Nederlandene. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2004 erstattet med data for 2003. De oplysninger om beslaglagte mængder i 2004, der er fremlagt af Nederlandene, var kun skøn, som ikke kunne medtages i analysen af tendenserne indtil 2004.

⁽⁹⁵⁾ Se tabel SZR-13 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁹⁶⁾ Se tabel SZR-14 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁹⁷⁾ Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁹⁸⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

⁽⁹⁹⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om priser for ecstasy for mindst tre på hinanden følgende år i Belgien, Tjekkiet, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Cypern, Letland, Litauen, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien, Tyrkiet og Norge.

⁽¹⁰⁰⁾ Dette er baseret på data fra nogle få lande, nemlig Danmark, Tyskland, Frankrig, Luxembourg og Nederlandene.

⁽¹⁰¹⁾ Bør kontrolleres, når data for 2004 for Det Forenede Kongerige foreligger. Oplysninger om såvel antal Lsd-beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2004 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige; oplysninger om antallet af Lsd-beslaglæggelser mangler for Cypern, Nederlandene, Polen og Bulgarien. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2004 erstattet med data for 2003. De oplysninger om beslaglagte mængder i 2004, der er fremlagt af Nederlandene, var kun skøn, som ikke kunne medtages i analysen af tendenserne indtil 2004.

⁽¹⁰²⁾ Se tabel SZR-15 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁰³⁾ Se tabel SZR-16 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁰⁴⁾ Se tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁰⁵⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

⁽¹⁰⁶⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om priser for Lsd for mindst tre på hinanden følgende år i Tjekkiet, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Litauen, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Rumænien og Norge.

International indsats mod produktion af og ulovlig handel med amfetaminer og ecstasy

I forbindelse med syntetiske stoffer har Europol siden december 2004 gennemført projektet Synergy⁽¹⁰⁷⁾. Det understøttes af 20 EU-medlemsstater og en række tredjelande og består af en analysedatabase med operationelle underprojekter, der gennemføres i flere lande i hele EU, samt en række instrumenter, der anvendes til analytiske og strategiske formål, f.eks. Europol's system for ecstasylogoer (Europol Ecstasy Logo System — EELS) (herunder oversigten over ecstasylogoer) og Europol's system til sammenligning af ulovlige laboratorier (Europol Illicit Laboratory Comparison System — EILCS). Europol støtter fortsat CHAIN-projektet⁽¹⁰⁸⁾ om amfetaminprofilering og den europæiske fællesinstans for prækursorer (European Joint Unit on Precursors — EUJP). Foruden ekspertbistand på stedet i forbindelse med lukning af illegal produktion af syntetiske stoffer har nylige underprojekter fokuseret på at sammenligne de lukkede laboratorier, afsløre kemikalieaffaldsdepoter som udgangspunkter for undersøgelser, spore tabletmaskiner og efterforske ulovlig handel med prækursorer til EU-landene.

Prisme-projektet er det internationale initiativ til bekæmpelse af den ulovlige handel med de prækursorer, der anvendes i den illegale fremstilling af syntetiske stoffer, gennem et system med forudgående eksportanmeldelse af lovlig handel til det internationale narkotikakontrolråd (INCB) og indberetning af opbragte forsendelser og foretagne beslaglæggelser i forbindelse med mistænkelige transaktioner.

Efedrin og pseudoefedrin er væsentlige prækursorer til fremstilling af metamfetamin, mens 1-phenyl-2-propanon (P-2-P) også anvendes til fremstilling af amfetamin; 3,4-methylenedioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol og olier, der indeholder safrol, anvendes til ulovlig fremstilling af MDMA, mens piperonal også anvendes til at syntetisere MDA⁽¹⁰⁹⁾.

Den lovlige handel med efedrin og pseudoefedrin udgjorde i alt henholdsvis 526 og 1 207 tons i 2004. De største beslaglæggelser af disse kemikalier blev rapporteret i Nordamerika og Sydøstasien, men det giver anledning til bekymring, at beslaglæggelserne har bredt sig til alle regioner. Den efedrin og pseudoefedrin, der smugles til Europa, kommer især fra Vestasien.

I 2004 blev der beslaglagt 2,6 tons efedrin og 1 kg pseudoefedrin i Europa⁽¹¹⁰⁾; der var hovedsageligt tale om mindre beslaglæggelser, som kom fra mange forskellige laboratorier, størstedelen i Tjekkiet, selv om der var en omfattende beslaglæggelse af efedrin i Grækenland fra Pakistan.

Aktiviteterne under Prisme-projektet i Europa har fokuseret på at forhindre smugling af 3,4-MDP-2-P og P-2-P til EU til brug til illegal fremstilling af henholdsvis MDMA og amfetamin. I 2004 var beslaglæggelserne af 3,4-MDP-2-P og P-2-P de største, der nogensinde er indberettet på verdensplan, og Europa tegnede sig for de største mængder beslaglagt 3,4-MDP-2-P og USA for de største mængder beslaglagt P-2-P. I 2004 blev der i Europa beslaglagt i alt 10 161 liter 3,4-MDP-2-P (hovedsageligt i Nederlandene og Belgien) og 9 297 liter P-2-P (hovedsageligt i Polen og Nederlandene)⁽¹¹¹⁾.

Piperonal har mange lovlige anvendelser, men kan også anvendes som prækursor i fremstillingen af 3,4-MDP-2-P, MDA eller MDMA (INCB, 2006b). Mellem november 2004 og oktober 2005 blev der indberettet over 150 forsendelser på 3 800 tons til INCB (2006b). I 2004 blev de største beslaglæggelser af piperonal indberettet af Kina (13 tons); 2,4 tons blev beslaglagt i Europa, heraf næsten alt i Rumænien⁽¹¹²⁾.

Der meldes om beslaglæggelser af safrol fra alle regioner på verdensplan, men mængderne er fortsat små, undtagen i Kina, som har meldt om beslaglæggelser på over 100 kg. I Europa blev der beslaglagt 122 liter safrol i 2004, hovedsageligt i Letland, men også i Litauen.

Udbredelse og brugsmønstre

Befolkningsundersøgelser har traditionelt vist, at det næst efter cannabis er amfetamin og ecstasy, der er de mest anvendte illegale stoffer, selv om udbredelsen af dem er mindre end udbredelsen af cannabis. Brugen af ecstasy blev populær i løbet af 1990'erne, mens amfetaminer er blevet brugt i meget længere tid.

Blandt EU-medlemsstaterne synes brugen af amfetaminer⁽¹¹³⁾ og ecstasy at være forholdsvis høj i kun nogle få lande, nemlig Tjekkiet, Estland og Det Forenede Kongerige.

⁽¹⁰⁷⁾ Projekterne CASE og Genesis, som blev påbegyndt i 2002, blev slået sammen til projektet Synergy.

⁽¹⁰⁸⁾ Collaborative Harmonised Amphetamine INitiative (CHAIN) er et retsmedicinsk initiativ vedrørende profilering, som har erstattet CASE-pilotprojektet.

⁽¹⁰⁹⁾ Alle anført i fortegnelse I i konventionen fra 1988.

⁽¹¹⁰⁾ Oplysninger om beslaglæggelser omfatter ikke mængder i forbindelse med opbragte forsendelser.

⁽¹¹¹⁾ Oplysninger om beslaglæggelser omfatter ikke mængder i forbindelse med opbragte forsendelser.

⁽¹¹²⁾ Oplysninger om beslaglæggelser omfatter ikke mængder i forbindelse med opbragte forsendelser.

⁽¹¹³⁾ Inden for rammerne af befolkningsundersøgelser omfatter data om »amfetaminbrug« både »amfetamin« og »methamfetamin« under én kategori.

Det fremgår af nyere undersøgelser blandt den voksne befolkning (15-64 år), at langtidsprævalensen for amfetaminbrug i Europa varierer fra 0,1 til 5,9 %, undtagen i Det Forenede Kongerige (England og Wales), hvor den når op på 11,2 %. I gennemsnit har ca. 3,1 % af alle voksne europæere brugt amfetaminer mindst én gang. Efter Det Forenede Kongerige er de lande, der har de næsthøjeste tal, Danmark (5,9 %), Norge (3,6 %) og Tyskland (3,4 %). Brug inden for de seneste 12 måneder er meget lavere: 0,6 % i gennemsnit (0-1,4 %). På grundlag af undersøgelser foretaget blandt den almindelige befolkning anslås det, at næsten 10 millioner europæere har prøvet dette stof, og at over 2 millioner har brugt amfetamin inden for de seneste 12 måneder⁽¹¹⁴⁾.

Blandt unge voksne (15-34 år) har 0,1-9,6 % erfaring med amfetaminbrug, idet Det Forenede Kongerige (England og Wales) har meldt om en langtidsprævalens på 16,5 % (hvilket kan afspejle et historisk fænomen, se nedenfor). I halvdelen af de lande, for hvilke der foreligger data, ligger prævalensen på under 4 %, idet de højeste satser efter Det Forenede Kongerige er indberettet af Danmark (9,6 %), Norge (5,9 %) og Tyskland (5,4 %). Et gennemsnit på 4,8 % af unge europæere har prøvet amfetamin. Danmark (3,1 %) og Estland (2,9 %) har indberettet de højeste prævalenssatser⁽¹¹⁵⁾. Det anslås, at i gennemsnit 1,4 % af unge europæere har brugt amfetamin inden for de seneste 12 måneder (se tillige figur 4).

0,2-7,1 % af alle voksne (i gennemsnit 2,6 %) har prøvet ecstasy. Halvdelen af landene har meldt om prævalenssatser på 1,8 % eller lavere, idet de højeste prævalenssatser er indberettet af Tjekkiet (7,1 %) og Det Forenede Kongerige (6,7 %). Prævalensen for brug af ecstasy inden for de seneste 12 måneder varierer fra 0,2 til 3,5 %, men halvdelen af landene melder om prævalenssatser på 0,5 % eller derunder. Det anslås, at næsten 8,5 millioner europæere har prøvet ecstasy, og at næsten 3 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder.

Blandt unge voksne i de europæiske lande er langtidsprævalensen for ecstasybrug 5,2 %, nemlig fra 0,5 til 14,6 %, selv om halvdelen af landene har meldt om satser på under 3,6 %. Tjekkiet (14,6 %), Det Forenede

Kongerige (12,7 %) og Spanien (8,3 %) har meldt om de højeste prævalenssatser.

Ecstasybrug er primært et ungdomsfænomen.

I aldersgruppen 15-24 år varierer langtidsprævalensen fra 0,4 til 18,7 %, idet de højeste tal er rapporteret af Tjekkiet (18,7 %)⁽¹¹⁶⁾ og Det Forenede Kongerige (10,7 %), og med højere satser blandt mænd (0,3-23,2 %) end blandt kvinder (0,4-13,9 %). Brug inden for de seneste 12 måneder varierer fra 0,3 til 12 %, idet Tjekkiet (12 %) og Estland (6,1 %) har indberettet de højeste tal (figur 5). 7 lande har rapporteret om prævalenssatser for brug inden for den seneste måned på under 3 %. Prævalenssatserne er typisk højere i byområder og navnlig blandt personer, der frekventerer diskoteker, klubber eller dansearrangementer (se det udvalgte tema om stofbrug i fritidsmiljøer).

Det fremgår af undersøgelserne, at den generelle langtidsprævalens for ecstasybrug blandt 15-16-årige skoleelever steg i perioden 1995-2003, med de største stigninger i Tjekkiet og størstedelen af de nye EU-medlemsstater⁽¹¹⁷⁾. I ESPAD-skoleundersøgelserne fra 2003 (Hibell mfl., 2004) var skønnene over langtidsprævalensen for amfetaminer fortsat mellem 1 og 3 % højere end skønnene for ecstasy i 6 medlemsstater (Tyskland, Danmark, Estland, Litauen, Østrig og Polen)⁽¹¹⁸⁾.

Dette skal sammenholdes med resultaterne af den amerikanske undersøgelse om narkotikabrug og sundhed fra 2004, hvoraf det fremgår, at langtidserfaringen med ecstasy blandt voksne (defineret som 12 år og derover) var på 4,6 % og brug inden for de seneste 12 måneder 0,8 % (i sammenligning hermed er de tilsvarende tal for EU 2,6 og 0,9 %). Blandt unge voksne i alderen 16-34 år lå langtidserfaringen på 11,3 % og brug inden for de seneste 12 måneder på 2,2 % (henholdsvis 5,2 og 1,9 % i Europa)⁽¹¹⁹⁾.

Langtidserfaring med brug af lsd blandt voksne varierer fra 0,2 til 5,9 %, idet to tredjedele af landene har angivet en prævalens på mellem 0,4 og 1,7 %. Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidsprævalensen for brug af lsd fra 0,3 til 9 %, og i aldersgruppen 15-24 år overstiger den ikke 4,5 %. Prævalensen for brug af dette stof inden for de seneste 12 måneder i aldersgruppen 15-24 år ligger kun på over 1 % i Tjekkiet, Estland, Letland, Ungarn, Polen og Bulgarien.

⁽¹¹⁴⁾ Med hensyn til beregningsmetoden se fodnote 53.

⁽¹¹⁵⁾ Se figur GPS-15 og GPS-16 i Statistical bulletin 2006.

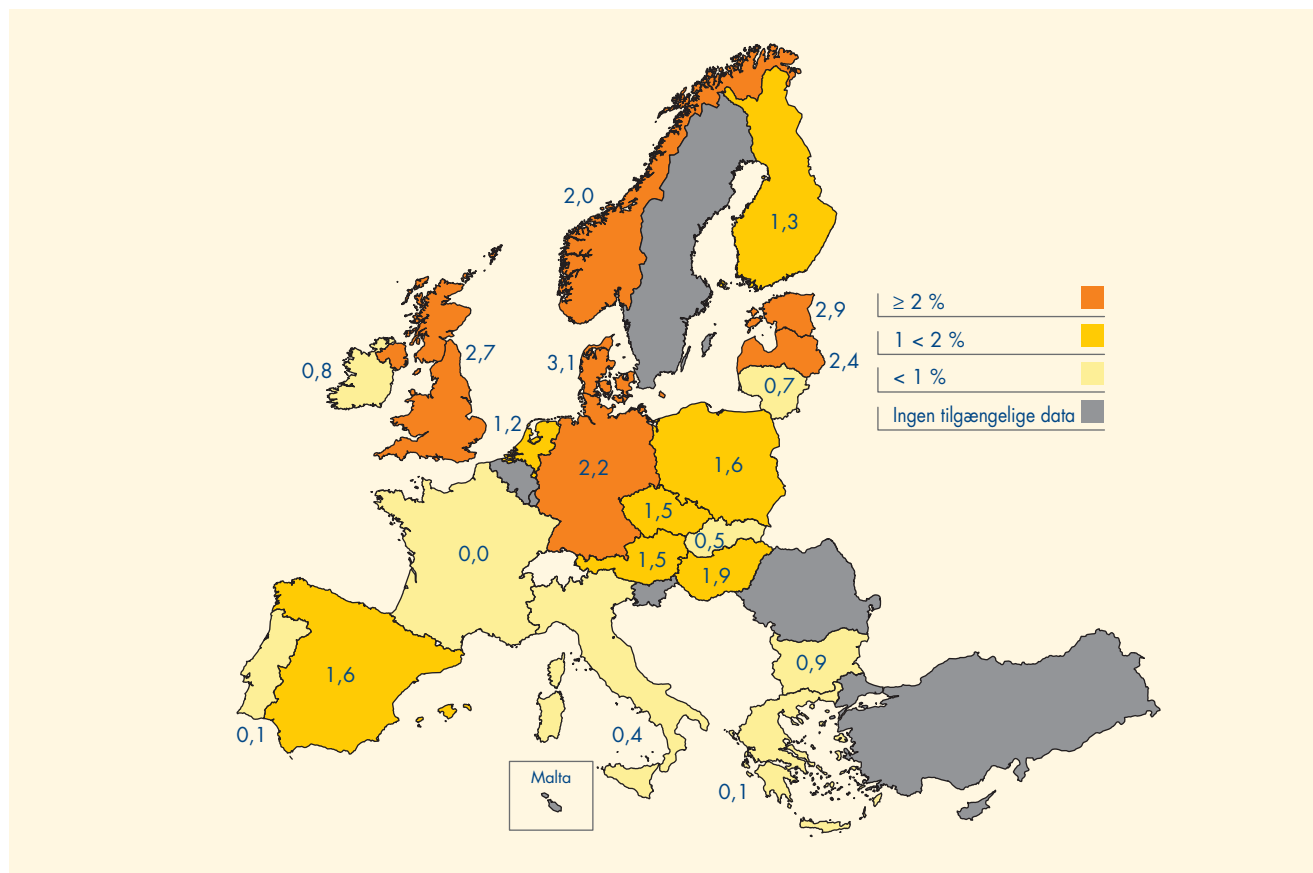
⁽¹¹⁶⁾ I Tjekkiet var den undersøgte aldersgruppe 18-24-årige.

⁽¹¹⁷⁾ Se figur EYE-2 (del i) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹¹⁸⁾ Se figur EYE-2 (del vi) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹¹⁹⁾ Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, der anvendes af EONN i EU-undersøgelser (15-64 år). Tallene for »unge voksne« (16-34 år) i den amerikanske undersøgelse blev genberegnet af EONN.

Figur 4: Sidste års prævalens for brug af amfetamin blandt unge voksne (15-34 år) Ingen tilgængelige data



NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabel GPS-8 og GPS-11 i Statistical bulletin 2006 for yderligere oplysninger.
 Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

Tendenser

Det fremgår af nye befolkningsundersøgelser, at brugen af amfetamin og ecstasy, som har vist en stigende tendens i de senere år, muligvis er ved at stabilisere sig eller endog er faldende. I Det Forenede Kongerige såvel som i to andre medlemsstater, hvor brugen af disse stoffer har været forholdsvis høj (Tjekkiet og Spanien), angives det nu, at brugen inden for de seneste 12 måneder af amfetaminer blandt unge voksne er ved at stabilisere sig eller endog er faldende⁽¹²⁰⁾. Ligeledes synes brugen af ecstasy at være ved at stabilisere sig eller endog at falde i to lande med stor udbredelse, nemlig Spanien og Det Forenede Kongerige, men ikke i Tjekkiet⁽¹²¹⁾.

Data om behandlingsefterspørgsel — amfetaminer og ecstasy⁽¹²²⁾

Selv om antallet af anmodninger om behandling for brug af amfetaminer og ecstasy er stigende, er denne form for stofbrug generelt sjældent den primære grund til at søge narkotikabehandling i de fleste lande⁽¹²³⁾. Som en vigtig undtagelse har nogle få lande dog meldt om, at en væsentlig andel af behandlingsanmodningerne vedrørte amfetamin- eller metamfetaminbrug. I Tjekkiet, Slovakiet, Finland og Sverige tegner disse stoffer sig for alt mellem en fjerdedel og ca. halvdelen af alle behandlingsanmodninger⁽¹²⁴⁾. I Tjekkiet og Slovakiet vedrører en stor andel af de

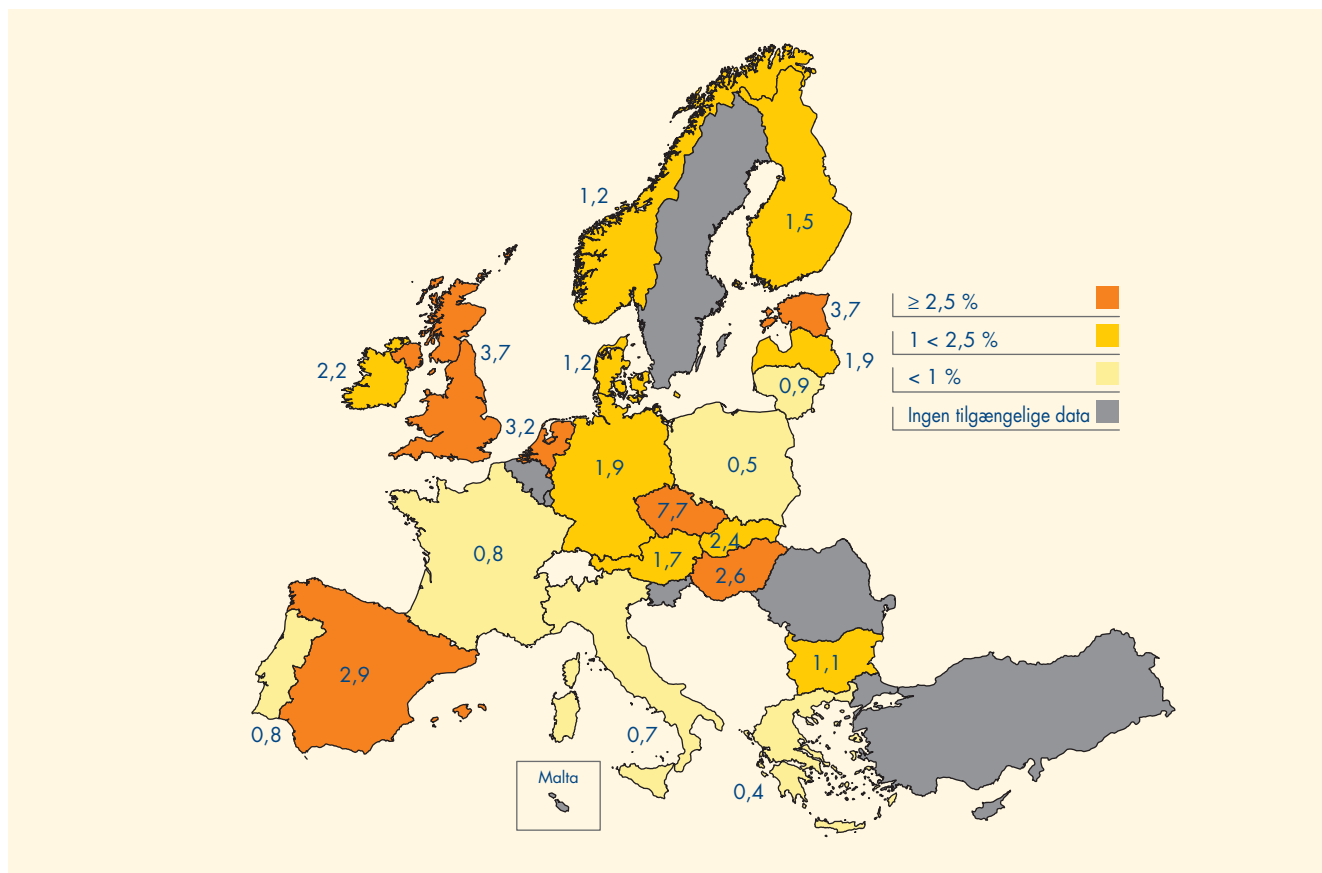
⁽¹²⁰⁾ Se figur GPS-6 og GPS-17 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹²¹⁾ Se figur GPS-8, GPS-18 og GPS-30 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹²²⁾ Se fodnote (70).

⁽¹²³⁾ Se figur TDI-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹²⁴⁾ Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2006.

Figur 5: Sidste års prævalens for brug af ecstasy blandt unge voksne (15-34 år) Ingen tilgængelige data


NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabel GPS-8 og GPS-11 i Statistical bulletin 2006 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

Metamfetaminbrug og tilknyttede problemer

Der er meldt om betydelige problemer med metamfetaminbrug i mange dele af verden, herunder USA, Sydøstasien og Stillehavsområdet samt Afrika (UNODC, 2006). Metamfetaminbrug kan medføre alvorlige medicinske problemer, herunder psykose og afhængighed, og kan være forbundet med risikoadfærd, herunder adfærd, der kan medføre overførsel af hiv.

Traditionelt har brugen af metamfetamin i Europa været koncentreret i Tjekkiet, hvor der anslås at være dobbelt så mange problematiske brugere af metamfetamin (pervitin) (20 300) som problematiske opioidbrugere (9 700). I de senere år er metamfetamin blevet det hyppigst forekommende primære stof

blandt klienter, der søger behandling for første gang i Slovakiet, og der er også registreret en omfattende metamfetaminbrug blandt nogle undergrupper i Ungarn. I de nationale Reitox-rapporter for 2005 har 7 andre lande (Danmark, Frankrig, Letland, Slovenien, Det Forenede Kongerige, Bulgarien og Norge) meldt om en stigning i antallet af beslaglæggelser og/eller brugen af dette stof, især blandt personer, der hyppigt kommer i klubber og går til fester. På nuværende tidspunkt er det ikke muligt på grundlag af de foreliggende oplysninger at drage endelige konklusioner med hensyn til tendenserne i brugen af metamfetamin i disse lande. Dog betyder udbredelsen af metamfetamin andre steder i verden og dette stofs potentiale til at kunne forårsage betydelige sundhedsproblemer, at dette er et område, hvor der fortsat kræves agtpågivenhed.

indberettede behandlingsanmodninger et primært metamfetaminproblem (se boksen om metamfetamin). I de lande, hvor amfetaminbrugere tegner sig for en væsentlig andel af behandlingsanmodningerne, tager mellem en og to tredjedele af amfetaminklienterne stoffet ved injektion⁽¹²⁵⁾.

Anmodninger om behandling for ecstasybrug angives at tegne sig for under 1 % af alle behandlingsanmodninger i de fleste lande, med undtagelse af Cypern, Ungarn, Irland og Tyrkiet, hvor ecstasyklienter udgør mellem 4 og 6 % af alle klienter, der søger behandling.

Nye tendenser inden for stofbrug

Skønnene over udbredelsen af brugen af forskellige former for nye stoffer er meget lavere end skønnene over brugen af de mere gængse illegale stoffer. Nye former for stofbrug påbegyndes i starten sædvanligvis kun af nogle få personer, blandt mindre undergrupper eller i begrænsede geografiske sammenhænge eller miljøer. Identificeringen og overvågningen af nye tendenser kræver derfor en anden metode end den, der er blevet anvendt til overvågning af de gængse former for stofbrug.

Hallucinogene svampe: casestudie af en ny tendens

Indtil for nylig var lsd det hyppigst anvendte hallucinogen. Dette kan nu være ved at ændre sig, da der i stigende grad er meldt om brug af hallucinogene svampe⁽¹²⁶⁾. Tilgængeligheden af hallucinogene svampe synes at være steget siden slutningen af 1990'erne, hvor de begyndte at blive markedsført sammen med andre »naturlige« produkter i »smart shops« i Nederlandene og andre steder⁽¹²⁷⁾. F.eks. i Det Forenede Kongerige steg antallet af butikker, der sælger hallucinogene svampe, i begyndelsen af 2000'erne, og i 2005 blev det anslået, at de blev solgt i ca. 300 butikker og markedsboder i hele landet. Man er også begyndt at sælge hallucinogene svampe via internettet med — hovedsageligt nederlandske — websteder, hvor der sælges friske svampe, dyrkningssæt og sporeprints. Markedsføringen af hallucinogene svampe på internettet foretages på en række sprog, især engelsk, fransk og tysk, hvilket tyder på et bredt, internationalt kundeunderlag.

Det fremgår af nylige befolkningsundersøgelser blandt voksne og skoleundersøgelser i EU, at langtidsprævalensen

for brug af hallucinogene svampe blandt unge i alderen 15-24 år varierer fra under 1 til 8 %⁽¹²⁸⁾. Skønnene over langtidsprævalensen for brug af hallucinogene svampe blandt skoleelever i alderen 15-16 år ligger på samme niveau som, eller er højere end, skønnene over langtidsprævalensen for ecstasybrug i 9 af EU-medlemsstaterne (Hibell mfl., 2004). Der er imidlertid tegn på, at fortsættelsesfrekvenserne er lavere for hallucinogene svampe end for de fleste andre stoffer. Dette er et almindeligt træk ved brug af hallucinogener og er en afspejling af, at unge generelt vælger at begrænse denne form for stofbrug til eksperimenter og sjældent går over til regelmæssig brug heraf.

Der forekommer sjældent indberetninger af akutte eller kroniske sundhedsproblemer, som kræver lægebehandling og står i forbindelse med brugen af hallucinogene svampe. Nogle lande har imidlertid ændret deres lovgivninger som reaktion på unges brug af sådanne hallucinogener. Selv om de aktive stoffer i svampe, psilocybin og psilocin, allerede kontrolleres på internationalt plan af FN's konvention af 1971 om psykotrope stoffer, har det indtil for nylig ofte været overladt til anklagemyndigheden at fortolke, om og hvornår disse stoffer er forbudt, når de er inden i en svamp, for at undgå at straffe ejere af jord, hvor sådanne svampe vokser naturligt. Seks lande har skærpet deres lovgivning om svampe i de seneste 5 år (Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige). Med ændringerne i disse lande udvides forbuddet til at omfatte hallucinogene svampe, selv om kontrollen ikke altid gælder for nøjagtigt de samme svampe eller forarbejdningsstilstande.

I 2004 blev der indberettet beslaglæggelser af hallucinogene svampe i Tjekkiet, Tyskland, Estland, Grækenland, Litauen, Ungarn, Nederlandene, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakiet, Sverige og Norge⁽¹²⁹⁾. Antallet og mængden af retshåndhævelsesmyndighedernes beslaglæggelser af hallucinogene svampe er generelt lave, og der fremgår ingen klare tendenser af disse data.

GHB og ketamin

Både gammahydroxybutyrat (GHB) og ketamin overvåges, efter at der i EU i 2000 opstod bekymring over misbrug af disse stoffer til fritidsbrug⁽¹³⁰⁾. I marts 2001 blev GHB som

⁽¹²⁵⁾ Se tabel TDI-17 (del iii) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹²⁶⁾ I denne beretning forstås ved udtrykket »hallucinogene svampe« kun svampe, der indeholder de psykoaktive stoffer psilocybin og psilocin. Svampearter, der indeholder andre psykoaktive stoffer, anvendes sjældnere. Flere oplysninger findes i EONN's temadokument om hallucinogene svampe (www.emcdda.europa.eu/?nodeid=400).

⁽¹²⁷⁾ Disse butikker sælger legale og hovedsageligt naturlige produkter, herunder hallucinogene svampe.

⁽¹²⁸⁾ EONN-data fra det europæiske modelspørgeskema. 11 medlemsstater fremlægger data om hallucinogene svampe (Tjekkiet, Danmark, Tyskland, Frankrig, Irland, Litauen, Ungarn, Nederlandene, Polen, Finland, Det Forenede Kongerige).

⁽¹²⁹⁾ Nationale Reitox-rapporter (Tyskland, Estland, Nederlandene, Norge) og EONN's spørgeskema i forbindelse med netværket for tidlig varsling (Tjekkiet, Grækenland, Ungarn, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakiet, Sverige).

⁽¹³⁰⁾ Risikovurderingsrapport i forbindelse med fælles aktion fra 2000.

led i FN's narkotikakontrolsystem anført i fortegnelsen over internationalt kontrollerede stoffer, og som følge heraf har alle EU-medlemsstater ajourført deres lovgivning om dette stof. For kort tid siden, i marts 2006, anbefalede INCB, at WHO fremskynder sin gennemgang med henblik på at fastslå, om ketamin bør omfattes af international kontrol (INCB, 2006a). På nationalt plan kontrolleres ketamin på grundlag af narkotikalovgivningen, i modsætning til lægemiddelovgivningen, i næsten halvdelen af EU-medlemsstaterne.

Af de begrænsede prævalensdata, der foreligger i forbindelse med GHB og ketamin, fremgår det, at brugen af disse stoffer har stabiliseret sig på et lavt niveau i de fleste lande. Undersøgelser af grupper, hvor der er en høj udbredelse, tyder på, at selv blandt regelmæssige fritidsstofbrugere anvendes begge disse stoffer mindre hyppigt end andre stoffer som f.eks. amfetaminer, ecstasy, lsd og hallucinogene svampe.

Der rapporteres meget sjældent om dødsfald og akutte, ikke-dødelige episoder i forbindelse med brug af GHB og ketamin. Manglen på nøjagtige og sammenlignelige systemer til registrering af dødsfald og akutte, ikke-dødelige episoder i forbindelse med brug af disse stoffer begrænser imidlertid de data, der foreligger på dette område. To lande har rapporteret om dødsfald i forbindelse med GHB, sædvanligvis i forbindelse med andre stoffer. Den kommunale sundhedstjeneste (Municipal Health Service) i Amsterdam registrerede en stigning i det årlige antal af akutte, ikke-dødelige episoder, som kunne tilskrives brug af GHB, fra 25 i 2000 til 98 i 2004, mere end antallet af nødsituationer, som kan tilskrives brug af ecstasy, amfetamin, lsd eller hallucinogene svampe. I Sverige steg antallet af påvisninger af GHB (eller prækursorerne GBL og 1,4-BD) i prøver fra legemsvæsker fra 24 i 1997 til 367 i 2004. Der er også indberettet dødsfald i forbindelse med GHB i Sverige: mellem 1996 og 2004 blev stoffet påvist i 36 narkotikarelaterede dødsfald, hvoraf 9 blev registreret i 2004. I England og Wales blev GHB i 2003 nævnt i ligsynsrapporten i forbindelse med 3 dødsfald, hvoraf GHB i ét tilfælde var det eneste stof, der var nævnt (ONS, 2006). Det fremgår imidlertid af toksikologisk information fra ét hospital i Det Forenede Kongerige, som dækker en stor region, at GHB blev påvist i forbindelse med 5 dødsfald mellem maj og december 2005⁽¹³¹⁾.

Da GHB er vand-/alkoholopløseligt og på grund af dets potentielt lammende virkninger, ofte efterfulgt af amnesi, har det givet anledning til bekymring, at det bruges i forbindelse

med seksuelle overgreb under anvendelse af narkotika (såkaldte »date rapes«). Da tilfældene imidlertid i givet fald ikke indberettes, og fordi der foreligger meget lidt retsmedicinsk bevismateriale, og sådanne forbrydelser er vanskelige at bevise, er der ingen pålidelig dokumentation for omfanget af dette fænomen. Der er derfor behov for yderligere forskning for at fastslå arten og omfanget af denne udvikling, der potentielt kan give anledning til bekymring.

Tiltag over for nye stoffer

Overgangen forløb gnidningsfrit uden nogen afbrydelse af udvekslingen af oplysninger, da den fælles aktion fra 1997 i 2005 blev afløst af Rådets nye afgørelse (2005/387/RIA).

Rådets afgørelse om 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⁽¹⁾ etableres en mekanisme for hurtig udveksling af oplysninger om nye psykoaktive stoffer, der kan udgøre en trussel mod folkesundheden og en social trussel, hvorved EU-institutionerne og medlemsstaterne får mulighed for at gribe ind over for både nye narkotiske og nye psykotrope stoffer, som dukker op i det europæiske narkotikamiljø. EONN og Europol har i nært samarbejde med deres netværk — henholdsvis de nationale Reitox-knudepunkter og Europols nationale enheder — fået tildelt en central rolle med hensyn til at afsløre og indberette nye psykoaktive stoffer. Afgørelsen indeholder endvidere bestemmelser om en vurdering af risiciene ved disse nye stoffer, der gør det muligt i givet fald at anvende de kontrolforanstaltninger, der også i medlemsstaterne anvendes på nye psykoaktive stoffer i forbindelse med narkotiske og psykotrope stoffer⁽²⁾. Afgørelsen udvider anvendelsesområdet for og erstatter den fælles aktion fra 1997⁽³⁾, som udelukkende vedrørte nye syntetiske stoffer. I afgørelsen fastholdes imidlertid den tretrinsstrategi, der blev iværksat med den fælles aktion: udveksling af oplysninger/tidlig varsling, risikovurdering og beslutningstagning.

(1) Rådets afgørelse 2005/387/RIA om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer blev offentliggjort i *Den Europæiske Unions Tidende* den 20. maj 2005 (L 127, s. 32-37) og trådte i kraft den 21. maj 2005. Afgørelsen finder anvendelse på stoffer, der på nuværende tidspunkt ikke er anført i fortegnelserne til FN's konventioner om narkotikakontrol af 1961 og 1971.

(2) I henhold til bestemmelserne i FN's enkeltkonvention af 1961 angående narkotiske midler og FN's konvention af 1971 om psykotrope stoffer.

(3) Fælles aktion af 16. juni 1997 om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye former for syntetisk narkotika (EFT L 167 af 25.6.1997).

(131) Oplysninger fra EWS. Det forholdsvis høje antal GHB-relaterede dødsfald i denne forbindelse hænger formentlig sammen med hospitalslaboratoriets forskningsinteresse i GHB.

I alt 14 nye psykoaktive stoffer blev for første gang officielt indberettet til EONN og Europol. De er alle psykotrope (syntetiske) stoffer, som ligner de stoffer, der er anført på fortegnelse I og II i FN's konvention af 1971 om psykotrope stoffer. De nye stoffer, der er blevet indberettet, tilhører tre overordnede kemiske grupper — phenetylaminer, tryptaminer og piperaziner. Forskellige stoffer fra disse grupper er tidligere blevet indberettet via — og overvåges på nuværende tidspunkt af — det tidlige varslingsystem (EWS) ⁽¹³²⁾.

Den væsentligste nye udvikling i 2005 var fremkomsten og den hurtige udbredelse af det nye psykoaktive stof 1-(3-chlorphenyl)piperazin (mCPP). mCPP er en arylsubstitueret piperazin, og det samme gælder benzylpiperazin (BZP), et stof, der er blevet overvåget af EWS siden 1999. De første officielle indberetninger af, at der var påvist mCPP, blev modtaget af EONN og Europol i februar/marts 2005, vedrørende prøver indsamlet i Frankrig og Sverige. Inden udgangen af 2005 var tabletter, der indeholdt mCPP, blevet beslaglagt af retshåndhævelsesmyndighederne i næsten alle medlemsstater eller fundet i forbindelse med forskellige fritidsaktiviteter (open air-danse-/musikfestivaler, danseklubber osv.).

De er næsten altid udformet, så de ligner, og formentlig sælges som, ecstasy. Stoffet fås hovedsageligt i tableform, og de subjektive virkninger af mCPP og MDMA er til dels sammenlignelige (Bossong mfl., 2005). Endvidere findes mCPP ofte i kombination med MDMA. Da det er usandsynligt, at dette er resultatet af en tilfældig kontaminering, viser det, at formålet med den bevidste tilsætning af mCPP kan være at forstærke eller ændre virkningerne af MDMA. Der synes kun at være en mindre specifik efterspørgsel efter eller marked for mCPP alene i EU.

Medlemsstaterne har i højere grad påvist mCPP end noget andet nyt psykoaktivt stof, siden EWS begyndte at overvåge nye (syntetiske) stoffer i 1997. Det er i løbet af et år blevet identificeret i 20 medlemsstater samt i Norge og Rumænien.

I en fælles rapport anbefalede EONN og Europol i overensstemmelse med bestemmelserne i Rådets afgørelse, at der ikke foretages en formel risikovurdering, da der er bevis for, at mCPP anvendes til fremstilling af mindst ét lægemiddel. Det blev imidlertid også bemærket, at selv om der på nuværende tidspunkt kun er få tegn på, at mCPP er forbundet med væsentlige sundhedsmæssige eller sociale risici, må dette spørgsmål stå åbent uden en grundig videnskabelig risikovurdering.

Udvikling i stofbrug i fritidsmiljøer i EONN — årsberetning 2006: udvalgte temaer

Der er ofte en forbindelse mellem stofbrug og unges fritidsaktiviteter. Undersøgelser med fokus på unge, der deltager i musik- og dansearrangementer, har således konstant vist højere skøn over udbredelsen af stofbrug end de skøn, der fremgår af undersøgelser foretaget blandt den almindelige befolkning, og der meldes ofte om en særlig stor udbredelse af brugen af stimulanter. Kan forskelle mellem landene forklares ud fra rækken af tilbud inden for det kommercielle nattelivsmiljø, musikkultur, tilgængelighed af narkotika og disponibel indkomst? Disse spørgsmål undersøges i dette udvalgte tema.

Nye udviklingstendenser med hensyn til markedsføring af fritidsstoffer via internettet og med hensyn til selve fritidsstofbruget medfører nye udfordringer inden for politik, forebyggelse og risikoreduktion. Disse undersøges i dette udvalgte tema, som også indeholder en detaljeret gennemgang af de innovative narkotikaforebyggelses- og risikoreduktionsinitiativer, der er gennemført i EU i løbet af det seneste årti for at tage fat om det komplekse problem, som samspillet mellem fritidsaktiviteter og stofbrug blandt unge udgør.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk (»Developments in drug use within recreational settings« i *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) og på internettet (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

⁽¹³²⁾ Af de 9 nye syntetiske stoffer, der undergik en risikovurdering mellem 1997 og 2004 som led i den fælles aktion, var alle 6, som efterfølgende blev kontrolleret på EU-plan, phenetylaminer.



Kapitel 5

Kokain og crackkokain

Forsyning og tilgængelighed af kokain⁽¹³³⁾

Produktion og ulovlig handel

Kokain er det mest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisharpiks. Målt i beslaglagte mængder — 578 tons på verdensplan i 2004 — fandt den ulovlige handel fortsat hovedsageligt sted i Sydamerika (44 %) og Nordamerika (34 %), efterfulgt af Vest- og Centraleuropa (15 %) (CND, 2006).

Colombia er langt den største kilde til illegal coca i hele verden, efterfulgt af Peru og Bolivia. Den globale produktion af kokain i 2004 skønnes at være steget til 687 tons, hvoraf Colombia tegnede sig for 56 %, Peru for 28 % og Bolivia for 16 % (UNODC, 2005). Det meste af den kokain, der beslaglægges i Europa, kommer direkte fra Sydamerika (hovedsageligt Colombia) eller via Mellemamerika og Caribien. I 2004 blev Suriname, Brasilien, Argentina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, Mexico, Guyana og Panama angivet som transitlande for kokain, der blev importeret til EU (nationale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). En del passerede også gennem Afrika, i stigende omfang gennem Vestafrika og lande ved Guineabugten (hovedsageligt Nigeria), men også Østafrika (Kenya) og Nordvestafrika gennem øerne ud for Mauretaniens og Senegals kyst (CND, 2006; INCB, 2006a). De vigtigste indgange i EU er fortsat Spanien, Nederlandene og Portugal samt Belgien, Frankrig og Det Forenede Kongerige (nationale Reitox-rapporter, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Selv om Spanien og Nederlandene stadig spiller en vigtig

rolle som distributionssteder for den kokain, der kommer ind i EU, kan den intensiverede kontrol langs den spanske nordkyst (Galicia) og politikken med en kontrol på 100 % af alle flyvninger fra bestemte lande⁽¹³⁴⁾ i Schipol lufthavn (Amsterdam) have spillet en rolle med hensyn til at udvikle alternative ruter, i stigende omfang f.eks. via Afrika, men også via Øst- og Centraleuropa og sekundær distribution derfra til Vesteuropa (nationale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Beslaglæggelser

I 2004 blev der i EU foretaget skønsmæssigt 60 000 beslaglæggelser af i alt 74 tons kokain. De fleste beslaglæggelser af kokain indberettes i vesteuropæiske lande, navnlig Spanien, som tegner sig for ca. halvdelen af beslaglæggelserne og de beslaglagte mængder i EU i de seneste 5 år⁽¹³⁵⁾. I perioden 1999-2004 steg antallet af kokainbeslaglæggelser⁽¹³⁶⁾ generelt på EU-plan, mens de beslaglagte mængder⁽¹³⁷⁾ svingede med en stigende tendens. Ifølge de indberettende lande synes mængderne imidlertid at være faldet i 2004 — måske i forhold til den usædvanligt store mængde, der blev beslaglagt i Spanien i det foregående år.

Pris og renhed

Den gennemsnitlige detailpris for kokain varierede meget i EU i 2004, fra 41 EUR pr. gram i Belgien til over 100 EUR pr. gram i Cypern, Rumænien og Norge⁽¹³⁸⁾. Gennemsnitspriserne for kokain, korrejeret for inflation⁽¹³⁹⁾, viste en generel nedadgående tendens i perioden 1999-2004 i alle

⁽¹³³⁾ Se »Fortolkning af beslaglæggelser og anden markedsinformation«, s. 37.

⁽¹³⁴⁾ Alle flyvninger fra De Nederlandske Antiller, Aruba, Suriname, Peru, Venezuela og Ecuador kontrolleres 100 %; i 2004 blev 3 466 narkokurerer arresteret i forbindelse med en sådan kontrol og 620 i forbindelse med den almindelige kontrol (Nederlandenes nationale rapport).

⁽¹³⁵⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2004 foreligger. Oplysninger om såvel antal kokainbeslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2004 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige; oplysninger om antallet af kokainbeslaglæggelser i 2004 mangler for Nederlandene. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2004 erstattet med data for 2003. De oplysninger om beslaglagte mængder i 2004, der er fremlagt af Nederlandene, var kun skøn, som ikke kunne medtages i analysen af tendenserne indtil 2004.

⁽¹³⁶⁾ Se tabel SZR-9 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹³⁷⁾ Se tabel SZR-10 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹³⁸⁾ Se tabel PPP-3 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹³⁹⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

indberettende lande⁽¹⁴⁰⁾ undtagen Luxembourg, hvor de faldt indtil 2002 og derefter steg, og Norge, hvor priserne steg markant i 2001 og derefter stabiliserede sig.

Sammenlignet med heroin er gennemsnitsrenheden for kokain på brugerniveau høj, og renheden varierede i 2004 fra 24 % i Danmark til 80 % i Polen, idet de fleste lande meldte om renhedsgrader på 40-65 %⁽¹⁴¹⁾. Data for 1999-2004 viser et generelt fald i gennemsnitsrenheden for kokain i de fleste indberettende lande⁽¹⁴²⁾, selv om den steg i Estland (siden 2003), Frankrig og Litauen og var stabil i Luxembourg og Østrig.

International indsats mod produktion af og ulovlig handel med kokain

COLA-projektet, der gennemføres af Europol, tager sigte på at identificere og fokusere på latinamerikanske og tilknyttede kriminelle grupper, som opererer i retning af og inden for EU og primært er involveret i ulovlig handel med kokain. Det yder navnlig operationel støtte til undersøgelser på stedet i deltagende medlemsstater og forstærker den strategiske efterforskning. Det suppleres af Europolis system for Kokain-logoer (Europol Cocaine Logo System), hvor der i et årligt opdateret katalog sammenstilles modus operandi og fotografisk og anden information om kokainbeslaglæggelser og om logoer/mærkninger på stofferne og deres emballage, hvorved det bliver muligt at identificere sammenfald mellem beslaglæggelser og fremme internationalt samarbejde og udveksling af oplysninger mellem retshåndhævende myndigheder (Europol, 2006).

Operation Purple, som har været i gang siden 1999, har til formål at forhindre, at kaliumpermanganat⁽¹⁴³⁾ omdirigeres fra lovlige handel til anvendelse til illegal fremstilling af kokain, navnlig i Nord-, Mellem- og Sydamerika. Der er en omfattende lovlige handel med kaliumpermanganat: Siden 1999 har 30 eksporterende lande/territorier indgivet 4 380 forudgående eksportanmeldelser til INCB vedrørende 136 560 tons kaliumpermanganat. Siden 1999 er 233 forsendelser med over 14 316 tons af stoffet blevet opbragt eller beslaglagt på grund af tvivl med hensyn til ordrernes eller slutbrugernes legitimitet, og der blev påvist ulovlig anvendelse. I 2004 blev 1,4 tons kaliumpermanganat beslaglagt i Europa,

hovedsageligt i Den Russiske Føderation, efterfulgt af Rumænien og Ukraine⁽¹⁴⁴⁾ (INCB, 2006b).

Narkotikasmuglere synes at have fundet måder, hvorpå de kan undgå de kontrol- og overvågningsmekanismer, der er indført som led i Operation Purple. Selv om den illegale fremstilling af kokain ikke finder sted i Asien, er der en stigende bekymring over, at narkotikasmuglere kan anvende regionen til at omdirigere kaliumpermanganat fra den lovlige handel. Der er ligeledes bekymring over, at narkotikasmuglere kan omdirigere kaliumpermanganat til Andesområdet via De Caribiske Øer. Selv om det erkendes, at det i en vis grad er lykkedes at identificere mistænkelige transaktioner og opbringe forsendelser, har INCB (2006b) indtrængende henstillet til regeringerne om at udvikle operationelle procedurer til at udnytte oplysninger fra beslaglæggelser af kokainlaboratorier med henblik på at spore kemikalierne tilbage til kilden, identificere transitlande og undersøge handelsvirksomheder, således at narkotikasmuglerne kan få vanskeligere ved at flytte deres aktiviteter.

Udbredelse af og mønstre i kokainbrug

Ifølge nyere nationale befolkningsundersøgelser skønnes det, at ca. 10 millioner europæere⁽¹⁴⁵⁾ har prøvet kokain mindst én gang (langtidsprævalens), svarende til over 3 % af alle voksne⁽¹⁴⁶⁾. De nationale tal for den angivne brug ligger på mellem 0,5 og 6 %, idet Italien (4,6 %), Spanien (5,9 %) og Det Forenede Kongerige (6,1 %) ligger højest på listen. Det skønnes, at ca. 3,5 millioner voksne har brugt kokain inden for de seneste 12 måneder, svarende til 1 % af alle voksne. De nationale tal i de fleste lande ligger på mellem 0,3 og 1 %, selv om prævalensen er højere i Spanien (2,7 %) og Det Forenede Kongerige (2 %).

Som med andre illegale stoffer er brugen af kokain koncentreret blandt unge voksne. Langtidserfaringen er højest blandt unge voksne i alderen 15-34 år, selv om brugen inden for de seneste 12 måneder er en smule højere blandt de 15-24-årige. Kokain synes hovedsageligt at være et stof, der bruges af personer i 20'erne, men sammenlignet med cannabisbrug er brug af kokain mindre koncentreret blandt yngre mennesker. Langtidserfaringen blandt

⁽¹⁴⁰⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om priser for kokain for mindst tre på hinanden følgende år i Belgien, Bulgarien, Cypern, Det Forenede Kongerige, Frankrig, Irland, Letland, Litauen, Luxembourg, Norge, Polen, Portugal, Slovenien, Spanien, Sverige, Tjekkiet, Tyrkiet, og Tyskland.

⁽¹⁴¹⁾ Se tabel PPP-7 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁴²⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om kokainrenheden for mindst tre på hinanden følgende år i Belgien, Tjekkiet, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Cypern, Letland, Litauen, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien, Tyrkiet og Norge.

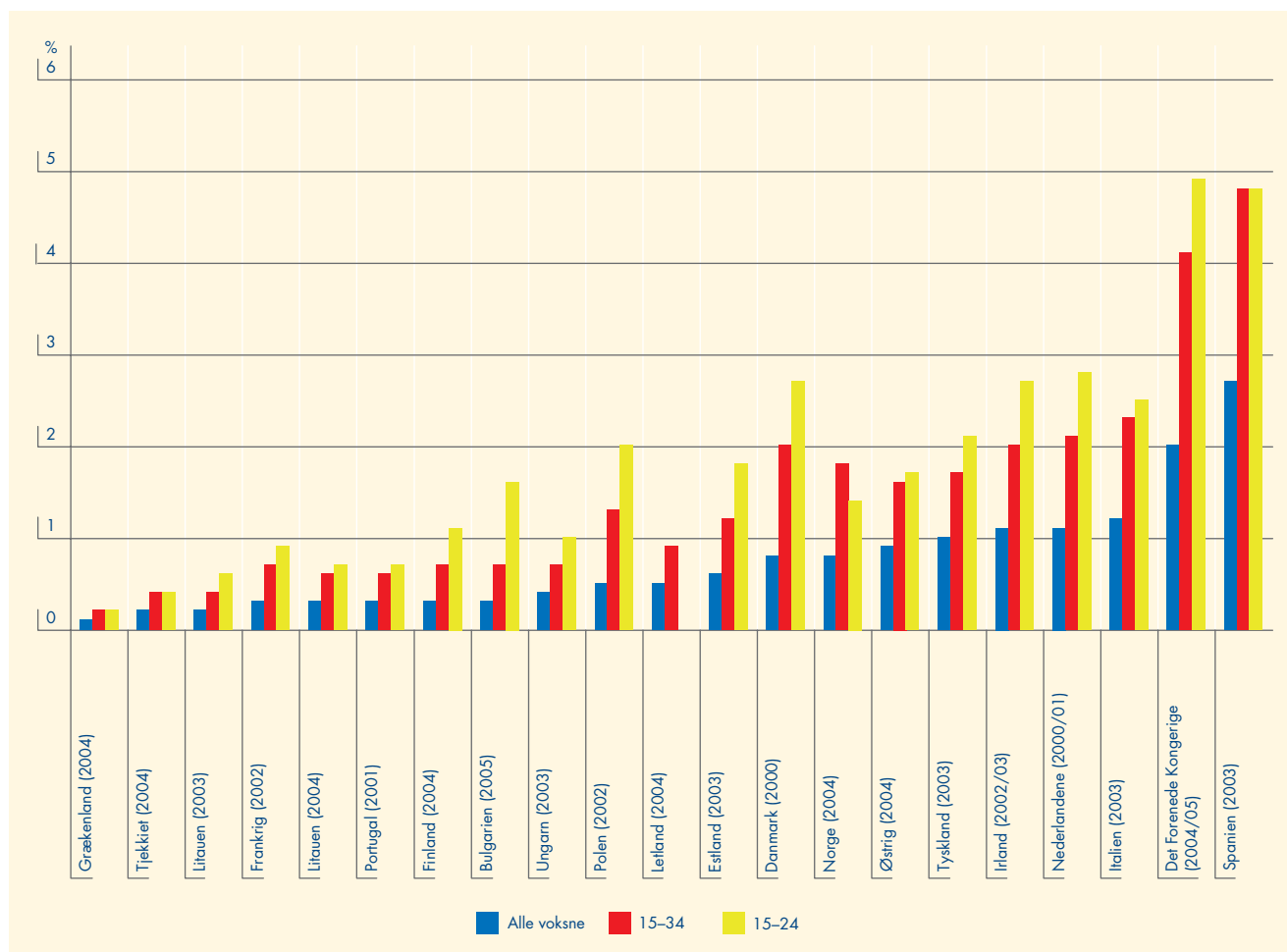
⁽¹⁴³⁾ Prækursor anvendt til fremstilling af kokain og anført i fortegnelse I i konventionen fra 1988.

⁽¹⁴⁴⁾ Disse oplysninger omfatter ikke mængder i forbindelse med opbragte forsendelser.

⁽¹⁴⁵⁾ Baseret på et vægtet gennemsnit af nationale tal; flere oplysninger i fodnote (NOTEREF_Ref132470103 \h * MERGEFORMAT 53).

⁽¹⁴⁶⁾ Detaljerede tal for hvert land findes i tabellen »General population surveys of drug use« (undersøgelser af stofbruget blandt den almindelige befolkning) i Statistical bulletin 2006.

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



NB: Dataene er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabel GPS-8, GPS-11 og GPS-18 i Statistical bulletin 2006 for yderligere oplysninger.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

15-34-årige ligger på mellem 1 og 10 %, og de højeste niveauer findes igen i Spanien (8,9 %) og Det Forenede Kongerige (10,5 %). Brug inden for de seneste 12 måneder varierer mellem 0,2 og 4,8 %, med tal for Danmark, Irland, Italien og Nederlandene på ca. 2 % og for Spanien og Det Forenede Kongerige på over 4 % (figur 6). Data fra skoleundersøgelser viser en meget lav langtidsprævalens for brug af kokain, nemlig fra 0 % i Cypern, Finland og Sverige til 6 % i Spanien, med en endnu lavere langtidsprævalens for brug af crackkokain, nemlig fra 0 til 3 % (Hibell mfl., 2004).

Brugen af kokain er højere blandt unge mænd. F.eks. viste undersøgelser fra Danmark, Tyskland, Spanien, Italien, Nederlandene, Det Forenede Kongerige og Norge, at langtidserfaringen blandt unge mænd i alderen 15-34 år lå på mellem 5 og 14 %. Brug inden for de seneste 12 måneder var lavere, men i fire lande lå tallene over 3 %,

og Spanien og Det Forenede Kongerige har indberettet tal på ca. 6-7 %⁽¹⁴⁷⁾, hvoraf det fremgår, at ca. 1 ud af 15 unge mænd i disse lande har brugt kokain for nylig. Denne andel vil være betydeligt højere i byområder.

I den almindelige befolkning synes kokainbrug at være lejlighedsvis og især begrænset til weekender og fritidsmiljøer (barer og diskoteker), hvor den kan nå op på høje niveauer. Forskningsundersøgelser foretaget blandt unge i danse- og musikmiljøer i forskellige lande viser skøn over udbredelsen af kokainbrug, som er meget højere end for befolkningen som helhed, idet langtidsprævalensen ligger på mellem 10 og 75 % (se det udvalgte tema om stofbrug i fritidsmiljøer). F.eks. var der ifølge British Crime Survey for 2004/2005 blandt personer, der kom på diskoteker eller natklubber, tale om et prævalensskøn for brugen af stoffer af »klasse A«, der var mindst dobbelt så

⁽¹⁴⁷⁾ Se figur GPS-9 i Statistical bulletin 2006.

højt som niveauet blandt personer, der ikke kom disse steder (Chivite-Matthews mfl., 2005) (se tillige det udvalgte tema om stofbrug i fritidsmiljøer). I gennemsnit har ca. en tredjedel af alle voksne europæere, som nogensinde har brugt kokain, brugt det inden for de seneste 12 måneder; dette skal sammenholdes med, at kun 13 % angiver at have brugt det inden for de seneste 30 dage. F.eks. angiver 2-4 % af 15-24-årige mænd i Spanien, Italien, Det Forenede Kongerige og Bulgarien⁽¹⁴⁸⁾ at have brugt kokain inden for de seneste 30 dage. Et groft skøn over den aktuelle brug af kokain i Europa vil være på ca. 1,5 millioner voksne i alderen 15-64 år (80 % i aldersgruppen 15-34 år). Dette kan betragtes som et minimumsskøn, idet der formentlig kan være tale om underrapportering.

Mønstrene i brugen af kokain er meget forskellige i de forskellige grupper af brugere. Det fremgik af en undersøgelse af en række europæiske byer, at socialt integrerede kokainbrugere hovedsageligt sniffede stoffet (95 %), mens kun en meget lille del havde røget eller injiceret stoffet, men at kombineret brug af cannabis og alkohol var meget almindeligt (Prinzleve mfl., 2004). Blandt brugere i behandlingsmiljøer eller i socialt marginaliserede grupper forekom injektion hyppigt, og crackbrug var gængs i Hamburg, London og Paris og i mindre grad i Barcelona og Dublin. Brugen af crack synes at være lav i den almindelige befolkning i Europa. F.eks. blev langtidsprævalensen for crackbrug angivet til 0,5 % i Spanien (2003) og 0,8 % i Det Forenede Kongerige (Chivite-Matthews mfl., 2005). I 3 lande blev langtidsprævalensen for crackbrug undersøgt i klubmiljøer og fundet til at være endnu lavere end for heroinbrug (Tjekkiet 2 %, Det Forenede Kongerige 13 % og Frankrig 21 %). Brugen af crack blandt marginaliserede grupper eller opioidbrugere giver imidlertid anledning til bekymring i nogle byer. F.eks. var skønnet over langtidsprævalensen for brugen af crackkokain blandt en målgruppe på 94 kvindelige gadesexarbejdere i Amsterdam ekstremt højt, idet det lå på 91 % (Korf, 2005, omtalt i Nederlandenes nationale rapport).

Dette skal sammenholdes med resultaterne af den amerikanske undersøgelse om narkotikabrug og sundhed fra 2004, hvoraf det fremgår, at langtidserfaringen med kokainbrug blandt voksne (defineret som 12 år og derover) var på 14,2 %, i forhold til et europæisk gennemsnit på 3 %. Brug inden for de seneste 12 måneder lå på 2,4 %, sammenlignet med et europæisk gennemsnit på 1 %, selv

om de indberettede tal i nogle EU-lande, f.eks. Spanien (2,7 %) og Det Forenede Kongerige (2 %), er i samme størrelsesorden som i USA⁽¹⁴⁹⁾. De forholdsvis højere tal for langtidsprævalensen i USA kan til dels være forbundet med den tidligere udbredelse af kokainbrug i dette land.

Blandt unge voksne (16-34 år) var de amerikanske tal 14,6 % (nogensinde), 5,1 % (de seneste 12 måneder) og 1,7 % (seneste måned), mens gennemsnitstallene i EU for de 15-34-årige var henholdsvis ca. 5 % (nogensinde), 2 % (de seneste 12 måneder) og 1 % (seneste måned).

Tendenser i kokainbrugen

I mange år har der været advarsler om muligheden for et stigende kokainbrug i Europa på grundlag af data fra forskellige kilder (f.eks. markedsindikatorer, behandlingsefterspørgsel, dødsfald). Selv om de tilgængelige oplysninger om kokaintendenserne blandt befolkningen er blevet bedre, efterhånden som flere lande gennemfører gentagne undersøgelser, er dataene stadig begrænsede. I forbindelse med kokain vanskeliggøres dette yderligere af den lavere prævalens og det forhold, at der formentlig er tale om en underrapportering af brugen.

Nylig brug af kokain (seneste 12 måneder) steg markant i anden halvdel af 1990'erne blandt unge voksne i Det Forenede Kongerige indtil 2000 og i Spanien indtil 2001, med en tilsyneladende stabilisering i de senere år. I Tyskland blev der registreret en moderat stigning i løbet af 1990'erne, men tallene har været stabile i de senere år med niveauer, der har været klart lavere end i Spanien og Det Forenede Kongerige (figur 7).

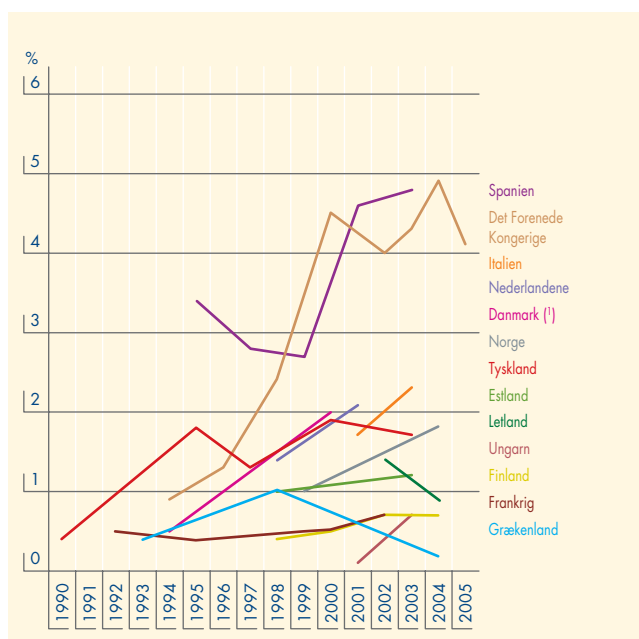
Moderate stigninger i brugen inden for de seneste 12 måneder er registreret i Danmark (indtil 2000), Italien, Ungarn, Nederlandene (indtil 2001) og Norge. Denne tendens skal fortolkes med forsigtighed, da den kun er baseret på to undersøgelser i hvert land.

Med hensyn til kokain og andre stoffer (f.eks. ecstasy, amfetaminer, hallucinogene svampe) kunne tendenserne bedre identificeres ved at fokusere analysen på grupper, hvor stofbrugen er koncentreret, navnlig unge i byområder. Disse befolkningsgrupper undersøges mere indgående i det udvalgte tema om stofbrug i fritidsmiljøer. Endvidere bør undersøgelsesdata suppleres med fokuserede undersøgelser blandt unge i udvalgte grupper (nattelivet).

⁽¹⁴⁸⁾ Undersøgelse fra 2001. I undersøgelsen fra 2003 blev kønsfordelingen ikke indberettet i 10-årsaldersgrupper.

⁽¹⁴⁹⁾ Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Bemærk, at aldersfordelingen i forbindelse med «alle voksne» i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end standardaldersfordelingen i europæiske undersøgelser (15-64 år). Tallene for aldersgruppen 16-34 år i USA er blevet genberegnet af EONN.

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



(!) 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 2006 for yderligere oplysninger.
 Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005), oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler.

Data om behandlingsefterspørgsel ⁽¹⁵⁰⁾

Efter opioider og cannabis er kokain det stof, der nævnes hyppigst som årsag til at søge behandling, og det tegnede sig for ca. 8 % af alle behandlingsanmodninger i EU i 2004 ⁽¹⁵¹⁾. Det skal bemærkes, at Spanien, der sædvanligvis har indberettet et stort antal anmodninger om behandling for kokainbrug, endnu ikke har fremlagt data. Dette samlede tal afspejler store udsving fra land til land: I de fleste lande er behandlingsefterspørgslen i forbindelse med kokainbrug forholdsvis lav, men i Nederlandene (37 %) og traditionelt Spanien (26 % i 2002) er andelen af alle klienter, som søger behandling for kokainbrug, langt højere. I de senest tilgængelige data har en gruppe lande angivet procenttal for kokainklienter blandt alle klienter i behandling på mellem 5 og 10 % (Danmark, Tyskland, Frankrig, Irland, Italien, Cypern, Malta, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet), mens andelen er meget lave i de resterende lande ⁽¹⁵²⁾. I en række lande ligger procenttallene for nye klienter, der søger behandling for primært

kokainbrug, højere end tallene for alle klienter ⁽¹⁵³⁾, og generelt angives ca. 12 % af alle nye behandlingsanmodninger som kokainrelaterede. Kokain angives også som sekundært stof af ca. 12 % af de nye klienter ⁽¹⁵⁴⁾.

De stigende tendenser, der i tidligere år har gjort sig gældende blandt klienter, der søger behandling for kokainbrug, fortsætter; det fremgår af en analyse, der interpolerer ikke-indberettede data, at andelen af nye klienter, der søgte behandling for kokainbrug, i perioden 1999-2004 steg fra ca. 10 til 20 % (tal fra 17 EU-lande og Bulgarien og Rumænien) ⁽¹⁵⁵⁾.

I Europa vedrører de fleste behandlingsanmodninger i forbindelse med kokain generelt ikke crackkokain: Ca. 80 % af de nye kokainklienter, der behandles ambulant, angives at bruge kokainklorid (kokainpulver), og under 20 % bruger crackkokain. Crackkokainbrugere kan imidlertid stille behandlingstjenesterne over for særlige udfordringer, da de normalt har en mere marginaliseret social profil end brugere af kokainpulver. En europæisk undersøgelse om kokainbrug (pulver og crackkokain) viste en sammenhæng mellem crackbrug og sociale og psykiske problemer; det fremgik imidlertid også af undersøgelsen, at crackkokainbrug i sig selv ikke er tilstrækkelig til at forklare de sociale eller psykiske problemer (Haasen mfl., 2005). Ifølge en nyere undersøgelse af 585 kokain- og crackklienter i Skotland er det mere sandsynligt, at crackbrugere i længere tid har haft et problematisk stofbrug og i højere grad har været involveret i kriminelle aktiviteter (Neale og Robertson, 2004, omtalt i Det Forenede Kongeriges nationale rapport).

Ser man på profilen af kokainklienter i ambulant behandling, fremgår det, at de nye klienter, der bruger kokain som deres primære stof, i reglen er ældre end andre stofbrugere: 70 % er i aldersgruppen 20-34 år, og en mindre gruppe (13 %) er mellem 35 og 39 år ⁽¹⁵⁶⁾.

Kokain bruges ofte sammen med et andet illegalt eller legalt stof, ofte cannabis (31,6 %), opioider (28,6 %) eller alkohol (17,4 %) ⁽¹⁵⁷⁾. Lokale undersøgelser af intravenøse stofbrugere viser, at blandingen af heroin og kokain i samme sprøjte kan være ved at blive populær i nogle områder (af intravenøse stofbrugere undertiden kaldet en »speedball«). Kombinationen af opioider og kokain fremgår på nuværende tidspunkt i højere grad af behandlingsdataene. Blandt de klienter, der har angivet et primært opioidbrug, har 31 % i Italien, 42 % i Nederlandene og 44 % i Det Forenede

⁽¹⁵⁰⁾ Se fodnote (70).

⁽¹⁵¹⁾ Se figur TDI-2 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁵²⁾ Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2006; dataene for Spanien er for indberetningsåret 2002.

⁽¹⁵³⁾ Se tabel TDI-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁵⁴⁾ Se tabel TDI-23 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁵⁵⁾ Se figur TDI-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁵⁶⁾ Se tabel TDI-10 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁵⁷⁾ Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2006.

Kongerige angivet kokain som sekundært stof. Blandt primære kokainbrugere har 28 % i Italien og 38 % i Det Forenede Kongerige angivet opioider som sekundært stof.

Behandling af kokainafhængighed

Der foreligger ikke tilstrækkelig dokumentation til støtte for en farmakologisk behandling af afhængighed af kokain eller andre psykostimulanser. I deres omfattende

Immunterapi til kokainafhængige

I modsætning til heroinafhængighed, som kan behandles med agonister som f.eks. metadon eller antagonist som f.eks. naltrexon, findes der for øjeblikket ingen medicinske behandlinger til kokainafhængighed. Grunden hertil synes at være den virkningsmekanisme, hvormed kokain udøver sine virkninger på hjernens neurotransmittere dopamin og serotonin. Mens heroin binder sig til hjernens opioidreceptorer, f.eks. my-receptorerne, og derfor efterligner virkningen af hjernens egne endorfiner, hæmmer kokain genoptagelsen af dopamin (og også serotonin) fra den neuronale synapse, når stoffet har virket, hvilket medfører en opbygning af transmitteren, hvorved virkningen forlænges og styrkes.

Dette betyder ikke nødvendigvis, at det ikke er muligt at udvikle en medicinsk behandling til kokainafhængighed, men blot at det kan være vanskeligere at gøre dette, og at der måske skal anvendes andre metoder end dem, der anvendes i forbindelse med udviklingen af behandlinger til heroinafhængighed.

Et spændende forskningsområde er brugen af immunterapi, dvs. udviklingen af en vaccine, som effektivt kan »neutralisere« kokains virkning ved at hindre stoffet i at nå frem til hjernen. Det grundlæggende princip er kun blevet testet i begrænset omfang. En vaccine udviklet i Det Forenede Kongerige blev testet på et mindre antal kokainafhængige, 18 i alt, over en periode på 14 uger. Resultatet heraf var, at tre fjerdedele af den vaccinerede kohorte af kokainafhængige var i stand til at forblive stoffrie i en periode på 3 måneder uden nogen uheldige bivirkninger. Endvidere har både de personer, der fik tilbagefald, og de, der ikke gjorde, anført efter 6 måneder, at de euforiske følelser ikke havde samme styrke som inden vaccinationen. På grundlag af disse resultater gennemgår vaccinen, kaldet stofproteinkonjugat TA-CD, kliniske fase 2-undersøgelser. En alternativ immunterapeutisk tilgang indebærer udvikling af monoklone antistoffer til kokain, men dette er kun blevet testet i prækliniske undersøgelser.

Det potentielle fordel ved kokainvaccinen TA-CD har rejst etiske betænkeligheder med hensyn til brugen af vaccine: Hvem vil få den, hvem vil træffe beslutningen, efter hvilke kriterier osv.

gennemgang af brugen af farmakoterapier til brugere af psykostimulanser konkluderer Shearer og Gowing (2004) imidlertid, at substitutionsbehandling, som anvendes med godt resultat i forbindelse med opioid- og nikotinafhængighed og har potentiale til at tiltrække og fastholde brugerne i behandling, endnu ikke er blevet tilstrækkeligt testet i forbindelse med stimulansbrugere. En gennemgang af litteraturen om tilgangen til og effektiviteten af kokainbehandling, herunder tilgangen til psykiske forstyrrelser blandt brugere af crackkokain, er for nylig blevet offentliggjort af EONN⁽¹⁵⁸⁾.

I nogle lande, herunder Det Forenede Kongerige og USA, foretages der for tiden betydelige investeringer i at opbygge muligheder for immunterapibehandling ved at udvikle antistoffer, der kan binde kokain i blodstrømmen, inden den når det centrale nervesystem (se boks om immunterapi til kokainafhængige).

Det anses på nuværende tidspunkt for at være den mest lovende behandlingsmulighed for brugere af kokain eller andre psykostimulanser at kombinere en række specifikke psykosociale behandlingsformer. En kombination af terapiformerne »community reinforcement approach« (CRA) og »contingency management« har vist sig at reducere kokainbrug på kort sigt (Higgins mfl., 2003; Roozen mfl., 2004).

CRA er en intensiv behandlingsmetode, hvor familie, venner og andre medlemmer af klientens sociale netværk inddrages i hele behandlingsforløbet, og består i at træne klienterne i at skabe sociale kontakter, forbedre deres selvopfattelse og finde arbejde og understøttende fritidsaktiviteter for at opbygge en anden livsstil (Roozen mfl., 2004). Sammen med »contingency management« — en metode, der tager sigte på at påvirke klienternes adfærd ved at tilbyde hensigtsmæssige incitamenter, f.eks. gaver, vouchere eller privilegier til gengæld for kokainfrie urinprøver — er der opnået positive virkninger på stofbrug og psykosocial funktion i behandlingsfasen og i forbindelse med opfølgningen efter behandlingen hos kokainafhængige, der blev behandlet ambulant, selv om virkningerne på kokainbrugen syntes at være begrænset til behandlingsperioden (Higgins mfl., 2003).

Nye tilgange over for grupper af tungt belastede heroinbrugere, der bruger kokain og crack, fokuserer på skadesreduktion som primært behandlingsmål og anvender behandlingsterapier, navnlig contingency management-metoder, sammen med metadonvedligeholdelsesbehandling eller heroinbehandling (Schottenfeld mfl., 2005; van den Brink, 2005; Poling mfl., 2006).

⁽¹⁵⁸⁾ www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400

Skadesreduktionstiltag

I Europa er der kun i begrænset omfang udviklet skadesreduktionstiltag, der er målrettet mod kokainbrug. Dette kan nu være ved at ændre sig, da den øgede opmærksomhed på både omfanget af kokainbrug og de dermed forbundne problemer stimulerer interessen for at udvikle tiltag med henblik på at imødekomme behovene blandt kokainbrugere. Værdien af forebyggelse og skadesreduktionstiltag med henblik på at reducere de risici, der er forbundet med kokainbrug, er i vidt omfang udforsket, men en række områder kan rumme mulighed for udvikling af denne form for tilgang. F.eks. er det muligt, at kokainbrugere kan have nytte af tiltag, der sætter fokus på spørgsmål som f.eks. den øgede giftighed af blandinger af kokain og alkohol, den potentielle sammenhæng mellem kokainbrug og hjerte-kar-problemer eller adfærdsmæssige forbindelser, der gør, at brugerne kan have øget risiko for hiv-infektion eller for at blive offer for en ulykke eller voldskriminalitet. Da kokainbrug kan optrædes hurtigt, kan det også være værd at se nærmere på korte interventioner, som kan gøre det klart for brugerne, at de kan begynde at opleve negative følger af deres stofbrug.

Som følge af de alvorlige sundhedsproblemer og sociale problemer, der er forbundet med crackkokainbrug, er der flere erfaringer med at udvikle tilbud til denne gruppe, selv om aktiviteterne er begrænset til de forholdsvis få byer i Europa, der har oplevet et betydeligt problem med crackkokain. I en række byer er crackkokainbrugere blevet omfattet af opsøgende tilbud, hvor man har forsøgt at nå ud til en gruppe, som det angiveligt er vanskeligt

at arbejde med. Selv om evidensgrundlaget generelt fortsat er forholdsvis svagt, har nogle undersøgelser tydet på, at der kan opnås gode resultater. F.eks. blev der som led i en undersøgelse af et innovativt opsøgende behandlingsprogram i Rotterdam (Henskens, 2004, omtalt i Nederlandenes nationale rapport) identificeret faktorer, som angiveligt var vigtige for behandlingen af denne gruppe klienter, som det ofte er vanskeligt at få omfattet af traditionelle narkotikabehandlingstilbud.

Tvangsprægede mønstre i brugen af crack og kokain kan være forbundet med en øget risiko for den seksuelle sundhed, og nogle lavtærskelprogrammer er specifikt målrettet mod sexarbejdere, der bruger crack, med henblik på at formidle oplysninger om mere sikker sex og stofbrug og uddele kondomer og smøremidler (se det udvalgte tema om køn).

Man har valgt en mere kontroversiel tilgang i nogle byer i Europa, hvor begrebet sikre brugerrum, som normalt er målrettet mod intravenøs stofbrug, er blevet udvidet til at omfatte inhalation af stoffer. Der er åbnet sådanne overvågede brugerrum i en række nederlandske, tyske og schweiziske byer (EONN, 2004c). Selv om overvågningen af hygiejnen i forbindelse med indtagelsen er et væsentligt formål med sådanne tilbud, er der noget, der tyder på, at de også kan fungere som en kanal til andre behandlingsmuligheder; f.eks. fremgik det af overvågningen af ét brugerrum i Frankfurt, Tyskland, at der i en evalueringsperiode på 6 måneder i 2004 blev overvåget over 1 400 indtagelser, mens der blev dokumenteret 332 kontaktsamtaler, 40 rådgivningssessioner og 99 henvisninger til andre narkotikatjenester.



Kapitel 6

Opioidbrug og intravenøs stofbrug

Forsyning og tilgængelighed af heroin ⁽¹⁵⁹⁾

I Europa findes to former for importeret heroin: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform), som er let at skaffe, og den mindre almindelige og normalt dyrere hvide heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien. Endvidere produceres nogle opioider i EU, men produktionen begrænser sig især til en mindre produktion af hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østlige EU-lande, f.eks. Litauen, hvor markedet for valmuestængler og -koncentrat synes at have stabiliseret sig, og Polen, hvor produktionen af »polsk heroin« kan være faldende (CND, 2006).

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 og i 2005 tegnede sig for 89 % af den globale produktion af illegal opium, efterfulgt af Myanmar (7 %). Den samlede produktion af illegal opium har været forholdsvis stabil mellem 1999 og 2004, bortset fra 2001, hvor et forbud mod valmuedyrkning i Afghanistan, der blev håndhævet af Taliban-regimet, førte til et drastisk, men kortvarigt fald; det skønnes, at der blev produceret ca. 4 670 tons i 2005, et fald på 4 % i forhold til 2004 (CND, 2006). Den globale potentielle produktion af heroin blev anslået til 472 tons i 2005 (495 i 2004) (UNODC, 2006).

Heroinen føres ind i Europa ad to større smuglerruter. Den traditionelt vigtige balkanrute 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. På grundlag af heroinbeslaglæggelserne i 2004 fremgår det, at den sydlige gren nu har fået samme betydning som den nordlige gren med hensyn til den smuglede mængde (WCO, 2005; INCB, 2006a). Siden midten af 1990'erne er heroin stadig oftere (men i mindre omfang end via Balkan-ruterne) blevet smuglet til Europa via »silkeruten« gennem Centralasien (især Turkmenistan, Tadsjikistan, Kirgisistan og Usbekistan), Det Kaspiske Hav og Den Russiske Føderation, Belarus eller Ukraine, til Estland, Letland, nogle af de nordiske lande og Tyskland (nationale Reitox-rapporter, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Selv om disse ruter er de vigtigste, er lande på Den Arabiske Halvø (Oman, De Forenede Arabiske Emirater) blevet transitsteder for heroinsendinger fra Syd- og Sydvestasien, der er bestemt til Europa (INCB, 2006a). Endvidere blev heroin, der var bestemt til Europa (og Nordamerika), i 2004 beslaglagt i Øst- og Vestafrika, Caribien og Mellem- og Sydamerika (CND, 2006).

Beslaglæggelser

I 2004 blev der på verdensplan beslaglagt 210 tons opium (eller 21 tons heroinækvivalent), 39,3 tons morfin og 59,2 tons heroin. Asien (50 %) og Europa (40 %) tegnede sig fortsat for størstedelen af heroinbeslaglæggelserne i verden. Europas andel er stigende, i vidt omfang som følge af det øgede antal beslaglæggelser i sydøsteuropæiske lande (Tyrkiet), der for første gang oversteg den mængde, der blev beslaglagt i Vest- og Centraleuropa (CND, 2006).

I 2004 resulterede skønsmæssigt 46 000 beslaglæggelser i konfiskation af ca. 19 tons heroin i de indberettende lande. Det Forenede Kongerige tegnede sig fortsat for det største antal beslaglæggelser, efterfulgt af Tyskland og Italien, mens Tyrkiet beslaglagde de største mængder (efterfulgt af Italien og Det Forenede Kongerige), svarende til næsten halvdelen af den samlede mængde, der blev beslaglagt i 2004 ⁽¹⁶⁰⁾. I perioden 1999-2004 svingede

⁽¹⁵⁹⁾ Se »Fortolkning af beslaglæggelser og anden markedsinformation«, s. 37.

⁽¹⁶⁰⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2004 foreligger. Oplysninger om såvel antal heroinbeslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2004 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige; oplysninger om antallet af heroinbeslaglæggelser i 2004 mangler for Nederlandene. Med henblik på at kunne foretage skøn er manglende data for 2004 erstattet med data for 2003. De oplysninger om beslaglagte mængder i 2004, der er fremlagt af Nederlandene, var kun skøn, som ikke kunne medtages i analysen af tendenserne indtil 2004.

antallet af heroinbeslaglæggelser, og på grundlag af data fra de indberettende lande ser det ud til, at det fald, der blev registreret i 2002-2003, blev efterfulgt af en stigning i 2004⁽¹⁶¹⁾. I 5-årsperioden 1999-2004 var de samlede beslaglagte mængder støt stigende og nåede et rekordniveau i 2004, især fordi den mængde heroin, der blev beslaglagt i Tyrkiet, blev næsten fordoblet i 2004 forhold til det foregående år⁽¹⁶²⁾.

Pris og renhed

I 2004 svingede den gennemsnitlige detailpris for brun heroin meget i Europa, fra 12 EUR pr. gram i Tyrkiet til 141 EUR pr. gram i Sverige, mens prisen for hvid heroin varierede mellem 31 EUR pr. gram i Belgien og 202 EUR pr. gram i Sverige, og prisen for uspecificeret heroin varierede fra 35 EUR pr. gram i Slovenien til 82 EUR pr. gram i Det Forenede Kongerige⁽¹⁶³⁾. Data for 1999-2004 viser et fald i gennemsnitsprisen for heroin, korrigeret for inflation⁽¹⁶⁴⁾, i de fleste indberettende lande⁽¹⁶⁵⁾.

Den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin på brugerniveau varierede i 2004 fra 10 % i Bulgarien til 48 % i Tyrkiet, mens renhedsgraden for hvid heroin varierede mellem 20 % i Tyskland og 63 % i Danmark, og renhedsgraden for uspecificeret heroin lå mellem 16 % i Ungarn og 42-50 %⁽¹⁶⁶⁾ i Nederlandene⁽¹⁶⁷⁾. Den gennemsnitlige renhedsgrad for heroinprodukter har været svingende i de fleste indberettende lande⁽¹⁶⁸⁾ siden 1999, hvilket gør det vanskeligt at identificere en generel tendens.

International indsats mod produktion af og ulovlig handel med heroin

Eddikesyreanhydrid⁽¹⁶⁹⁾ er en vigtig prækursor, som anvendes til illegal fremstilling af heroin. Operation Topaz er et internationalt initiativ, der har til formål at overvåge den lovlige handel med eddikesyreanhydrid og undersøge metoder og ruter til ulovlig anvendelse (INCB, 2006b). Der er en betydelig lovlige handel med eddikesyreanhydrid, hvilket gør det vanskeligt at foretage kontrol. Dette illustreres

af, at 22 eksporterende lande/territorier siden 2001 har indgivet 7 684 forudgående eksportanmeldelser til INCB vedrørende over 1 350 000 tons eddikesyreanhydrid. Antallet af beslaglæggelser i Tyrkiet (1 600 liter i 2004) er faldet betydeligt i de senere år, hvilket måske viser, at narkotikasmuglerne har udviklet nye ruter og metoder til ulovlig anvendelse. I 2004 blev det for første gang påvist, at beslaglæggelser i Europa (Bulgarien) var kommet fra Sydvestasien (INCB, 2006b).

Selv om dele af Operation Topaz vedrørende overvågningen af den internationale handel har været vellykkede, er der kun gjort få fremskridt med hensyn til at identificere og lukke ruter, der anvendes til smugling af eddikesyreanhydrid inden for Afghanistan og nabolandene hertil (INCB, 2006b).

Mustard-projektet, der gennemføres af Europol, tager sigte på at identificere og fokusere på tyrkiske og tilknyttede kriminelle grupper, som opererer mod og inden for EU og er involveret i ulovlig handel med narkotika, primært heroin. Det yder operationel støtte til undersøgelser på stedet i deltagende stater og forstærker den strategiske efterforskning ved at give indsigt i aktiviteterne blandt tyrkiske kriminelle organisationer og tilknyttede grupper (Europol, 2006).

Skøn over udbredelsen af problematisk opioidbrug

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra EONN's indikator for problematisk stofbrug, hvorved forstås »intravenøs brug eller langvarig/regelmæssig brug af heroin, kokain og/eller amfetaminer«. Traditionelt har skøn over problematisk stofbrug hovedsageligt afspejlet heroinbrug, selv om amfetaminbrugere i nogle få lande — som behandlet andetsteds i beretningen — udgør et vigtigt element.

Ved fortolkningen af skønnene over problematisk opioidbrug bør det tages i betragtning, at der er ved at ske en diversificering af brugsmønstrene. F.eks. er problemer med blandingsbrug efterhånden blevet mere fremherskende i de fleste lande, mens en del lande, hvor opiatproblemerne

⁽¹⁶¹⁾ Se tabel SZR-7 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁶²⁾ Se tabel SZR-8 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁶³⁾ Se tabel PPP-2 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁶⁴⁾ På grundlag af 1999 som basisåret for pengenes værdi i alle lande.

⁽¹⁶⁵⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om priser for heroin for mindst tre på hinanden følgende år: for brun heroin i Belgien, Tjekkiet, Spanien, Frankrig, Irland, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien, Rumænien, Tyrkiet og Norge for hvid heroin i Tjekkiet, Tyskland, Frankrig, Letland og Sverige og for uspecificeret heroin i Litauen og Det Forenede Kongerige.

⁽¹⁶⁶⁾ Disse to tal svarer til data fra to forskellige overvågningssystemer (se tabel PPP-6 (del iii) i Statistical bulletin 2006); der skal udvises forsigtighed, da tallet 50 % er baseret på kun en enkelt stikprøve.

⁽¹⁶⁷⁾ Se tabel PPP-6 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁶⁸⁾ I perioden 1999-2004 forelå der oplysninger om heroinrenhed for mindst tre på hinanden følgende år: for brun heroin i Tjekkiet, Danmark, Spanien, Irland, Italien, Luxembourg, Østrig, Portugal, Slovakiet, Det Forenede Kongerige, Tyrkiet og Norge for hvid heroin i Danmark, Tyskland, Estland, Finland og Norge og for uspecificeret heroin i Belgien, Litauen, Ungarn og Nederlandene.

⁽¹⁶⁹⁾ Anført i fortegnelse I i konventionen fra 1988.

traditionelt har domineret, nu melder om et skift til andre stoffer. De fleste heroinbrugere antages nu at bruge stimulanter og andre stoffer ved siden af opioider, men det er meget vanskeligt at skaffe pålidelige data om blandingsbrug på EU-plan (se kapitel 8).

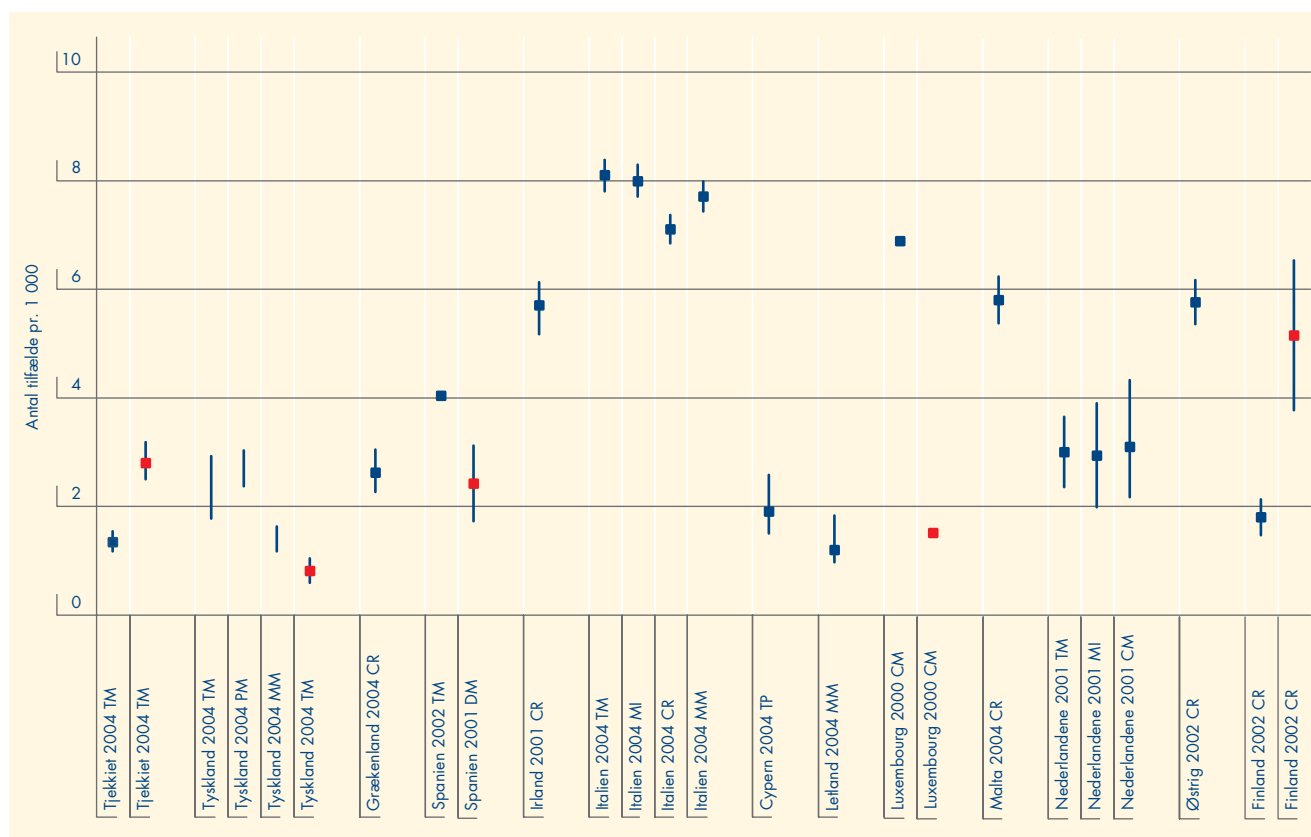
Trods den generelle tendens mod en diversificering af fænomenet er skønnene over problematisk stofbrug i mange lande udelukkende baseret på problematisk brug af heroin eller andre opioider som det primære stof. Dette fremgår af skønnene over problematisk opioidbrug (se figur 8), som for størstedelens vedkommende stort set svarer til skønnene over problematisk stofbrug⁽¹⁷⁰⁾. Det er ikke klart, om udbredelsen af problematisk brug af ikke-opioider i de andre lande er næsten ubetydelig eller eventuelt betydelig, men for vanskelig at anslå.

Det er vanskeligt at anslå antallet af problematiske opioidbrugere, og der kræves sofistikerede analyser for at

nå frem til prævalenssatser på grundlag af de foreliggende datakilder. Endvidere er skøn ofte begrænset til bestemte geografiske områder, og en ekstrapolering med henblik på at nå frem til nationale skøn er ikke nødvendigvis pålidelig.

Skønnene over udbredelsen af problematisk opioidbrug på nationalt plan i perioden 2000-2004 ligger på 1-8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (ved brug af midtpunkterne i skønnene). Den skønnede udbredelse af problematisk opioidbrug er meget forskellig fra land til land, selv om resultaterne er stort set konsistente, når forskellige metoder er blevet anvendt inden for ét land. Skønnene over problematisk opioidbrug er højere for Irland, Italien, Luxembourg, Malta og Østrig (5-8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), mens de er lavere for Tjekkiet, Tyskland, Grækenland, Cypern, Letland og Nederlandene (under 4 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år) (figur 8). Nogle af de laveste,

Figur 8: Skøn over udbredelsen af problematisk brug af opioider og stimulanter, 2000-2004 (antal tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)



NB: ■ De røde firkanter angiver brug af stimulanter, de andre skøn er over brugen af opioider.
 CR = capture-recapture; TM = treatment multiplier; PM = police multiplier; MI = multivariate indicator; MM = mortality multiplier; TP = truncated Poisson; CM = combined methods. Flere oplysninger findes i tabel PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistical bulletin 2006. Symbolet angiver et punkttestimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval, som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse. Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed.
 Kilder: Nationale knudepunkter.

⁽¹⁷⁰⁾ Se figur PDU-1 (del i) i Statistical bulletin 2006.

velunderbyggede skøn, der nu foreligger, er fra de nye EU-lande, men i Malta er der meldt om en højere udbredelse (5,4-6,2 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år). På grundlag af de begrænsede data kan der udledes en generel udbredelse af problematisk opioidbrug i EU på mellem 2 og 8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Disse skøn er dog langt fra solide og vil skulle justeres, efterhånden som der foreligger flere data.

Der foreligger ikke lokale og regionale skøn specifikt over problematisk opioidbrug; det fremgår umiddelbart af de data, der foreligger vedrørende problematisk stofbrug (herunder brug af stimulanser og andre stoffer), at udbredelsen varierer meget fra by til by og region til region. De højeste lokale skøn over udbredelsen i perioden 2000-2004 er indberettet af Irland, Portugal, Slovakiet og Det Forenede Kongerige med tal på mellem 15 og 25 pr. 1 000 indbyggere⁽¹⁷¹⁾. Som det kan forventes, er der også markante geografiske udsving på lokalt plan; f.eks. varierer udbredelsen i forskellige dele af London mellem 6 og 25 tilfælde pr. 1 000 indbyggere. De store forskelle

i de lokale prævalenssatser gør det vanskeligt at foretage generaliseringer.

Tidstendenser for problematisk opioidbrug

Manglen på pålidelige og konsistente historiske data vanskeliggør vurderingen af tendenserne over tid for problematisk opioidbrug. Det fremgår af den dokumentation, der er indsamlet, at udbredelsen af problematisk opioidbrug varierer meget mellem landene, og at tendenserne ikke er konsistente i hele EU. Indberetninger fra en række lande samt andre indikatorer tyder på, at den problematiske opioidbrug fortsatte med at stige fra midten til slutningen af 1990'erne (figur 9), men synes at have stabiliseret sig eller at være faldet i nogen grad i de senere år. Gentagne skøn over problematisk opioidbrug i perioden 2000-2004 foreligger fra 7 lande (Tjekkiet, Tyskland, Grækenland, Spanien, Irland, Italien, Østrig): 4 lande (Tjekkiet, Tyskland, Grækenland, Spanien) har registreret et fald i problematisk opioidbrug, mens et enkelt land har registreret en stigning (Østrig — selv om dette er vanskeligt at fortolke, da

Stofbrugere i fængsel

Der foreligger kun ufuldstændige oplysninger om stofbrug blandt fængselsindsatte. Mange af de data, der foreligger i Europa, hidrører fra ad hoc-undersøgelser, der undertiden er gennemført på lokalt plan i institutioner, der ikke er repræsentative for det nationale fængselsystem, og på grundlag af stikprøver af indsatte, der varierer betragteligt i størrelse. Som følge heraf begrænser forskellene mellem de undersøgte gruppers karakteristika muligheden for at sammenligne data fra forskellige undersøgelser — i og mellem de enkelte lande — samt at ekstrapolere resultater og foretage tendensanalyser.

Data om stofbrug blandt fængselsindsatte i de seneste 5 år (1999-2004) blev fremlagt af de fleste europæiske lande⁽¹⁾. Det fremgår heraf, at stofbrugere er overrepræsenteret i fængslerne sammenlignet med befolkningen som helhed. Andelen af indsatte, som har angivet, at de nogensinde har prøvet et illegalt stof, varierer mellem fængsler og arresthuse, men gennemsnittet ligger fra en tredjedel eller derunder i Ungarn og Bulgarien til to tredjedele eller derover i Det Forenede Kongerige, Nederlandene og Norge, idet de fleste lande har meldt om en langtidsprævalens på ca. 50 % (Belgien, Grækenland, Letland, Portugal, Finland). Cannabis er fortsat det illegale stof, der anvendes hyppigst, med en langtidsprævalens blandt indsatte fra mellem 4 og 86 %, i forhold til en langtidsprævalens på 3-57 % for kokain, 2-59 % for amfetaminer og 4-60 % for heroin⁽²⁾.

Regelmæssig stofbrug eller afhængighed før fængslingen angives af 8-73 % af de indsatte, mens langtidsprævalensen for intravenøs stofbrug blandt indsatte er 7-38 %⁽³⁾.

Selv om de fleste stofbrugere reducerer eller standser deres stofbrug efter fængslingen, fortsætter nogle indsatte deres stofbrug, mens andre begynder at bruge stoffer (og/eller injicere stoffer) i fængslet. Ifølge tilgængelige undersøgelser har 8-51 % af alle indsatte brugt stoffer i fængslet, 10-42 % har angivet regelmæssig stofbrug og 1-15 % har brugt stoffer intravenøst, mens de har været i fængsel⁽⁴⁾. Dette rejser spørgsmål om den potentielle spredning af smitsomme sygdomme, navnlig med hensyn til adgangen til sterilt sprøjteudstyr og delingspraksis blandt de indsatte.

Gentagne undersøgelser, der er gennemført i Tjekkiet (1996-2002), Danmark (1995-2002), Litauen (2003/2004), Ungarn (1997/2004), Slovenien (2003/2004) og Sverige (1997-2004), viser en stigning i udbredelsen af forskellige former for stofbrug blandt indsatte, mens Frankrig (1997/2003) har meldt om et betydeligt fald i andelen af intravenøse stofbrugere blandt de indsatte⁽⁵⁾.

⁽¹⁾ De lande, hvor der er gennemført undersøgelser i de seneste 5 år (1999-2004), og som har fremlagt data om stofbrugsmønstre blandt indsatte, var Belgien, Tjekkiet, Danmark, Tyskland, Grækenland, Frankrig, Irland, Italien, Letland, Litauen, Ungarn, Malta, Nederlandene, Østrig, Portugal, Slovenien, Slovakiet, Finland, Sverige, Det Forenede Kongerige, Bulgarien og Norge.

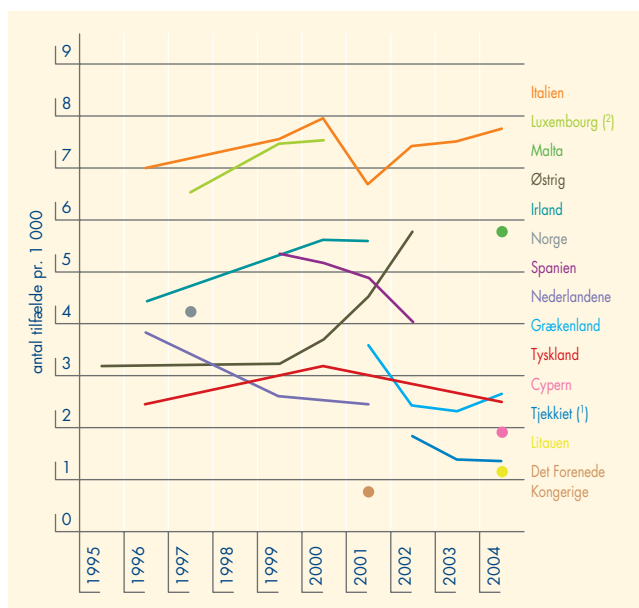
⁽²⁾ Se tabel DUP-1 og figur DUP-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽³⁾ Se tabel DUP-2 og DUP-5 i Statistical bulletin 2006.

⁽⁴⁾ Se tabel DUP-3 og DUP-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷¹⁾ Se figur PDU-6 (del i) i Statistical bulletin 2006.

Figur 9: Tendenser i udbredelsen af problematisk opioidbrug, 1995-2004 (antal tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)



(¹) Skøn for aldersgruppen 18-64 år.

(²) Beregnet på grundlag af data for aldersgruppen 15-54 år.

NB: Tidsserierne er kombinerede i de tilfælde, hvor metoderne er omtrent de samme i tidsrummet. Flere oplysninger findes i tabel PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistical bulletin 2006.

Kilder: Nationale knudepunkter.

dataindsamlingsystemet blev ændret i denne periode).

Det fremgår af dokumentation fra personer, der er kommet i behandling for første gang, at forekomsten af problematisk opioidbrug generelt kan være langsomt faldende, hvorfor der i nær fremtid må forventes et fald i udbredelsen.

Intravenøs stofbrug

Intravenøse stofbrugere har meget stor risiko for at blive udsat for negative følgevirkninger som f.eks. smitsomme sygdomme eller overdoser. Det er derfor vigtigt at behandle intravenøs stofbrug som en delkategori.

Trods betydningen for folkesundheden er det kun få lande, der stiller skøn over intravenøs stofbrug til rådighed på nationalt eller subnationalt plan⁽¹⁷²⁾. I dette afsnit er skøn over intravenøs stofbrug ikke kategoriseret efter primært stof i betragtning af de få data, selv om udviklingen i andelen af intravenøse stofbrugere blandt behandlede heroinbrugere (se nedenfor) selvfølgelig er specifik for intravenøs heroinbrug.

De fleste skøn over intravenøs stofbrug, der foreligger, er baseret på enten tal for overdoser med døden til følge eller data om smitsomme sygdomme (f.eks. hiv). De tilgængelige skøn

varierer meget fra land til land: siden 2000 har skønnene på nationalt plan hovedsageligt ligget på mellem 1 og 6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, og inden 2000 lå skønnene lidt højere. Siden 2000 er de højeste nationale prævalenssatser for intravenøs stofbrug blandt de lande, for hvilke der foreligger skøn, blevet indberettet af Luxembourg og Østrig med tal på ca. 6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. De laveste skøn er fra Cypern og Grækenland med godt 1 tilfælde pr. 1 000 indbyggere.

I de tilfælde, hvor der foreligger tidstendenser, viser de ikke et generelt mønster, hvilket tyder på fald i nogle lande og regioner (f.eks. i Skotland, Det Forenede Kongerige) og stigninger i andre. Manglen på data på dette område betyder imidlertid, at det ikke er muligt at tegne et klart billede.

Overvågningen af andelen af aktuelle intravenøse brugere blandt heroinbrugere, der kommer i behandling, udgør et vigtigt supplement til overvågningen af udbredelsen af intravenøs stofbrug i den almindelige befolkning. Det er imidlertid vigtigt at huske, at de registrerede andele ikke nødvendigvis afspejler tendenser i udbredelsen af al intravenøs stofbrug. F.eks. er tallene for intravenøs brug blandt heroinbrugere i lande med en stor andel af stimulansbrugere (Tjekkiet, Slovakiet, Finland, Sverige) i givet fald ikke repræsentative for den generelle situation.

Andelen af intravenøse stofbrugere blandt primære heroinbrugere, der kommer i behandling, viser igen markante forskelle mellem landene med hensyn til udbredelsen af intravenøs stofbrug såvel som varierende tendenser over tid⁽¹⁷³⁾. I visse lande (Spanien, Nederlandene og Portugal) er en forholdsvis lille andel af de behandlede heroinbrugere intravenøse brugere, mens intravenøs brug i andre lande stadig synes at være den mest udbredte form for heroinbrug. I nogle EU-15-medlemsstater, for hvilke der foreligger data (Danmark, Grækenland, Spanien, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige), er tallene for intravenøs brug blandt heroinbrugere i behandling faldet. I de fleste nye medlemsstater, i hvert fald dem, for hvilke der foreligger data, er en stor andel af de heroinbrugere, der kommer i behandling, dog intravenøse brugere.

Data om behandlingsefterspørgsel⁽¹⁷⁴⁾

I mange lande er opioider (især heroin) fortsat det stof, som klienterne primært søger behandling for. Af den samlede efterspørgsel efter behandling, der blev indberettet for 2004 på grundlag af indikatoren for behandlingsefterspørgsel, blev opioider registreret som hovedstof i ca. 60 % af tilfældene—

⁽¹⁷²⁾ Se figur PDU-7 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷³⁾ Se figur PDU-3 (del i) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷⁴⁾ Se fodnote (70).

og kun godt halvdelen (53 %) af disse klienter angav intravenøs stofbrug⁽¹⁷⁵⁾. Det skal bemærkes, at indikatoren for behandlingsefterspørgsel ikke dækker alle klienter i opioidbehandling, som udgør et betydeligt større antal, men kun klienter, der søger behandling i det aktuelle år.

Andelen af klienter, der søger behandling for brug af heroin, varierer fra land til land. På basis af de senest tilgængelige oplysninger kan landene inddeles i tre grupper ud fra andelen af problematiske heroinbrugere blandt de personer, der søger behandling:

- under 50 % — Tjekkiet, Danmark, Ungarn, Nederlandene, Polen, Slovakiet, Finland, Sverige
- mellem 50 og 70 % — Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Cypern, Letland, Portugal, Det Forenede Kongerige, Rumænien
- over 70 % — Grækenland, Italien, Litauen, Luxembourg, Malta, Slovenien, Bulgarien⁽¹⁷⁶⁾.

De lande, hvor en betydelig andel af opioidklienterne bruger andre stoffer end heroin, omfatter Ungarn, hvor der er en udbredt brug af hjemmelavede produkter fremstillet af opiumsvalmuer, og Finland, hvor de fleste opioidklienter misbruger buprenorphin⁽¹⁷⁷⁾.

Som det er tilfældet med brugere af andre stoffer, søger de fleste opioidbrugere ambulantly behandling; sammenlignet med kokain- og cannabisklienter behandles en højere andel af opioidklienter dog på døgnbehandlingscentre.

De fleste lande med et betydeligt antal nye heroinklienter hvert år (undtagen Tyskland, hvor indberetningsgrundlaget er blevet udvidet) angiver, at der har været et fald i de seneste 4-5 år, dog ikke blandt klienter, som tidligere har været i behandling. Antallet af gentagne anmodninger er generelt ikke faldet, og i de fleste lande har den samlede efterspørgsel efter heroinbehandling stort set været stabil. Væsentlige undtagelser er Tyskland og Det Forenede Kongerige, hvor det samlede antal indberettede anmodninger er steget. Generelt er den procentdel af behandlingsanmodningerne, som heroin har tegnet sig for (alle og nye anmodninger), imidlertid faldet; med hensyn til nye anmodninger er den faldet fra ca. to tredjedele til ca. 40 % mellem 1999 og

2004 over for stigninger i efterspørgslen efter cannabis- og kokainbehandling⁽¹⁷⁸⁾.

Det er tidligere blevet rapporteret, at gennemsnitsalderen i den gruppe af klienter, der anmoder om behandling for opioidbrug, er stadig stigende, og denne tendens fortsatte i 2004. Næsten alle opioidbrugere, der søgte behandling, er over 20 år, og næsten halvdelen af dem er over 30. Det fremgår af oplysninger, der foreligger på europæisk plan, at kun en lille gruppe af opioidbrugere (under 7 %) er under 20 år, når de første gang søger om hjælp⁽¹⁷⁹⁾. Der er nu og da indberetninger om meget unge mennesker (under 15 år), der søger behandling for heroinbrug⁽¹⁸⁰⁾, f.eks. børn på 11-12 år i Sofia, Bulgarien, men generelt synes anmodninger om heroinbehandling at være sjældne blandt de unge.

Opioidklienter angives at være marginaliserede i samfundet med et lavt uddannelsesniveau, høje arbejdsløshedstal og ofte uden fast bopæl; Spanien har angivet, at 17-18 % af opioidklienterne er hjemløse.

De fleste opioidklienter angiver at have brugt disse stoffer for første gang i en alder af mellem 15 og 24 år, idet ca. 50 % af klienterne brugte stoffet første gang, inden de fyldte 20 år⁽¹⁸¹⁾. Da tidsintervallet mellem førstegangsb brug og første behandlingsanmodning generelt ligger på mellem 5 og 10 år, og perioden mellem førstegangsb brug og regelmæssig stofbrug anslås at udgøre 1,5-2,5 år (Finlands nationale rapport), kan det konkluderes, at opioidklienter typisk har 3-7 års regelmæssig stofbrug bag sig, inden de første gang søger specialiseret behandling.

Blandt nye opioidklienter, der søger ambulantly behandling, og som har kendskab til indtagelsesmåden, er det i Europa godt halvdelen, der injicerer stoffet. Generelt er den intravenøse brug højere blandt opioidbrugere, der søger behandling i de nye medlemsstater (over 60 %) end i EU-15-medlemsstaterne (under 60 %), med undtagelse af Italien og Finland, hvor andelen af intravenøse opioidbrugere er henholdsvis 74 og 79,3 %. Andelen af intravenøse brugere blandt opioidklienter er lavest i Nederlandene (13 %) og højest i Letland (86 %)⁽¹⁸²⁾.

Behandling for opioidafhængighed

I EU's narkotikastrategi for 2005-2012 prioriteres en forbedret tilgængelighed af og adgang til behandling, og

⁽¹⁷⁵⁾ Se figur TDI-2 og tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷⁶⁾ Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷⁷⁾ Se tabel TDI-26 i Statistical bulletin 2006; nationale Reitox-rapporter.

⁽¹⁷⁸⁾ Se figur TDI-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁷⁹⁾ Se tabel TDI-10 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁸⁰⁾ www.communitycare.co.uk

⁽¹⁸¹⁾ Se tabel TDI-11 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁸²⁾ Se tabel TDI-17 i Statistical bulletin 2006.

medlemsstaterne opfordres til at stille en lang række effektive behandlingstilbud til rådighed. Stationær behandling har traditionelt været en vigtig form for behandling af problematiske opioidbrugere. Det stigende udbud af forskellige behandlingsmuligheder og navnlig den betydelige udvidelse af substitutionsbehandling har imidlertid betydet, at den relative betydning af stationær behandling er faldet.

Der foreligger på nuværende tidspunkt kun begrænsede data om den relative tilgængelighed af forskellige former for behandling af opioidproblemer i Europa. I forbindelse med et spørgeskema fra EONN angav eksperter i de fleste (16) medlemsstater, at substitutionsbehandling er den primære behandlingsform, der er tilgængelig. I 4 lande (Tjekkiet, Ungarn, Polen og Slovakiet) angives stoffri behandling imidlertid at være mere udbredt, og i 2 lande, Spanien og Sverige, meldes der om en balance mellem medicinsk støttet behandling og stoffrie behandlingsmuligheder.

Substitutionsbehandling for opioidafhængighed (især behandling med metadon eller buprenorphin) er indført i alle EU-medlemsstater⁽¹⁸³⁾ samt Bulgarien, Rumænien og Norge, og der er nu bred enighed i Europa om, at det er en hensigtsmæssig tilgang til behandlingen af problematiske opioidbrugere, selv om det fortsat er et følsomt emne i nogle lande (se kapitel 2). Substitutionsbehandlingens rolle er ved at blive mindre kontroversiel på internationalt plan; FN-systemet vedtog således en fælles erklæring om substitutions- og vedligeholdelsesbehandling i 2004 (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), og i juni 2006 opførte WHO både metadon og buprenorphin på sin modelliste for essentielle lægemidler.

Der er nu et solidt dokumenteret grundlag for værdien af substitutionsprogrammer, hvor der anvendes stoffer som f.eks. metadon eller buprenorphin. Undersøgelser har vist, at substitutionsbehandling kan føre til et fald i brugen af illegale stoffer, et fald i intravenøs brug, en reduktion af adfærd med høj risiko for spredning af hiv eller andre smitsomme sygdomme, f.eks. deling af sprøjteudstyr, og forbedringer med hensyn til både social funktion og generel sundhedstilstand. Undersøgelserne har også vist, at kriminaliteten kan falde, og at et tilstrækkeligt udbud af substitutionsbehandling kan indvirke på antallet narkotikarelaterede dødsfald. For at opnå optimale resultater kræves en rettidig deltagelse i programmet, en substitutionsbehandling af tilstrækkelig varighed og kontinuitet samt tilstrækkelige medicindoser.

Selv om metadon fortsat er den hyppigst ordinerede substitutionsbehandling i Europa, udvides behandlingsmulighederne stadig, og buprenorphin er nu tilgængelig i 19 EU-lande, Norge og Bulgarien, selv om det ikke er klart, om stoffet er officielt godkendt til vedligeholdelsesbehandling i alle lande, hvor det angives at blive anvendt. I betragtning af, at høj dosisbehandling med buprenorphin først blev indført i Europa for 10 år siden, har stoffets popularitet som behandlingsmulighed udviklet sig bemærkelsesværdigt hurtigt (se figur 1)⁽¹⁸⁴⁾.

Langvarig substitutionsbehandling er ikke det eneste formål med farmakoterapi i forbindelse med opioider. Metadon og buprenorphin anvendes også til at behandle opioidabstinenser, når det er den terapeutiske målsætning at hjælpe personen med at opnå afholdenhed ved at give en stadig mindre dosis over en fastsat periode for at minimere abstinensproblemerne. Opioidantagonisten naltrexon, en aversiv farmakoterapeutisk mulighed i forbindelse med opioidafhængighed, anvendes også undertiden som en hjælp til at hindre tilbagefald, da stoffet blokerer virkningerne af heroin, selv om evidensgrundlaget for brugen af dette stof stadig ikke er fyldestgørende.

Nogle lande (Tyskland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) har også heroinudleveringsprogrammer, selv om antallet af patienter, der modtager denne form for behandling, er meget lille i forhold til andre former for substitutionsbehandling (formentlig under 1 % af det samlede antal). Denne form for behandling er fortsat kontroversiel og tilbydes generelt på videnskabelig forsøgsbasis til langtidsbrugere, hvor andre behandlingsmuligheder har slået fejl.

En nylig gennemgang af effektiviteten af behandling for stofafhængighed med hensyn til at forhindre hiv-overførsel viste, at adfærdsmæssige indgreb kan forstærke de positive virkninger af substitutionsbehandling med hensyn til forebyggelse af hiv, mens effektiviteten af psykologisk terapi alene varierer. Afholdenhedsbaseret behandling viste gode resultater med hensyn til forebyggelse af hiv for de personer, der forbliver i behandling i 3 måneder eller mere (Farrell mfl., 2005).

Overvågning af udbuddet af metadon

Metadon er et kontrolleret stof, der er anført i fortegnelse I i enkeltkonventionen af 1961 angående narkotiske midler, og det indenlandske forbrug overvåges årligt af INCB.

⁽¹⁸³⁾ I Cypern er brugen af metadon til afgangsbehandling indberettet siden 2004, og det er meddelt, at der vil blive påbegyndt et pilotprojekt vedrørende metadonvedligeholdelsesbehandling, men der er ikke indberettet nogen behandlingstilfælde. I Tyrkiet er metadon officielt registreret til behandling af opioidafhængighed, men der er ikke indberettet nogen behandlingstilfælde.

⁽¹⁸⁴⁾ Se det udvalgte tema om buprenorphin i årsberetningen for 2005.

Som et minimumsskøn fra EU-medlemsstaterne Bulgarien, Rumænien og Norge modtog over 500 000 klienter ifølge EONN substitutionsbehandling i løbet af året (se tabel 4 i årsberetningen for 2005). Bortset fra Tjekkiet og Frankrig, hvor højdosisbehandling med buprenorfin (HDBT) angives at være den mest almindelige behandlingsmetode, var over 90 % af behandlingerne i alle andre lande med metadon.

EU og USA tegner sig tilsammen for 85 % af verdens metadonforbrug, og metadonforbruget i disse lande har vist en jævn stigning i den seneste 10-årsperiode. De forbrugte mængder stabiliserede sig i begge regioner mellem 1997 og 2000, men der har siden da været en drastisk stigning

i USA. På nuværende tidspunkt udgør metadonforbruget i EU ca. halvdelen af forbruget i USA⁽¹⁸⁵⁾.

I reglen efterfølges indførelsen af denne behandlingsmulighed på nationalt plan af betydelige stigninger i tallene over forbruget. F.eks. resulterede den omfattende gennemførelse af metadonsubstitutionsbehandling i Frankrig i 1995 i en hastig stigning i forbruget fra 31 kg i 1995 til 446 kg i 2004.

I den senere tid har der kunnet registreres tegn på en stabilisering af metadonforbruget i statistikkerne for Danmark, Spanien, Malta, Nederlandene og eventuelt Tyskland. Dette er i tråd med de indberettede tendenser med hensyn til antallet af klienter i behandling (se kapitel 2).

⁽¹⁸⁵⁾ Se figur NSP-2 i Statistical bulletin 2006.



Kapitel 7

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

En af de mere alvorlige sundhedsmæssige følger af brugen af illegale stoffer, og især af intravenøs stofbrug, er overførslen af hiv og andre smitsomme sygdomme, navnlig hepatitis C og B. Det ligger fast, at der er en sammenhæng mellem intravenøs brug og smitteoverførsel. Det er derfor blevet et primært mål for folkesundhedsindsatsen på dette område at begrænse omfanget af intravenøs stofbrug og deling af sprøjteudstyr. Undersøgelser peger også på, at der er en sammenhæng mellem stofbrug og seksuel højrisikoadfærd; dette viser, at det er af stigende betydning at knytte tiltag på narkotikaområdet sammen med folkesundhedsstrategier, som er målrettet mod seksuel sundhed. Med hensyn til overvågning på europæisk plan indsamles der data om smitsomme sygdomme gennem regelmæssig indberetning, hvor intravenøs stofbrug kan registreres som en risikofaktor, og i forbindelse med særlige undersøgelser af grupper af stofbrugere i forskellige sammenhænge.

Hiv og aids

Nylige tendenser i antallet af nyanmeldte hiv-tilfælde

På nuværende tidspunkt melder de fleste lande om et lavt antal nydiagnosticerede tilfælde af hiv-infektion forårsaget af intravenøs stofbrug. På grundlag af de lande, hvor hiv-infektionen blandt intravenøse stofbrugere konstant har været lav, er det muligt at undersøge, hvilke faktorer dette kan tilskrives, et spørgsmål, som er stillet i EU's nuværende narkotikahandlingsplan, og som der fokuseres på i en EONN-koordineret undersøgelse. Efterladenhed bør imidlertid undgås; hverken Spanien eller Italien, som begge har oplevet hiv-epidemier blandt intravenøse stofbrugere, fremlægger caserapporter vedrørende hiv, og dette har en meget negativ virkning på værdien af disse data med hensyn til muligheden for at kunne beskrive det samlede billede i EU. Endvidere giver data fra nogle lande anledning til bekymring for, at hiv-smitten kan være stigende, i det mindste blandt nogle grupper af intravenøse stofbrugere.

I Frankrig, hvor man kun har registreret hiv-tilfælde siden 2003, har der været en stigning i forekomsten af hiv blandt intravenøse stofbrugere (om end fra et lavt niveau), fra skønsmæssigt 2,3 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2003 til 2,9 tilfælde i 2004. Selv om dette generelt svarer til de foreliggende undersøgelsesdata (se nedenfor), skal det bemærkes, at nye indberetningssystemer ofte er ustabile i begyndelsen. Et tilsyneladende fald i antallet af nydiagnosticerede hiv-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere, der var registreret tidligere i Portugal, drages i tvivl af dataene for 2004, som viser en forekomst af hiv-smitte på 98,5 tilfælde pr. 1 million indbyggere, den højeste i EU⁽¹⁸⁶⁾. I Det Forenede Kongerige er forekomsten af hiv blandt intravenøse stofbrugere steget langsomt, men har nu stabiliseret sig på lige under 2,5 tilfælde pr. 1 million indbyggere pr. år. I Irland steg forekomsten i slutningen af 1990'erne og toppede med 18,3 tilfælde pr. 1 million indbyggere pr. år i 2000, faldt til 9,8 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2001 og steg efterfølgende til 17,8 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2004.

Så sent som i 2001 i Estland og Letland og i 2002 i Litauen skete der hiv-udbrud i forbindelse med intravenøs stofbrug. Siden da er antallet af tilfælde faldet markant; der kan forventes et fald i antallet af nyanmeldte tilfælde efter en indledende epidemisk fase, når der er nået et endemisk smitteniveau (se nedenfor).

Hiv-seroprævalens blandt testede intravenøse stofbrugere

Seroprævalensdata om intravenøse stofbrugere (procentdel smittet blandt testede intravenøse stofbrugere) er et vigtigt supplement til caserapporterne vedrørende hiv. Gennemførelse af flere seroprævalensundersøgelser og rutinemæssig overvågning af data fra diagnostiske test kan understøtte konklusioner på grundlag af caserapporterne og give mere detaljerede oplysninger om specifikke regioner og miljøer. Prævalensdataene kommer imidlertid fra forskellige kilder og kan i nogle tilfælde være vanskelige at sammenligne; de bør derfor fortolkes med forsigtighed.

De nylige stigninger, der er registreret i caserapporterne vedrørende hiv i nogle lande, bekræftes i de fleste tilfælde

⁽¹⁸⁶⁾ Se figur INF-2 (del i) og INF-2 (del ii) i Statistical bulletin 2006.

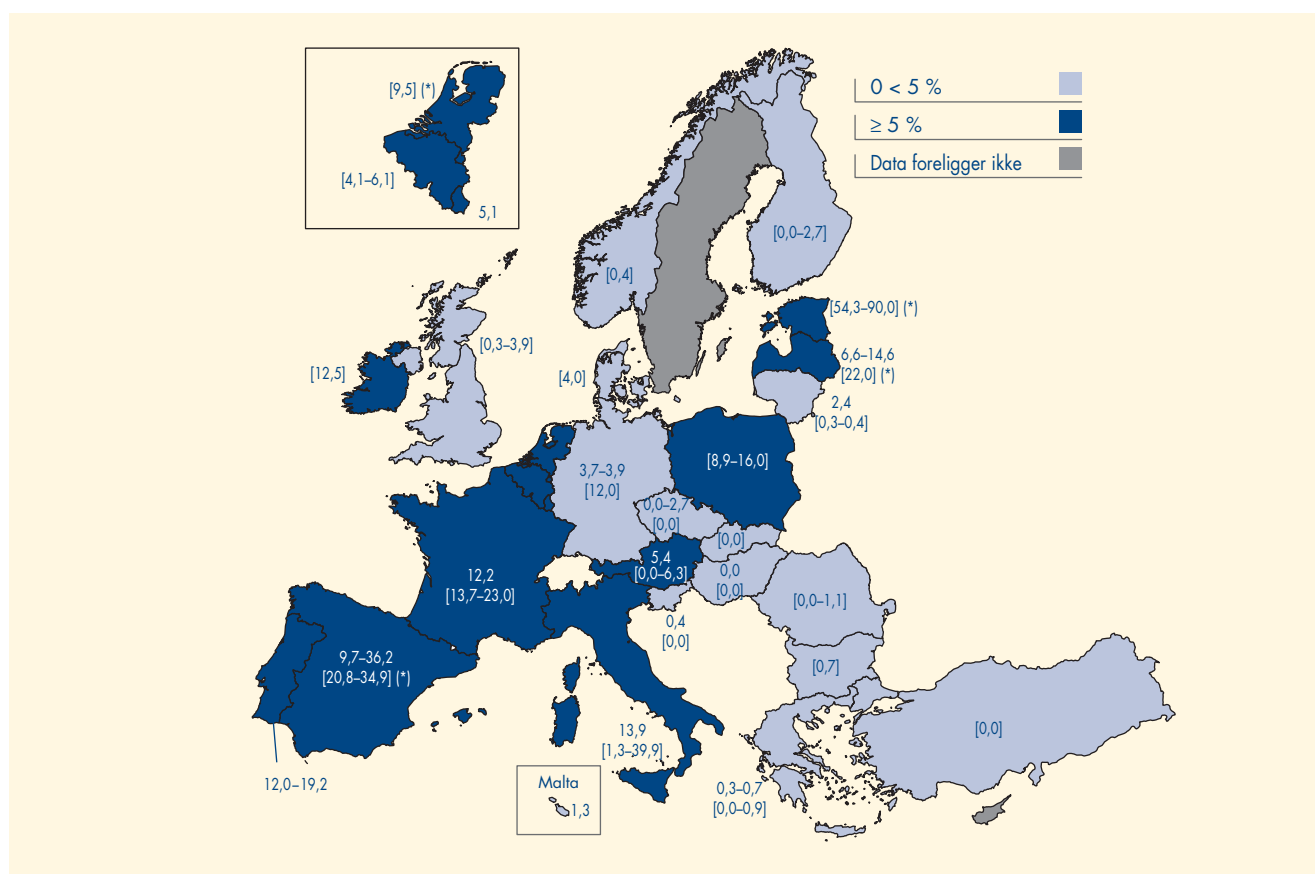
af de foreliggende seroprævalensdata, selv om sidstnævnte viser, at dette ikke er de eneste lande, hvor en øget agtpågivenhed er nødvendig.

I de baltiske stater fremgår det af de foreliggende seroprævalensdata, at smitteoverførslen blandt intravenøse stofbrugere i givet fald stadig ikke er under kontrol (figur 10). I Estland viser en nylig undersøgelse, at prævalensen blandt intravenøse stofbrugere er stigende i én region (Tallinn: fra 41 % af en stikprøve på 964 i 2001 til 54 % af 350 i 2005) og usædvanlig høj i en anden (Kohtla-Järve: 90 % ud af 100). I Letland viser to tidsserier af seroprævalensdata om intravenøse stofbrugere en fortsat stigning indtil 2002/2003, mens en tredje serie tyder på et fald, efter at antallet var toppet i 2001. I Litauen viser data for 2003 en stigning i hiv blandt testede intravenøse stofbrugere i narkotikabehandling, nålebytteordninger og på hospitaler, fra mellem 1,0 og 1,7 % i perioden 1997-2002 til 2,4 % (27/1 112) i 2003.

I de lande, der traditionelt har haft mange tilfælde af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere (Spanien, Frankrig, Italien, Polen og Portugal), er der nye tegn på en fortsat smitteoverførsel på nationalt plan eller i specifikke regioner eller blandt specifikke undergrupper af intravenøse stofbrugere⁽¹⁸⁷⁾. Det er vigtigt at bemærke, at den høje baggrundsprævalens i disse lande, der skyldes de omfattende epidemier i 1980'erne og 1990'erne, øger sandsynligheden for, at højrisikoadfærd vil føre til smitte.

I Italien og Spanien er nationale data fra caserapporter ikke tilgængelige. Det er vanskeligt at fortolke data fra rutinemæssige diagnostiske test, da de kan være påvirket af forskellige udvælgelseskævheder; de giver imidlertid anledning til bekymring i disse lande. I Spanien var hiv-prævalensen blandt unge testede intravenøse stofbrugere (under 25 år) i narkotikabehandling stabil indtil 2002 og lå på over 12 %, og blandt nye intravenøse stofbrugere (defineret som personer, som har injiceret stoffer i under

Figur 10: Hiv-prævalens blandt testede intravenøse stofbrugere, 2003-2004



NB: Tal i (parentes) er lokale data. Farve angiver midtpunkter i nationale data eller, hvis sådanne ikke foreligger, lokale data. Dataene for Italien og Portugal omfatter også ikke-intravenøse stofbrugere og undervurderer formentlig udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere. (*) Data, som delvist eller helt er fra før 2003 (Spanien 2002-2003; Frankrig 2002-2003; Letland 2002-2003; Nederlandene 2002) eller fra 2005 (Estland). Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter. Primære kilder, nærmere oplysninger om undersøgelserne og data fra før 2003 eller fra efter 2004 findes i tabel INF-8 i Statistical bulletin 2006.

(187) Se figur INF-5 (del ii) og (del vi) i Statistical bulletin 2006.

2 år) steg den fra 15 til 21 % i 2000-2001, hvilket viser en høj forekomst indtil 2002. I Italien er tendenserne med hensyn til udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere meget forskellige fra region til region, og i nogle regioner er der stadig udtalte og nylige stigninger (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana og Umbria).

I Polen viser lokale undersøgelser, at spredningen af hiv er fortsat i det mindste indtil for nylig, hvilket fremgår af høje prævalenssatser blandt unge intravenøse stofbrugere (15 % i 2002 i én region, 4-11 % i to andre regioner i 2004). I undersøgelsen fra 2002 blev 4 tilfælde (9 %) af hiv indberettet blandt de 45 nye intravenøse stofbrugere i stikprøven; i undersøgelsen fra 2004 blev der imidlertid ikke fundet nogle tilfælde blandt de 20 nye intravenøse stofbrugere i stikprøven.

Endelig viser en række nyere prævalensdata fra nogle lande, som aldrig har oplevet omfattende epidemier blandt intravenøse stofbrugere, at atgpågivenhed er på sin plads. Dette synes at være tilfældet i Luxembourg, Østrig og Det Forenede Kongerige, selv om stigningerne fortsat er begrænsede og ikke bekræftet af caserapporter.

Lande med lav hiv-prævalens

Hiv-prævalensen blandt testede intravenøse stofbrugere varierer fortsat meget mellem landene i EU (figur 10).

I en række lande er hiv-prævalensen blandt intravenøse stofbrugere steget for nylig eller har været høj i mange år. I modsætning hertil er udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere i mange lande forblevet meget lav i perioden 2003-2004: Hiv-prævalensen var under eller ca. 1 % i Tjekkiet, Grækenland, Ungarn, Malta, Slovenien (på grundlag af nationale stikprøver), og i Slovakiet, Norge, Bulgarien, Rumænien og Tyrkiet (på grundlag af subnationale stikprøver). I nogle af disse lande (f.eks. Ungarn) er såvel prævalensen af hiv som af hepatitis C-virus (HCV) blandt de laveste i Europa, hvilket tyder på et lavt omfang af intravenøs stofbrug (se »Hepatitis B og C«), selv om der i nogle lande (f.eks. Rumænien) er bevis for, at prævalensen af hepatitis C er stigende.

Kønsskille i forbindelse med hiv-prævalensen blandt testede intravenøse stofbrugere

De foreliggende seroprævalensdata for 2003-2004 viser forskelle mellem testede mandlige og kvindelige intravenøse stofbrugere⁽¹⁸⁸⁾. Kombinerede data fra Belgien, Estland (2005), Spanien (2002), Frankrig, Italien, Luxembourg, Østrig, Polen og Portugal resulterede i en samlet stikprøve på 124 337 mænd og 20 640 kvinder, som hovedsageligt var testet på narkotikabehandlingscentre eller andre

narkotikatjenester. Den generelle udbredelse var 13,6 % blandt mænd og 21,5 % blandt kvinder. Der er markante forskelle mellem landene, og den største forskel i forholdet mellem kvinder og mænd findes i Spanien, Estland, Italien, Luxembourg og Portugal, mens den modsatte tendens gør sig gældende i Belgien, hvor prævalensen er højere blandt mænd.

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 ikke længere så nyttige som indikator for overførsel af hiv. De viser imidlertid stadig det samlede omfang af symptomatisk sygdom og udgør endvidere en vigtig indikator for indførelsen og dækningsgraden af HAART blandt intravenøse stofbrugere.

Ifølge WHO-skøn var dækningsgraden af HAART blandt patienter med behov for behandling høj i de vesteuropæiske lande (over 70 %) i 2003, men mere begrænset i de fleste østeuropæiske lande, herunder Estland, Litauen og Letland⁽¹⁸⁹⁾. Nyere data om dækningsgraden af HAART viser, at situationen er forbedret markant, idet alle EU-lande og kandidatlande nu når op på en dækningsgrad på mindst 75 %. Der foreligger imidlertid ikke specifikke data vedrørende intravenøse stofbrugeres adgang til HAART, og det står hen i det uvisse, om en forbedret dækningsgrad vil blive afspejlet i et fald i forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere i Estland og Letland.

I alle 4 lande i Vesteuropa, hvor aids er mest udbredt, dvs. Spanien, Frankrig, Italien og Portugal, er forekomsten faldet siden omkring 1996 i de tre første landes tilfælde, men først siden 1999 i Portugal. Portugal er stadig det land, hvor forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere er størst, med 31 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2004. I Letland er der imidlertid en lignende forekomst, nemlig 30 tilfælde pr. 1 million indbyggere.

Ifølge EuroHiv-data frem til 2004 (korrigeret for indberetningsforsinkelser) er forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere stigende i både Estland og Letland⁽¹⁹⁰⁾.

Hepatitis B og C

Hepatitis C

Udbredelsen af antistoffer mod hepatitis C-virus (HCV) blandt intravenøse stofbrugere er generelt meget høj, selv om der er store forskelle inden for og mellem landene. Blandt forskellige stikprøver af intravenøse stofbrugere, der blev testet i 2003-2004, meldes om prævalenssatser på over 60 % i Belgien, Danmark, Tyskland, Grækenland, Spanien,

⁽¹⁸⁸⁾ Se figur INF-3 (del v) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁸⁹⁾ Se figur INF-14 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁹⁰⁾ Se figur INF-1 (del i) i Statistical bulletin 2006.

Irland, Italien, Polen, Portugal, Det Forenede Kongerige, Norge og Rumænien, mens en udbredelse på under 40 % er fundet i stikprøver fra Belgien, Tjekkiet, Grækenland, Cypern, Ungarn, Malta, Østrig, Slovenien, Finland og Det Forenede Kongerige⁽¹⁹¹⁾.

Der foreligger oplysninger om udbredelsen af HCV-antistoffer blandt unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) fra 14 lande, selv om stikprøvestørrelserne i nogle tilfælde er små. Der er store forskelle i resultaterne, idet nogle lande melder om både høje og lave tal fra forskellige stikprøver. Den højeste udbredelse blandt unge intravenøse stofbrugere i 2003-2004 (over 40 %) blev fundet i stikprøver fra Belgien, Grækenland, Østrig, Polen, Portugal, Slovakiet og Det Forenede Kongerige og den laveste udbredelse (under 20 %) i stikprøver fra Belgien, Grækenland, Cypern, Ungarn, Malta, Østrig, Slovenien, Finland, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet. Ses der kun på undersøgelser af unge intravenøse stofbrugere med national dækning, findes den højeste udbredelse (over 60 %) i Portugal og den laveste (under 40 %) i Cypern, Ungarn, Malta, Østrig og Slovenien. Selv om de stikprøveprocedurer, der er anvendt, måske resulterer i en skævhed i retning af en mere kronisk gruppe, giver den høje udbredelse af HCV-antistoffer, der er fundet i en national stikprøve i Portugal (67 % blandt 108 intravenøse stofbrugere under 25 år), stadig anledning til bekymring og kan være tegn på en fortsat højrisikoadfærd blandt unge intravenøse stofbrugere (se tillige »Nylige tendenser i antallet af nyanmeldte hiv-tilfælde«, s. 75).

Data om udbredelsen af HCV-antistoffer blandt nye intravenøse stofbrugere (personer, som har injiceret stoffet i under 2 år) er meget begrænsede og baseret på små stikprøver, men de kan tilvejebringe en bedre alternativ indikator for den allerseneste forekomst end data om unge intravenøse stofbrugere. Det fremgår imidlertid af de oplysninger, der foreligger for 2003-2004, at den højeste udbredelse blandt nye intravenøse stofbrugere (over 40 %) blev fundet i stikprøver fra Grækenland, Polen, Det Forenede Kongerige og Tyrkiet og den laveste udbredelse (under 20 %) i stikprøver fra Belgien, Tjekkiet, Grækenland, Cypern og Slovenien. En lav udbredelse er fundet i små, men nationale stikprøver af nye intravenøse stofbrugere i Cypern (kun 2 ud af 23 intravenøse stofbrugere blev testet positive for HCV-antistoffer, en sats på 9 %) og Slovenien (2 ud af 32 blev testet positive, dvs. 6 %).

Hepatitis B

Udbredelsen af markører for hepatitis B-virus (HBV) varierer også meget inden for og mellem landene. De mest fuldstændige data foreligger for anti-HBc, hvilket indikerer en

tidligere infektion. I 2003-2004 meldte Italien og Polen om en udbredelse på over 60 % blandt stikprøver af intravenøse stofbrugere, mens der blev registreret en udbredelse på under 20 % i Belgien, Irland, Cypern, Østrig, Portugal, Slovenien, Slovakiet og Det Forenede Kongerige. Anmeldelsesdataene for hepatitis B for perioden 1992-2004 for de lande, for hvilke der foreligger data, viser et meget forskelligartet billede⁽¹⁹²⁾. I den nordiske region opstår langt størstedelen af de anmeldte akutte tilfælde af hepatitis B blandt intravenøse stofbrugere, og udbrud af hepatitis B har været sammenfaldende med stigninger i intravenøs stofbrug i mange lande. F.eks. viser dataene for Norge en stærkt stigende forekomst af hepatitis B-infektioner blandt intravenøse stofbrugere mellem 1992 og 1998 med et efterfølgende fald. I Finland er antallet af hepatitis B-anmeldelser blandt intravenøse stofbrugere faldet drastisk i de senere år, muligvis som et resultat af vaccinationsprogrammer og en omfattende nåle- og sprøjtebytteordning.

Forebyggelse af smitsomme sygdomme

Effektive tiltag

En række folkesundhedsforanstaltninger har vist sig hensigtsmæssige med hensyn til at reducere spredningen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere, og der er stigende enighed om, at et omfattende tjenesteudbud på dette område har størst chance for at få succes. Debatten har traditionelt hovedsageligt fokuseret på forebyggelsen af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere, men man har i stigende grad anerkendt behovet for effektive foranstaltninger til at hæmme spredningen af hepatitis, og det samme gælder behovet for at forhindre spredning af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere, der ikke injicerer stofferne.

Det skal bemærkes, at effektiviteten er bedst dokumenteret ved forebyggelsen af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere. Der foreligger et omfattende korpus af dokumentation for, at foranstaltninger kan anses for at være effektive, og at adgang til behandling af alle former giver beskyttelse (Farrell mfl., 2005; WHO, 2005). Siden midten af 1990'erne har indsatsen i Europa været karakteriseret ved et stigende udbud af muligheder for behandling for stofafhængighed (se kapitel 2), og dette synes generelt at være et af de elementer, der har bidraget til det forholdsvis opmuntrende billede, der nu ses i Europa med hensyn til epidemisk spredning af hiv blandt intravenøse storbrugere.

Behandling udgør kun en enkelt del af en overordnet strategi for hiv-forebyggelse. Andre elementer omfatter en række oplysnings-, uddannelses- og kommunikationsteknikker,

⁽¹⁹¹⁾ Se figur INF-6 (del i) i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁹²⁾ Se figur INF-12 (del i) i Statistical bulletin 2006.

frivillig rådgivning og test i forbindelse med smitsomme sygdomme, vaccination og uddeling af sterilt sprøjteudstyr samt andre forebyggende foranstaltninger. Disse foranstaltninger samt tilbud om medicinsk behandling i forbindelse med lavtærskeltjenester eller endog undertiden på gadeplan kan bidrage til at etablere eller forbedre kommunikationen med aktive stofbrugere og deres seksuelle partnere med hensyn til risikoen for og forebyggelsen af de sundhedsmæssige følger af stofbrug.

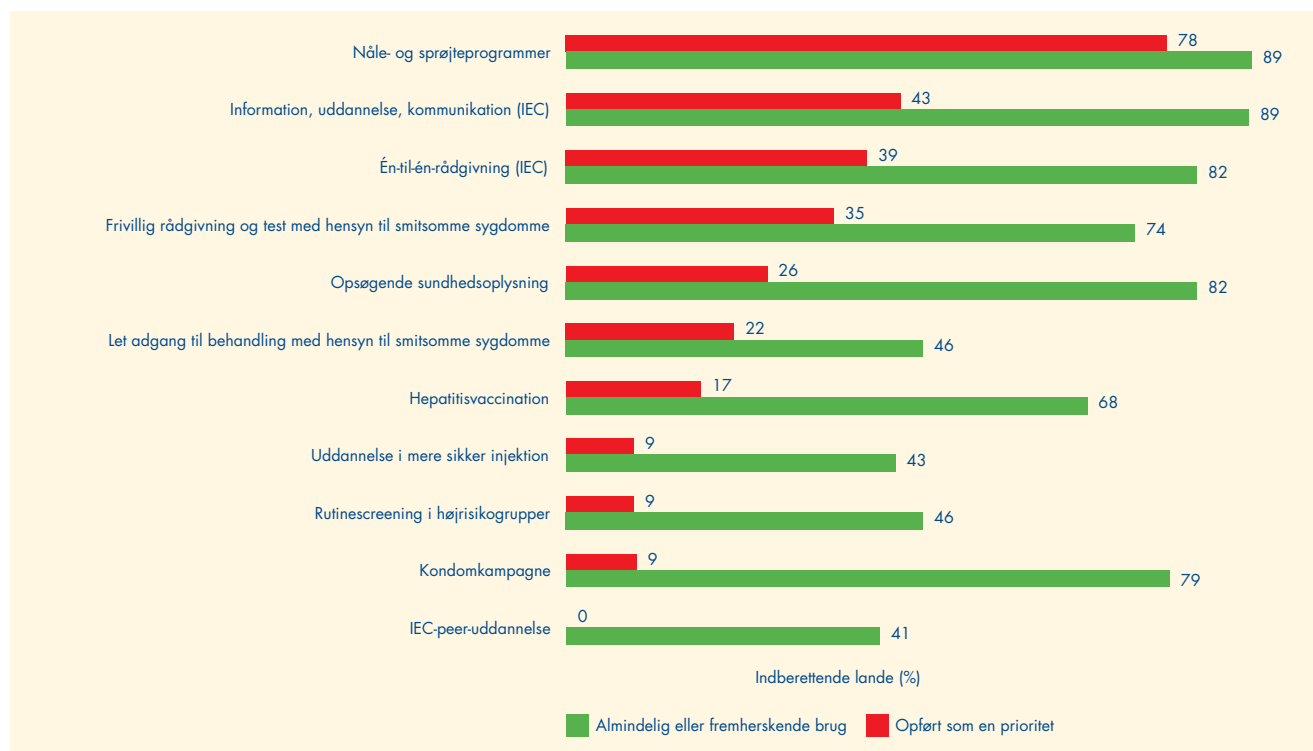
Et generelt engagement i en overordnet strategi betyder ikke, at alle disse elementer udvikles eller støttes i samme grad på nationalt plan. Det ser imidlertid ud til, at der er ved at opstå en vis konsensus. I en undersøgelse blandt nationale knudepunkter identificerede 3 ud af 4 respondenter nåle- og sprøjteprogrammer kombineret med rådgivning og vejledning som et prioriteret område i den nationale politik til bekæmpelse af spredning af smitsomme sygdomme blandt intravenøse stofbrugere (figur 11). Det forhold, at så mange lande nu udtrykkeligt anerkender udlevering af rent injektionsudstyr som

en del af deres strategi for forebyggelse af hiv, viser, hvordan denne form for tilbud er blevet almindelig i det meste af Europa og ikke længere betragtes som et kontroversielt emne i de fleste lande. Dermed ikke være sagt, at der er fuldstændig enighed om fordelene ved denne form for tilbud. F.eks. anså Grækenland og Sverige det ikke for at være en politisk prioritering, selv om der generelt fremkommer et forholdsvis homogent billede i EU med hensyn til gennemførelsen af foranstaltninger på dette område⁽¹⁹³⁾, idet alle lande undtagen Cypern har angivet, at de har programmer for bytning eller udlevering af sterile nåle og sprøjter⁽¹⁹⁴⁾.

Former for nåle- og sprøjteprogrammer i europæiske lande

Selv om de fleste europæiske lande nu uddeler sterilt sprøjteudstyr, varierer programmernes art og omfang fra land til land. Den mest almindelig model er at stille tilbuddet til rådighed på et fast sted, normalt en specialiseret narkotikatjeneste, men ofte suppleres dette

Figur 11: Prioriteringen og omfanget af anvendelsen af udvalgte foranstaltninger til forebyggelse af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere, i henhold til nationale eksperter: sammendrag for de indberettende lande



NB: Prioriteringslister fra 23 EU-lande plus Bulgarien og Norge. Irland, Cypern, Litauen og Nederlandene havde ikke forelagt sådanne. Vurderinger af »brugens omfang« blev indgivet af eksperter fra alle 25 EU-lande plus Bulgarien og Norge. Det franske og det flamske fællesskab i Belgien indgav hver især en vurdering, og det samlede antal svar var således 28.

Kilder: Ekspertundersøgelse foretaget af nationale knudepunkter, SQ 23 (2004) spørgsmål 5.

⁽¹⁹³⁾ Se figur NSP-3 i Statistical bulletin 2006.

⁽¹⁹⁴⁾ Se årsberetningen for 2005 for en kort oversigt over beviser for effektiviteten af nåle- og sprøjteprogrammer (s. 68).

af mobile tjenester, som forsøger at nå ud til stofbrugere i lokalsamfundene. Sprøjtebytnings- eller salgsautomater supplerer nåle- og sprøjteprogrammerne i 8 lande⁽¹⁹⁵⁾, selv om tilbuddet er begrænset til en håndfuld steder, idet det kun er Tyskland og Frankrig, der har meldt om betydelige aktiviteter (henholdsvis ca. 200 og 250 automater). Spanien er det eneste EU-land, hvor nåle- og sprøjtebytning er almindelig i fængselsmiljøer, og dette tilbud var til rådighed i 27 fængsler i 2003. Det eneste andet EU-land, der har meldt om aktiviteter på dette område, er Tyskland, hvor mulighederne er begrænset til et enkelt fængsel.

Apoteksbaserede bytteordninger bidrager også til at udvide programmernes geografiske dækning, og endvidere kan salget af rene sprøjter på apoteker øge adgangen hertil. Det er tilladt at sælge sprøjter uden recept i alle EU-lande undtagen Sverige, selv om nogle farmaceuter er uvillige til at gøre dette, og nogle endog aktivt søger at hindre stofbrugere i at komme i deres lokaler. Der findes formelt organiserede apoteksbaserede sprøjtebytte- eller udleveringsnetværk i 9 europæiske lande (Belgien, Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Portugal, Slovenien og Det Forenede Kongerige), selv om deltagelsen i disse ordninger varierer meget fra næsten halvdelen af apotekerne (45 %) i Portugal til under 1 % i Belgien. I Nordirland foregår nåle- og sprøjtebytningen på nuværende tidspunkt udelukkende gennem apoteker.

Køb af sprøjter på apoteker kan for nogle intravenøse stofbrugere være en vigtig kilde til kontakt til sundhedstjenesten, og der er klart mulighed for, at dette kontaktsted kan udnyttes som kanal til andre tjenester. En indsats for at motivere apotekerne til og støtte dem i at udvikle deres tilbud til stofbrugere kunne være vigtig med hensyn til at udvide apotekernes rolle, men hidtil er det tilsyneladende kun Det Forenede Kongerige, Frankrig og Portugal, der har foretaget investeringer af betydning i denne retning.

Dødelighed og narkotikarelaterede dødsfald

Dødelighed blandt problematiske stofbrugere

De fleste oplysninger om dødelighed blandt problematiske stofbrugere i Europa vedrører opioidbrugere. Dødelighed i forbindelse med andre former for stofbrug er mindre velkendt, men er fortsat et vigtigt folkesundhedsspørgsmål.

Som led i en fællesundersøgelse, der blev indledt inden for rammerne af et EONN-projekt, analyseredes dødeligheden blandt opioidbrugere rekrutteret fra behandlingscentre

Er sprøjteudleveringens dækningsgrad tilstrækkelig i Europa?

Selv om næsten alle medlemsstater har meldt om en eller anden form for adgang til nåle- og sprøjteprogrammer, er virkningen af denne form for tiltag betinget af, at adgangen hertil er tilstrækkelig til at imødekomme behovene blandt intravenøse stofbrugere.

Nylige skøn over antallet af intravenøse stofbrugere og antallet af sprøjter, der er uddelt via nåle- og sprøjteprogrammer, foreligger for 9 europæiske lande. Ud fra disse data er det muligt at danne et groft skøn over antallet af sprøjter, der årligt er til rådighed pr. intravenøs stofbruger⁽¹⁾. På basis af de senest tilgængelige data varierer dækningen af nåle- og sprøjteprogrammer betydeligt, idet antallet af sprøjter, der årligt uddeles pr. skønnet intravenøs stofbruger, ligger fra 2-3 i Grækenland over 60-90 i Tjekkiet, Letland, Østrig og Portugal til ca. 110 i Finland, 210 i Malta og over 250 i Luxembourg og Norge. Endvidere er der også adgang til sprøjter på apoteker, og data fra Tjekkiet og Finland gør det muligt at anslå den samlede adgang til sprøjter. Ved at kombinere udleverings- og salgsdata fremgår det, at intravenøse stofbrugere på et år får udleveret i gennemsnit 125 sprøjter i Tjekkiet og 140 sprøjter i Finland.

Mange faktorer vides at påvirke injektionshyppigheden blandt stofbrugere, herunder brugsmønstre, afhængighedsgrad og anvendt stoftype. Det fremgik af en nylig undersøgelse, hvor forholdet mellem hiv-prævalens og sprøjteudleveringens dækning blev analyseret, at adfærdsmæssige faktorer som f.eks. injektionshyppighed og personlig genbrug af sprøjter i vid udstrækning er bestemmende for, hvor stor en mængde sprøjter det er nødvendigt at udlevere for at opnå et betydeligt fald i hiv-prævalensen (Vickerman mfl., 2006).

Måling af sprøjteudleveringens dækningsgrad er vigtig for at forstå, hvilken sandsynlig sygdomsforebyggende virkning sprøjteudleveringen kan have, og til at vurdere udekkeede behov. Det er imidlertid vigtigt at tage højde for adgangen til sprøjter via apotekssalg (priser, apotekæthed) samt adfærdsmønstre blandt intravenøse stofbrugere og miljømæssige faktorer ved fortolkningen af disse data. Dette spørgsmål behandles yderligere i Statistical bulletin 2006.

(1) Tekniske noter findes i Statistical bulletin 2006.

8 steder i Europa⁽¹⁹⁶⁾. Undersøgelsen viste en meget høj dødelighed blandt opioidbrugere i forhold til andre i samme aldersgruppe: 6-20 gange højere blandt mænd og 10-50 gange højere blandt kvinder. Det blev anslået, at på 6 af stederne (Amsterdam, Barcelona, Dublin, London, Rom og Wien) kunne 10-23 % af den samlede dødelighed blandt voksne i alderen 15-49 år tilskrives opioidbrug, især

(195) Se tabel NSP-2 i Statistical bulletin 2006.

(196) Amsterdam, Barcelona, Danmark, Dublin, Lissabon, London, Rom og Wien. Skøn over befolkningsdødeligheden omfattede ikke Danmark og Lissabon. Se EMCDDA (2002b).

overdoser, aids og eksterne årsager (ulykker, selvmord). Cirka en tredjedel af disse narkotikarelaterede dødsfald skyldtes overdoser, selv om denne andel var højere i byer med en lav udbredelse af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere og formentlig vil stige, når højaktiv antiretroviral behandling (HAART) bliver mere udbredt.

Det fremgik af en kohorteundersøgelse af dødeligheden foretaget i Tjekkiet, at dødeligheden blandt stimulansbrugere var 4-6 gange højere (standardiseret dødelighedsratio — SMR) end blandt den almindelige befolkning, mens dødeligheden blandt opioidbrugere var 9-12 gange højere. 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.

Efterhånden som opioidbrugere bliver ældre, optræder der foruden dødelighed som følge af andre eksterne årsager end overdoser, f.eks. selvmord og vold, også dødelighed som følge af kroniske sygdomstilstande (levercirrhose, cancer, åndedrætssygdomme, endocarditis, aids) (Nederlandenes nationale rapporter, 2004 og 2005, fra Municipal Health Service Amsterdam). Levevilkårene blandt stofbrugere (f.eks. hjemløshed, psykisk sygdom, vold, dårlig ernæring) kan også i vidt omfang bidrage til den høje dødelighed i denne gruppe.

Endvidere tegnede aids i forbindelse med intravenøs stofbrug sig for 1 528 dødsfald i 2002⁽¹⁹⁷⁾, selv om dette formentlig er for lavt vurderet. Det er vanskeligere at vurdere andre tilfælde af narkotikarelaterede dødsfald såsom sygdom (f.eks. hepatitis), vold og ulykker, men det er sandsynligt, at de tegner sig for et betydeligt antal dødsfald. Det er anslået, at 10-20 % af dødsfaldene blandt unge voksne i europæiske byer kan tilskrives opioidbrug (se ovenfor). Hertil kommer dødelighed i forbindelse med andre former for stofbrug, selv om dette er meget vanskeligt at kvantificere.

Narkotikarelaterede dødsfald

Narkotikarelateret dødsfald er et kompleks begreb. I nogle rapporter forstås der herved kun dødsfald forårsaget direkte under påvirkning af psykoaktive stoffer, mens det i andre tilfælde også omfatter dødsfald, hvor stofbrug spillede en indirekte rolle (trafikulykker, vold, smitsomme sygdomme). I en nylig rapport,

hvor man analyserede de forskellige former for skader, som forårsages af illegal stofbrug i Det Forenede Kongerige, blev det anslået, at narkotikarelateret dødsfald var den væsentligste narkotikarelaterede skade (MacDonald mfl., 2005).

I dette afsnit, og i EONN's protokol, forstås begrebet »narkotikarelaterede dødsfald« som dødsfald, der er forårsaget direkte af brugen af et eller flere stoffer, og som generelt indtræder 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«⁽¹⁹⁸⁾.

Mellem 1990 og 2003 indberettede EU-landene fra 6 500 til over 9 000 dødsfald hvert år, svarende til i alt over 113 000 dødsfald i denne periode. Disse tal kan betragtes som et minimumsskøn, da der formentlig er tale om underrapportering i mange lande⁽¹⁹⁹⁾.

Befolkningsdødeligheden som følge af narkotikarelateret dødsfald varierede meget mellem de europæiske lande fra 0,2 til over 50 dødsfald pr. 1 million indbyggere (i gennemsnit 13). I de fleste lande ligger tallet på 7-30 dødsfald pr. 1 million indbyggere, med tal på over 25 i Danmark, Estland, Luxembourg, Finland, Det Forenede Kongerige og Norge. Blandt 15-39-årige mænd er dødeligheden typisk tre gange højere (i gennemsnit 40 dødsfald pr. 1 million indbyggere), og i 7 lande er der registreret over 80 dødsfald pr. 1 million indbyggere. Narkotikarelaterede dødsfald tegnede sig for 3 % af alle dødsfald blandt europæere i alderen 15-39 år i 2003-2004, og for over 7 % i Danmark, Grækenland, Luxembourg, Malta, Østrig, Det Forenede Kongerige og Norge. Disse tal bør betragtes som minimumsskøn, og det skal også tages i betragtning, at der trods forbedringer stadig er store forskelle mellem landene med hensyn til kvaliteten af indberetningen, hvorfor direkte sammenligninger bør foretages med forsigtighed⁽²⁰⁰⁾.

Opioiddødsfald

De fleste tilfælde af »akutte narkotikarelaterede dødsfald« som følge af indtagelse af illegale stoffer, der er nævnt i indberetningerne fra EU-landene, involverer opioider, selv om andre stoffer i mange tilfælde også identificeres under den toksikologiske undersøgelse, især alkohol, benzodiazepiner og i nogle lande kokain. I Europa er de

⁽¹⁹⁷⁾ Se EuroHIV (2005). 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).

⁽¹⁹⁸⁾ Dette er den fælles definition, som EONN's gruppe af nationale eksperter har lagt sig fast på. For øjeblikket er de fleste nationale definitioner 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 2006. Afsnit 1: EONN's definition og afsnit 2: Nationale definitioner og protokollen DRD Standard, version 3.0).

⁽¹⁹⁹⁾ Se tabel DRD-2 (del i), DRD-3, DRD-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽²⁰⁰⁾ Se tabel DRD-1 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2006.

fleste tilfælde af opioiddødsfald relateret til heroin, men andre opioider spiller også en rolle (se nedenfor)⁽²⁰¹⁾.

Opioidoverdoser er en af de væsentligste dødsårsager blandt unge i Europa, navnlig blandt mænd i byområder.

På nuværende tidspunkt er overdoser den væsentligste dødsårsag blandt opioidbrugere i EU som helhed, navnlig i lande med en lav udbredelse af hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere (se »Dødelighed blandt problematiske stofbrugere«).

Størsteparten af de stofbrugere, der får en overdosis, er mænd⁽²⁰²⁾, som tegner sig for 65-100 % af tilfældene, og i de fleste lande ligger andelen på mellem 75 % og 90 %, med den højeste andel af kvinder i Tjekkiet, Polen og Finland, og den laveste i Cypern, Grækenland og Italien. Disse resultater skal fortolkes på den baggrund, at der er forskelle med hensyn til opioidbrug og intravenøs brug mellem mænd og kvinder.

De fleste ofre for overdoser er mellem 20 og 40 år, idet gennemsnitsalderen i de fleste lande ligger i midten af 30'erne (men mellem 20 og 44 år). Gennemsnitsalderen blandt ofre for overdoser er lavest i Estland, Slovenien, Bulgarien og Rumænien og højest i Tjekkiet, Nederlandene, Polen og Finland. Der er indberettet meget få overdosisdødsfald blandt unge under 15 år (17 tilfælde ud af et samlet antal dødsfald på 7 516, på basis af de senest tilgængelige data for hvert land), selv om narkotikadødsfaldene i denne aldersgruppe kunne være underreporteret. I EONN's tal indgår nogle få dødsfald blandt personer over 65 år, og kun 7 lande har angivet, at over 5 % af tilfældene falder ind under denne aldersgruppe⁽²⁰³⁾.

I en række nye medlemsstater er gennemsnitsalderen på død tidspunktet forholdsvis lav (Cypern, Estland, Letland, Slovakiet, Bulgarien og Rumænien), og andelen af ofre for overdoser under 25 år er høj, hvilket kan være udtryk for yngre heroinbrugere i disse lande. Den høje gennemsnitsalder i Tjekkiet skyldes, at mange dødsfald forårsaget af psykoaktive medikamenter er omfattet (figur 12).

I mange medlemsstater er gennemsnitsalderen for ofre for overdoser stigende, hvilket tyder på et fald i antallet af unge, der begynder at bruge heroin. Denne tendens er almindelig i EU-15-medlemsstaterne og er blevet registreret siden begyndelsen af 1990'erne, selv om den er mindre markant i Sverige og Det Forenede Kongerige. I de nye medlemsstater er tendensen mindre klar, og der er i mange tilfælde endog registreret et fald i gennemsnitsalderen⁽²⁰⁴⁾.

Metadondødsfald

I de nationale Reitox-rapporter for 2005 meldte mange lande om, at metadon var involveret i en betydelig andel af de narkotikarelaterede dødsfald. Den anvendte terminologi varierer mellem landene, og i nogle tilfælde er det vanskeligt at afgøre, hvilken rolle metadon spillede i forbindelse med dødsfaldet.

Danmark har angivet, at metadon var årsag til forgiftning (alene eller i kombination) i 44 % af dødsfaldene (95 ud af 214 tilfælde i 2004), en lignende andel som i 2003, men med en klar stigning fra 1997. Tyskland har angivet, at 345 tilfælde skyldtes »substitutionsstoffer« (46 alene og 299 sammen med andre narkotiske stoffer i 2004) med et klart fald siden 2002, og Det Forenede Kongerige har indberettet 216 tilfælde med »omtale« af metadon (England og Wales, i 2003), også med et klart fald fra 2002. Spanien har angivet, at der var nogle få tilfælde af overdoser med metadon alene (2 %), 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 de indberettede antal var meget små. Det er uklart, hvilke faktorer der ligger bag disse forskelle, og om der er tale om underreportering af tilfælde i nogle lande⁽²⁰⁵⁾.

Selv om forskningen viser, at substitutionsbehandling reducerer risikoen for dødelige overdoser, er det vigtigt at overvåge antallet af metadonrelaterede dødsfald og omstændighederne omkring dødsfaldet (stoffets oprindelse, om det blev indtaget sammen med andre stoffer, det tidspunkt af behandlingsprocessen, hvor forgiftningen skete) som en del af overvågningen af kvalitetskontrollen i forbindelse med substitutionsprogrammer.

Buprenorphin- og fentanyldødsfald

Dødsfald som følge af buprenorphinforgiftning synes at være sjældne, en omstændighed, som skyldes dette stofs farmakologiske agonist-antagonist-egenskaber. Der er imidlertid indberettet nogle dødsfald fra europæiske lande.

I de nationale rapporter for 2005 har kun Finland og Frankrig indberettet dødsfald i forbindelse med dette stof. I Finland blev buprenorphin påvist i forbindelse med 73 narkotikarelaterede dødsfald i 2004, det samme

⁽²⁰¹⁾ Se figur DRD-1 i Statistical bulletin 2006.

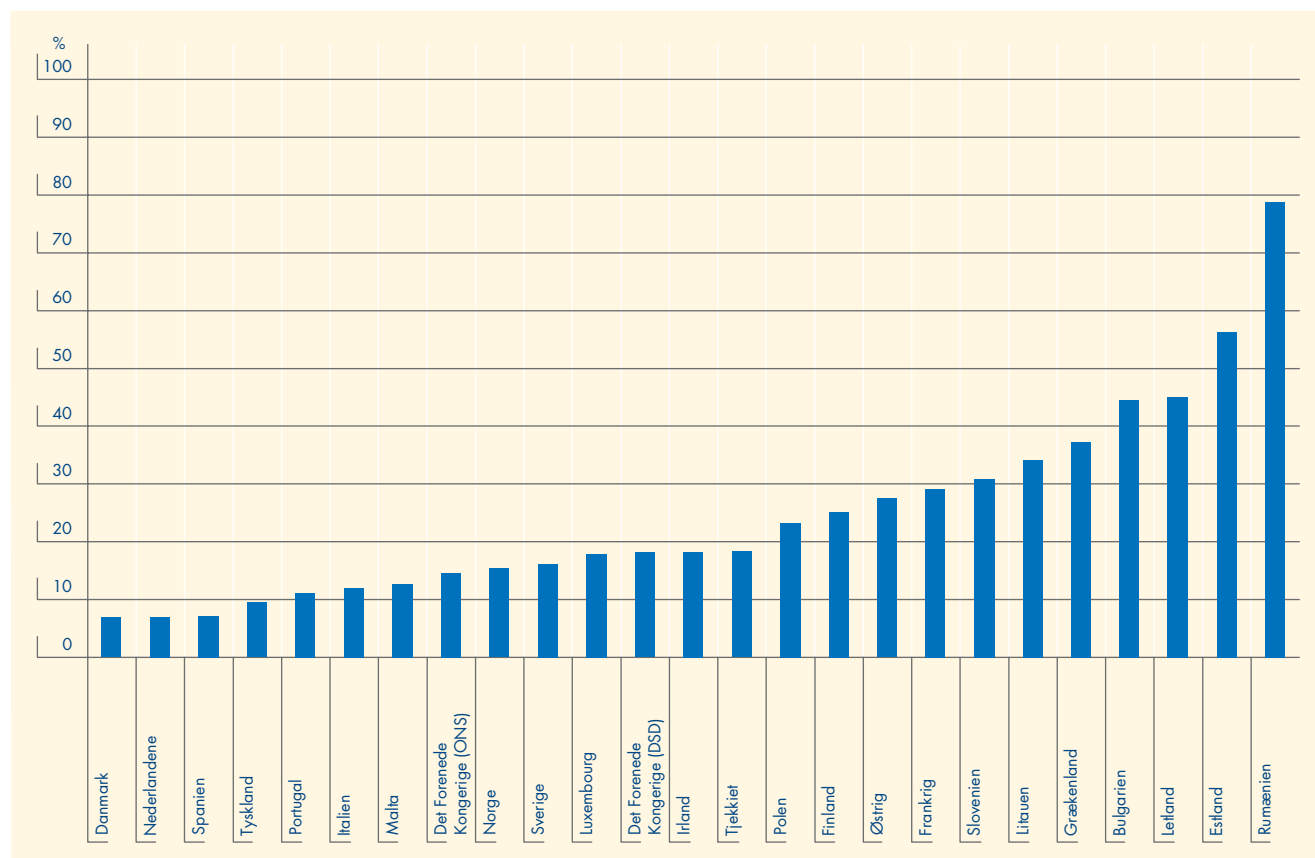
⁽²⁰²⁾ Da de fleste tilfælde, der er indberettet til EONN, er opioidoverdoser, anvendes generelle kendetegn ved akutte narkotikarelaterede dødsfald til beskrivelsen af opioidtilfælde.

⁽²⁰³⁾ Se tabel DRD-1 i Statistical bulletin 2006.

⁽²⁰⁴⁾ Se figur DRD-3 og DRD-4 i Statistical bulletin 2006.

⁽²⁰⁵⁾ Et igangværende EONN-feltforsøg tager sigte på at forbedre kvaliteten af de oplysninger, der fremlægges om stofferne i forbindelse med narkotikarelaterede dødsfald, herunder substitutionsstoffer.

Figur 12: Andel af akutte narkotikarelaterede dødsfald blandt personer under 25 år i 2002



NB: ONS: det nationale statistiske kontor, DSD: definition af narkotikastrategi.

2002 blev lagt til grund som reference, da det er det år, hvor der foreligger oplysninger for de fleste lande.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005) — oplysninger hentet i nationale dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre). Baseret på »nationale definitioner« som fremstillet i metodebeskrivelsen vedrørende narkotikarelaterede dødsfald i Statistical bulletin 2006.

antal som i 2003, og optrådte generelt sammen med benzodiazepiner, beroligende midler eller alkohol. Disse høje tal forekommer parallelt med en øget anvendelse af buprenorphinbehandling i Finland, selv om det antal, der er behandlet, er meget lavere end de skønsmæssigt 70 000-85 000 personer, der får buprenorphin i Frankrig. Det er derfor interessant, at der i Frankrig kun blev indberettet 4 tilfælde af buprenorphinoverdosis i 2004 (i forhold til 8 tilfælde 2003). Selv hvis der tages højde for en eventuel underrapportering af forgiftningerne i Frankrig, er forskellenes omfang slående. Foruden Frankrig og Finland har 3 andre lande indberettet tilfælde (kun 2-3 i hvert tilfælde) af dødsfald, der involverer buprenorphin, men uden beviser for, at stoffet var hovedårsagen dertil.

I tidligere år er dødsfald som følge af fentanyl blevet indberettet i lande i Østersøregionen, men sådanne indberetninger indgik ikke i de nationale rapporter for 2005.

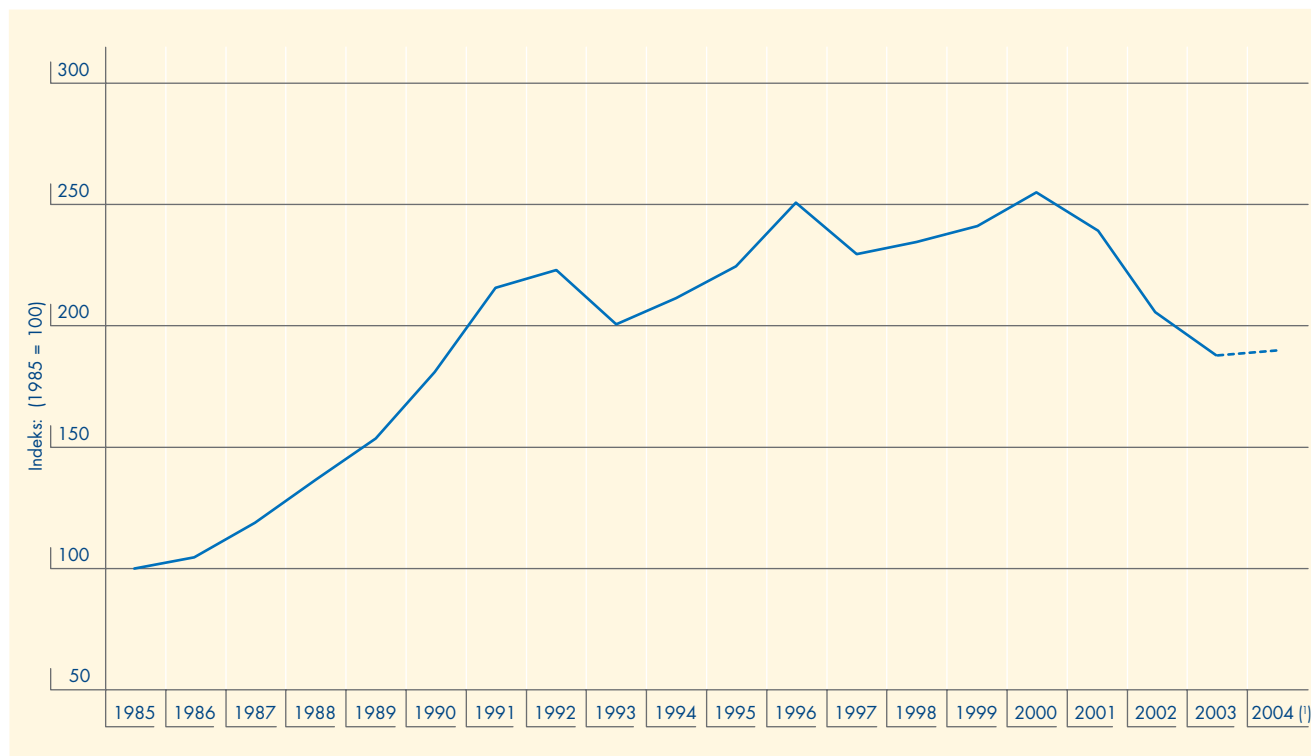
Tendenser i akutte narkotikarelaterede dødsfald

Nationale tendenser i de narkotikarelaterede dødsfald kan give et vist indblik i udviklingen i mønstrene i problematisk stofbrug i hvert land, f.eks. heroinepidemier og højrisikoadfærd (f.eks. intravenøs brug), samt behandlingstilbud og endog forskelle i tilgængeligheden af heroin. De kan selvfølgelig også være et udtryk for, i hvilket omfang det er lykkedes at forhindre dødelige overdoser som led i ordningerne for akut lægehjælp⁽²⁰⁶⁾.

EU-landene viser visse generelle tendenser i de narkotikarelaterede dødsfald. Blandt EU-15-medlemsstaterne kunne der konstateres en markant stigning i 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne, som muligvis forekom parallelt med stigningen i heroinbrug og intravenøs brug. Narkotikadødsfaldene fortsatte med at stige mellem 1990 og 2000, dog mindre markant (figur 13). Det samlede årlige antal narkotikarelaterede dødsfald i de medlemsstater, for

⁽²⁰⁶⁾ Se figur DRD-7 i Statistical bulletin 2006.

Figur 13: Langtidstendens for akutte narkotikarelaterede dødsfald, 1985-2004



(!) 10 lande har fremlagt data for 2004, og 6 har ikke. Tallet for 2004 er derfor foreløbigt og kun baseret på en sammenligning af data for 2003 og 2004 for de lande, som har fremlagt data for disse to år.

NB: Nye medlemsstater og kandidatlande indgår ikke i dette tal, da der i de fleste tilfælde mangler retrospektive data.

Antal dødsfald i hvert land og metodebeskrivelsen findes i tabel DRD-2 i Statistical bulletin 2006.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2005) — oplysninger hentet i generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre).

hvilke der foreligger oplysninger (de fleste medlemsstater, gamle og nye), steg med 14 %, fra 8 054 i 1995 til 9 392 i 2000.

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 fald i udbredelsen af stofbrug også kan være af betydning. På europæisk plan faldt antallet af narkotikadødsfald med 6 % i 2001, 13 % i 2002 og med 7 % i 2003. Trods disse forbedringer blev der stadig indberettet næsten 7 000 narkotikarelaterede dødsfald i 2003 (data fra Belgien, Irland og Spanien mangler). Blandt de lande, der har fremlagt oplysninger for 2004 (19), var der imidlertid en mindre stigning på 3 %. Selv om konklusioner vedrørende 2004 bør drages med forsigtighed, meldte 13 ud af de 19, der har fremlagt oplysninger, om en stigning af en vis størrelsesorden.

Der er en markant forskel mellem tendenserne i de gamle og de nye medlemsstater i antallet af dødsfald blandt unge under 25 år. Blandt EU-15-medlemsstaterne har der været et

konstant fald siden 1996, hvilket tyder på et fald i antallet af unge intravenøse opioidbrugere, mens der indtil 2000-2002 blev registreret en markant stigning i nye medlemsstater, hvor der tilsyneladende først begyndte at ske et fald i 2003⁽²⁰⁷⁾.

Der kan også iagttages kønsforskelle. Antallet af dødsfald blandt mænd steg gradvis mellem 1990 og 2000, efterfulgt af en klar nedgang (et fald på 30 % i 2003), mens antallet af indberettede dødsfald blandt kvinder stort set var stabilt mellem 1990 og 2000, svingende mellem 1 700 og 2 000 pr. år, og kun er faldet med 15 % siden da. Dette kunne skyldes en række faktorer, herunder forskellig effektivitet af foranstaltninger eller forskelle i risikofaktorer mellem kønnene⁽²⁰⁸⁾.

I lande med en længere dataserie kan der påvises forskellige mønstre i forbindelse med de narkotikarelaterede dødsfald. I nogle lande toppede de narkotikarelaterede dødsfald i begyndelsen af 1990'erne og faldt derefter, f.eks. i Tyskland, hvor de narkotikarelaterede dødsfald toppede i 1991-1992, Spanien (1991), Frankrig (1994) og Italien (1991). I andre lande, f.eks. Grækenland, Irland, Portugal,

⁽²⁰⁷⁾ Se figur DRD-5 i Statistical bulletin 2006.

⁽²⁰⁸⁾ Se figur DRD-6 i Statistical bulletin 2006.

Finland, Sverige og Norge, toppede narkotikadødsfaldene senere, mellem 1998 og 2001, og faldt derefter igen. I andre lande var mønsteret mindre klart, eller antallene var stabile. Selv om fortolkninger bør foretages med forsigtighed på grund af de forholdsvis lave antal narkotikarelaterede dødsfald i nogle lande, kunne disse mønstre bringes i sammenhæng med intravenøs heroinbrug⁽²⁰⁹⁾.

Ecstasy- og amfetaminrelaterede dødsfald

Ecstasyrelaterede dødsfald begyndte at blive indberettet i Europa i 1990'erne, efterhånden som stoffet blev populært. Ecstasydødsfald giver anledning til betydelig bekymring, da de ofte indtræffer uventet blandt socialt integrerede unge.

Oplysningerne om ecstasydødsfald er begrænsede, men det fremgår af data fra de nationale Reitox-rapporter for 2005, at dødsfald, hvor ecstasy er involveret, fortsat er forholdsvis ualmindelige sammenlignet med opioidrelaterede dødsfald, selv om antallet ikke er ubetydeligt i nogen lande. I Europa som helhed blev der henvist til 77 dødsfald, hvilket bør betragtes som et minimumsskøn⁽²¹⁰⁾. Tilfælde blev indberettet fra Danmark (2), Tyskland (20), Frankrig (4), Ungarn (3) og Det Forenede Kongerige (48 tilfælde med »omtaler« – 33 i England og Wales), hvor indberetningen formentlig er bedre end i andre lande. I Spanien var ecstasy til stede i 2,5 % af narkotikaforgiftningerne.

Spørgsmålet om risikoen i forbindelse med ecstasybrug er ofte blevet rejst. Under hensyntagen til fejlmarginen i undersøgelsesbaserede prævalensskøn og vanskelighederne ved at indberette narkotikadødsfald, når man, hvis antallet af registrerede dødsfald divideres med antallet af brugere pr. år⁽²¹¹⁾ (potentielt udsatte personer), frem til 5-8 tilfælde og 2-5 tilfælde pr. 100 000 brugere i de 2 lande, som denne beregning kan foretages for.

Det er også sjældent, at der indberettes amfetamindødsfald, selv om 16 dødsfald i Tjekkiet blev tilskrevet pervitin (metamfetamin) i 2004, næsten det dobbelte af tallet for 2003, hvilket korrelerede med en stigning i det skønnede antal problematiske pervitinbrugere og behandlingsanmodninger. Med hensyn til GHB-relaterede dødsfald se kapitel 4.

Kokainrelaterede dødsfald

Sundhedsrisiciene ved kokainbrug giver anledning til stigende bekymring, efter at der i nogle lande er registreret en øget brug i fritiden blandt unge, blandt personer, der

behandles for afhængighed, og blandt marginaliserede befolkningsgrupper.

Kokainbrug er udbredt blandt opioidbrugere, og det er almindeligt at finde kokain i toksikologiske analyser af opioidoverdoser ved siden af andre stoffer som f.eks. alkohol og benzodiazepiner. Kokain indtages sædvanligvis sammen med alkohol, en kombination, som kan føre til øget forgiftning.

De nuværende statistikker, der foreligger i Europa, er begrænsede, og forskelle i de kriterier, der anvendes til at identificere kokainrelaterede tilfælde, betyder, at tallene ikke er sammenlignelige; endvidere kan det ske, at nogle kokainrelaterede dødsfald ikke bemærkes eller indberettes, hvilket resulterer i underrapportering. Det fremgår af de data, der foreligger, at mange dødsfald, hvor kokain er involveret, også involverer opioider.

Blandt de lande, der indberetter data, blev der identificeret over 400 kokainrelaterede dødsfald i de nationale rapporter for 2005; dette er et minimumsskøn. I de fleste af disse tilfælde synes kokain at have spillet en kausal rolle, selv om dette ikke altid fremgår helt klart af rapporterne.

9 lande omtalte ikke udtrykkeligt, om der var registreret kokainrelaterede dødsfald eller ej. Kokain tegnede sig for 0-20 % af de indberettede akutte narkotikadødsfald, svarende til mellem 10 og 20 % af sådanne dødsfald i Tyskland, Frankrig, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Dødsfald, hvor kokain spillede en kausal rolle (alene eller i kombination), blev indberettet af Tyskland (166), Spanien (53), Frankrig (14), Nederlandene (20) og Det Forenede Kongerige (142 »omtaler« — 113 i England og Wales). 9 andre lande meldte om mellem 0 og 2 tilfælde. Endvidere findes kokain hyppigt i toksikologiske analyser af opioidoverdoser i nogle lande. På grundlag af de begrænsede data, der foreligger, er det vanskeligt at identificere tendenser med sikkerhed, men der synes at være en stigende tendens i alle lande med større antal tilfælde, dvs. Tyskland, Frankrig, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, selv om stigningerne er standset i Nederlandene i de seneste 2 år.

Endvidere er kokain muligvis en medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjerte-kar-problemer (arrhythmia, hjerteinfarkt og hjerneblødninger), især i tilfælde af foruddisponerede brugere eller personer med risikofaktorer (tobak, forhøjet blodtryk, angiomer) eller med stigende alder. Mange af disse tilfælde bliver ikke nødvendigvis indberettet på nuværende tidspunkt på grund af manglende

⁽²⁰⁹⁾ Se figur DRD-7 i Statistical bulletin 2006.

⁽²¹⁰⁾ Afhængigt af land henviser tallene til 2003 eller 2004 med hensyn til ecstasy og kokain.

⁽²¹¹⁾ Brug inden for de seneste 12 måneder i befolkningsundersøgelser.

opmærksomhed. Der er behov for yderligere forskning på dette område.

Reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

Effektive tiltag

En forhåndsbetingelse for undervisning i risici og risikohåndtering samt formidling af adgang til tjenester, herunder behandling, er, at man når ud til og får etableret en kommunikation med ubehandlede grupper af stofbrugere.

Forskning i omstændighederne omkring overdoser har støttet udviklingen af tiltag, der er målrettet mod højrisikosituationer eller højrisikopersoner. Med sådanne foranstaltninger kan der opnås en betydelig reduktion af antallet af dødsfald, der kan tilskrives de umiddelbare virkninger af narkotikaindtagelse. De forskellige tiltags rolle med hensyn til at reducere antallet af akutte narkotikarelaterede overdosisdødsfald blev sammenfattet i et nyligt policydokument fra EONN (EONN, 2004d).

Da størstedelen af overdosisdødsfaldene i Europa kan henføres til heroin, kan en forøgelse af andelen af heroinbrugere i behandling betragtes som en foranstaltning til forebyggelse af overdoser. De nylige moderate ændringstendenser i antallet af dødsfald som følge af overdosis, der er registreret i nogle medlemsstater, kan formentlig tilskrives en række faktorer. Heri indgår fald i udbredelse og intravenøs stofbrug, øget forebyggelsesindsats, øget adgang til, udnyttelse af og fastholdelse i behandling og eventuelt fald i risikoadfærd.

Beskrivelse af tiltag

I de fleste lande anses opioidsstitutionsbehandling ifølge ekspertudtalelser om brugen af forskellige interventionsstrategier med henblik på at reducere antallet af narkotikarelaterede overdosisdødsfald for at være den

mest hensigtsmæssige metode⁽²¹²⁾. Selv om der er adgang til denne form for behandling i Sverige og Ungarn, anses den ikke for at være en metode, der kan anvendes til at reducere antallet af narkotikadødsfald. I Estland og Polen betyder de få tilbud om substitutionsbehandling, at metadonsstitutionsbehandling ikke på nuværende tidspunkt anses for at være et væsentligt tiltag med henblik på at reducere antallet af overdosisdødsfald.

Tiltag i form af information, uddannelse og kommunikation (IEC) er andre vigtige foranstaltninger i de fleste europæiske lande. Formidling af budskaber om risikobevisthed og instruktioner i overdosishåndtering via specifikt udviklet trykt materiale eller andre medier (løbesedler, websteder, massemediekampagner) er almindelig eller fremherskende praksis i 19 lande. 7 lande (Estland, Frankrig, Irland, Letland, Ungarn, Malta, Finland) anvender imidlertid sjældent sådanne foranstaltninger, og ét land (Sverige) overhovedet ikke.

Ifølge de nationale knudepunkter er det mindre almindeligt at anvende den metode, hvor man systematisk integrerer en individuel risikovurdering i rådgivnings- og behandlingsrutiner og organiserer gruppesessioner i forbindelse med undervisning i risici og tiltag for stofbrugere.

En bred kategori af aktiviteter kan defineres som »foranstaltninger forud for løsladelse«. Disse spænder fra enkel informationsformidling over rådgivning om overdosisrisici og -forebyggelse til påbegyndelse eller fortsættelse af substitutionsbehandling i fængslet. De aktiviteter, der falder ind under denne gruppe af tiltag, blev imidlertid sjældent anvendt i 13 lande og slet ikke anvendt i andre 5 lande (Letland, Ungarn, Polen, Rumænien og Sverige). I Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige er foranstaltninger i fængslerne blandt de fremherskende tiltag til at reducere antallet af akutte narkotikadødsfald.

Lokale risici som følge af intravenøs stofbrug på offentlige steder har ført til, at der er etableret professionelt overvågede brugerrum i 4 EU-lande og Norge⁽²¹³⁾. Målgrupperne er yderst marginaliserede og udsatte gadenarkomaner (EONN, 2004c).

⁽²¹²⁾ Resultater baseret på en undersøgelse gennemført via 27 nationale knudepunkter i 2004. Instrumentet kan downloades på adressen: <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

⁽²¹³⁾ EU-landene er Tyskland, Spanien, Luxembourg og Nederlandene.



Kapitel 8

Forbedret overvågning af problematisk stofbrug og blandingsbrug

Narkotikaafhængighed, stofafhængighed, stofmisbrug, skadelig brug, problematisk brug: Mange forskellige begreber er forbundet med EONN's indikator for problematisk stofbrug, som hver især er kendetegnet ved sine egne hårfine sondringer i medicinske eller sociale betydninger. EONN's indikator for problematisk stofbrug overvåger »intravenøs brug eller langvarig/regelmæssig brug af heroin, kokain og/eller amfetaminer«. Omfattet af definitionen er pr. konvention brugen af andre opioider som f.eks. metadon.

Denne definition af problematisk stofbrug er en ren adfærdsmæssig definition baseret på brugsmønstre og måler ikke på nogen måde udtrykkeligt problemer. Alligevel er den forbundet med de forskellige afhængighedsbegreber gennem den opfattelse, at det er meget sandsynligt, at en person, der har denne adfærd, er omfattet af det mere generelle begreb »problematisk bruger«. Det er vigtigt at bemærke i denne henseende, at indikatoren for problematisk stofbrug kun foretager skøn over en vigtig undergruppe af de personer, som kan tænkes at have en eller anden form for narkotikaproblem. Alligevel er metoden af værdi: Som et adfærdsmæssigt bestemt begreb har det følgende fortrin:

- Det har gjort det muligt at gå videre med overvågningen uden at være bundet til definitioner af misbrug, afhængighed, skade og problem.
- Det er forholdsvis let at operationalisere i forskningsundersøgelser.
- Det grupperer forskellige former for stoffer og indtagelsesmåder som alternativer uden specifikt at sondre mellem dem.

Historisk set var EONN's overvågningsindikator et produkt af sin tid — i 1980'erne, og i vidt omfang i 1990'erne, blev heroinbrug og intravenøs stofbrug betragtet som væsentlige dele af narkotikaproblemet, som skulle estimeres. Endvidere kunne disse former for stofbrug ikke måles overbevisende ved hjælp af undersøgelsesmetoder. Medtagelsen af amfetaminer gjorde, at definitionen kunne anvendes i nogle af de nordiske lande, hvor intravenøs amfetaminbrug var betydelig, og selv om kokain blev omfattet, var det i praksis sjældent en væsentlig del i nogle skøn. Selv om indikatoren

for problematisk stofbrug stadig giver et nyttigt billede af en vigtig del af narkotikaproblemet, bliver det stadig tydeligere, at den bør udvikles yderligere for at opfylde de krav, der stilles i forbindelse med overvågningen af vore dages mere heterogene narkotikasituation i Europa.

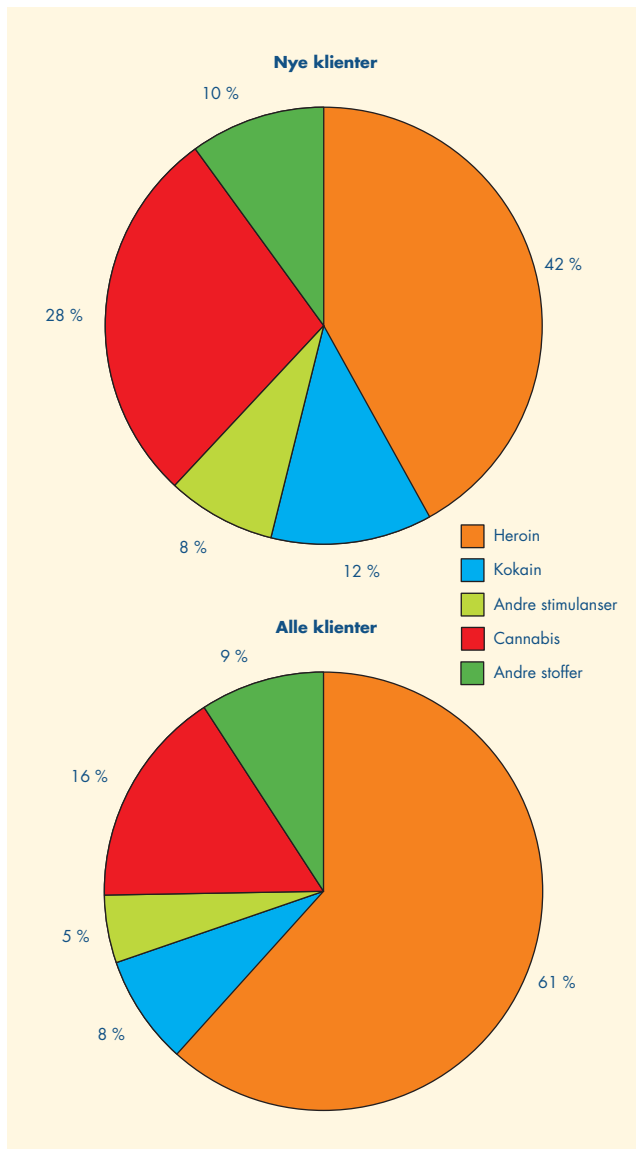
Vi ser stadig oftere et mere kompleks billede med hensyn til kroniske narkotikaproblemer i Europa. For at overvågningen fortsat skal være relevant i lyset af udviklingen inden for illegale stoffer, skal den videreudvikles og tage de udfordringer op, som består i at dække et bredere spektrum af stoffer og dække brugen heraf mere detaljeret, end den hidtil har gjort.

EU's udvidelse har omfattet flere forskellige former for social adfærd, og ulovlig stofbrug har ikke været nogen undtagelse. Udviklingstendenser i narkokulturen, det øgede udbud af syntetiske stoffer og ulovligt anvendte lægemidler, skift til kokain og den generelt høje udbredelse af cannabisbrug skal alle anerkendes i forståelsen af, hvad behovene er blandt dem, der har problemer som følge af deres brug af stoffer. Det fremgår af tidligere afsnit i denne beretning, at selv om heroinbrugere stadig klart tegner sig for hovedparten af anmodningerne til narkotikabehandlingstjenesterne, er billedet ved at ændre sig med hensyn til de personer, der kommer i behandling for første gang, og hvor problemer med cannabis og stimulanser angiveligt har været stigende (figur 14).

Denne ændrede situation skal ses på baggrund af den markante udvidelse af behandlingstilbuddene til personer med opioidrelaterede problemer samt en øget indberetning i forbindelse med behandlingstjenesterne.

Især opioidsstitutionsbehandling, hvor personer fastholdes i langvarig, kontinuerlig behandling (bemærk, at dette ikke fremgår af disse diagrammer, som kun viser de personer, der kommer i behandling i det aktuelle år), understreger den andel af de nuværende behandlingsressourcer, som opioider lægger beslag på i forhold til nye klienter i behandling. Alligevel ser det i mange lande ud til, at de personer, der udvikler et narkotikaproblem i Europa i dag, sandsynligvis vil være mere heterogene, i det mindste med hensyn til de stoffer, de bruger, end det traditionelt har været tilfældet.

Figur 14: Fordeling af »nye« og »alle« klienter, som anmoder om behandling, efter primært stof



NB: Baseret på data fra Bulgarien, Cypern, Danmark, Det Forenede Kongerige, Finland, Grækenland, Italien, Malta, Nederlandene, Rumænien, Slovakiet, Slovenien, Sverige, Tjekkiet, Tyrkiet, Tyskland og Ungarn.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

Indikatoren for problematisk stofbrug og medregning af skjulte grupper af stofbrugere

Den nuværende tilgang til problematisk stofbrug har vist sig særdeles værdifuld med hensyn til at få bedre skøn over den vigtige gruppe af stofbrugere, som er de væsentligste brugere af narkotikabehandlingstjenester i Europa. Denne tilgang har haft til formål at stimulere udviklingen af en række metoder og statistiske procedurer til at anslå den fulde størrelse af denne i vidt omfang skjulte gruppe. I forbindelse med alle disse tilgange er målingen baseret

på den forestilling, at en procentdel af de problematiske stofbrugere er »administrativt synlige«, da de er i kontakt med en række behandlingstjenester, retlige og akutte, samt sociale tjenester, og på grundlag af denne synlige minoritet kan gruppens størrelse anslås, hvis procentdelen er kendt. Disse former for indirekte statistiske metoder supplerer befolkningsundersøgelser, som af en række metodemæssige og praktiske årsager er mindre egnede til at anslå udbredelsen af stofbrug, som har lav udbredelse, er stigmatiseret og i vidt omfang skjult.

Med hensyn til den nuværende gennemførelse af indikatoren for problematisk stofbrug i EU har landene tilpasset definitionen, således at den dækker vilkårene på lokalt plan, og situationen er derfor heterogen. 9 lande følger i det væsentlige EONN's definition i dens nuværende form, 11 lande anslår kun antallet af brugere af opioider (eller heroin), og andre 4 lande udelukker ikke problematiske cannabisbrugere, selv om cannabisbrugere generelt kun udgør en meget lille del af deres skøn (kriterierne for at medtage cannabisbrugere er ret strenge, for så vidt som kun afhængighed eller meget intensiv brug medregnes).

Den mere udbredte anvendelse af kokain, crackkokain og stimulanser generelt, sammen med overlappningen mellem narkotikaproblemer og problemer i forbindelse med alkohol og ordinerede lægemidler, indebærer, at selv med en konsekvent gennemførelse af indikatoren vil skønnene nu dække flere forskellige former for stofindtagelse end tidligere, med mulighed for mere forskelligartede følger og problemer. Foruden overvågningen af det samlede omfang af problematisk stofbrug er der derfor behov for at gennemføre en særskilt overvågning af de forskellige former for adfærdsmønstre, som indgår i indikatoren for problematisk stofbrug, dvs. intravenøs stofbrug og hver stoftype inden for definitionen af problematisk stofbrug.

Dette kan navnlig være vigtigt i lyset af, at der i nogle lande er tegn på en stigende brug af kokain, og mønstrene i brugen af amfetamin samt give mulighed for en detaljeret sporing af tendenserne med hensyn til opioidbrug. Hvis alle disse adfærdsmønstre kun indberettes samlet, er der klart risiko for, at vigtige udviklingstendenser kan skjules og en mulighed for en bedre forståelse af tendenserne fortabes.

Tidligere i denne beretning blev der for første gang fremlagt et særskilt skøn over heroinbrug og intravenøs brug i Europa. Endvidere bemærker vi den forbedrede adgang til behandling for opioidproblemer med skøn på over en halv million opioidsubstitutionsbehandlinger i Europa. Dette viser, at andelen af heroinbrugere og intravenøse stofbrugere, der er eller har været i kontakt med behandlingstjenester, kan være temmelig stor i mange lande. EONN er sammen med sine nationale tekniske grupper for øjeblikket ved at undersøge, hvilken yderligere værdi det

kan have at samle oplysninger om behandlingsefterspørgsel, behandlingsmuligheder og skøn over heroinbrug og intravenøs stofbrug.

Andet og mere end en indikator for problematisk stofbrug

Et yderligere skridt i udviklingen af vor evne til bedre at forstå narkotikaproblemet i Europa er at undersøge, i hvilket omfang intensiv stofbrug kan omfattes af overvågning ud over overvågningen af problematisk stofbrug. Det skal undersøges nærmere, i hvilket omfang intensiv stofbrug, uanset definitionen heraf, er forbundet med afhængighed, samt omfanget og arten af problemer, og f.eks. Kandel og Davis (1992) har skønnet, at ca. en tredjedel af daglige cannabisbrugere i USA kan anses for at være afhængige. Vejen fremad på dette område kræver, at begrebet hyppig, intensiv brug af cannabis og andre illegale stoffer formaliseres som et område, der specifikt skal overvåges. Hyppig eller intensiv brug kan måles i undersøgellesdata med henblik på at supplere de skøn, der er foretaget heraf på baggrund af indirekte statistiske metoder.

På nuværende tidspunkt giver undersøgellesdata et nyttigt billede af forskellige mønstre i brugen af cannabis, men disse er i vidt omfang begrænset til målinger af adfærd og brugshyppighed. Undersøgellesdata er formentlig vigtige, hvis vi skal udvikle solide skøn over antallet af brugere af stoffer som f.eks. cannabis, som kunne beskrives som afhængige brugere eller personer med skadelig brug, i det mindste på grundlag af selvrapportering.

Dette skridt mod at definere hyppig, intensiv brug mere formelt i forbindelse med en række stoffer vil også understøtte udviklingen af forskningsværktøjer til at vurdere problemernes og afhængighedens omfang i forbindelse med forskellige niveauer af og mønstre i cannabisforbrug. En række europæiske lande er i gang med at udvikle metoderedskaber til måling af både intensiv brug og afhængighedens og problemernes omfang, og EONN fremmer samarbejdet på dette arbejdsområde.

Det gør det yderligere vanskeligt at identificere intensiv brug som en indikator for de personer, som sandsynligvis er mest udsatte for at blive afhængige eller få problemer, at det i en vis udstrækning er specifikt for det enkelte stof, hvad der udgør intensiv brug. Selv om problematisk opioidbrug i høj grad er karakteriseret ved daglige brugsmønstre, er dette ofte ikke tilfældet med stimulanter. Med disse stoffer er binge-forbrug ofte mere almindeligt, dvs. brug, der eskaleres i korte perioder og derefter falder, og hvor brugerne ofte skifter til andre stoffer eller alkohol for at afhjælpe de negative følger af afholdenhed. Både farmakologiske og kontekstuelle faktorer kan være vigtige med hensyn til at påvirke intensive stofbrugsmønstre, men det er klart, at

adfærdsmålinger i forbindelse med intensiv brug vil skulle tage højde for de forskellige stofbrugsmønstre i forbindelse med de forskellige former for stoffer.

Udfordringen med at indberette problemer med blandingsbrug

Af gode praktiske og metodemæssige årsager beskriver de fleste indberetninger om stofbrug hvert stof for sig. Dette giver den begrebsmæssige klarhed, der er nødvendig for at lette indberetningen på grundlag af de foreliggende adfærdsmålinger, men det tager ikke højde for, at de enkelte stofbrugere ofte har brugt eller bruger en række både illegale og legale stoffer, og at disse brugere også kan have problemer med mere end ét stof. De kan erstatte den ene stoftype med en anden eller ændre deres foretrukne stof over tid eller bruge dem som supplement til hinanden. En sådan kompleksitet udgør en særdeles stor udfordring for et overvågningsystem, selv om analysen er begrænset til enkle adfærdsmålinger af stofbrugen i forskellige tidsrum. Hvis problematisk og afhængig brug medtages, øges denne kompleksitet yderligere, og der findes meget få solide data på europæisk plan, som kan muliggøre en kvalificeret analyse. Det er dog sandsynligt, at nogle lande har en betragtelig gruppe kroniske problematiske stofbrugere, som det er vanskeligt at klassificere efter primært stof, og som kan have problemer som følge af deres brug af både legale og illegale stoffer. For at kunne løse dette problem, skal der udvikles en bedre forståelse af mønstrene i blandingsbrug og anvendelse af denne til at forbedre indberetningen på nationalt og europæisk plan.

Skift mellem forskellige stoffer

Inden for det generelle begreb blandingsbrug skal mange specifikke betydninger af udtrykket tages i betragtning. I den ene ende af spektret er der brugen af mange stoffer på en intensiv og kaotisk måde, på samme tid eller efter hinanden, hvor det enkelte stof i mange tilfælde erstatter et andet alt efter tilgængelighed. Dette er f.eks. tilfældet med problematiske brugere, som bruger forskellige opioider samt farmaceutiske præparater, kokain, amfetaminer og alkohol.

Dette brugsmønster synes at gøre sig gældende blandt kroniske brugere, eventuelt blandt marginaliserede grupper, og eventuelt blandt personer med psykiatriske lidelser. I mange indberetningssystemer i Europa vil disse tilfælde blive tilskrevet opioider.

Disse personer vil som sådan blive omfattet af definitionen og overvågningen af problematiske stofbrugere. Tilbage står imidlertid det yderligere spørgsmål, om dette intensive, kaotiske blandingsbrug i sig selv er en tilstrækkelig enhed — en afhængighed, der ikke knytter sig til et bestemt stof, og som derfor kræver målrettede epidemiologiske målinger og behandling, støtte eller skadesreduktion i en særlig

vanskelig situation. Under disse omstændigheder vil enhver overvågning af bestanddelene af problematisk stofbrug skulle omfatte blandingsbrug som en af de dele, der måles særskilt.

Brug af flere stoffer

Der findes en anden gruppe brugere, som systematisk tager mange stoffer på samme tid, og som ønsker virkningerne af den farmakologiske kombination, f.eks. en »speedball« — intravenøs brug af heroin og kokain på samme tid.

Et andet stof med en funktionel eller farmakologisk virkning er ikke begrænset til samtidig brug, men kan også anvendes efterfølgende, som erstatning eller som et supplerende stof. F.eks. kan benzodiazepin anvendes til at reducere abstinenssymptomer, når opioider ikke er tilgængelige. I andre tilfælde kan et andet stof anvendes på grund af sin kompenserende farmakologiske virkning: Dette er tilfældet, når den narkotiske virkning af opioider ændres ved at bruge kokain, eller når angsteffekten i forbindelse med kokain eller amfetaminer dæmpes ved brug af opioider eller andre beroligende midler.

Øgede risici gennem blandingsbrug

Den forstærkende virkning af ét stof på et andet er undertiden betydelig, og i denne henseende skal de legale stoffer og lægemidler — f.eks. alkohol, nikotin og antidepressiver — behandles sammen med de kontrollerede psykoaktive stoffer. Risikoen vil afhænge af dosen af begge stoffer. Der er betænkelighed med hensyn til en række farmakologiske »par«: Alkohol og kokain øger den kardiovaskulære toksicitet, og tages alkohol eller beroligende midler sammen med opioider, øges risikoen for overdosis, og tages opioider eller kokain sammen med ecstasy eller amfetaminer, medfører dette også en yderligere akut toksicitet.

Begrænsede tilgængelige data om blandingsbrug

Manglen på tilgængelige data begrænser indberetningen i forbindelse med mange aspekter af blandingsbrug. Der foreligger data fra toksikologiske rapporter fra narkotikaoverdoser og selvrappporter fra personer i behandling. Selv om disse kilder giver mulighed for et vist indblik i blandingsbrug, er de foreliggende oplysninger ofte begrænsede, og repræsentativiteten af dataene skal tages i betragtning.

Det fremgår således af undersøgelsesresultater, at personer i vidt omfang bruger mere end to stoffer i samme periode. Undersøgelsesdata indeholder imidlertid ofte sparsomme oplysninger om nogle former for stofbrug, og selv i de tilfælde, hvor der foreligger data, skal der gøres en indsats for at udvikle sammenlignelige rapporteringsstandarder. Et eksempel på omfanget af data om blandingsbrug fra befolkningsundersøgelser kan ses i en nylig teknisk rapport

udarbejdet af EONN (2005b). Med dataene fra Spanien som eksempel, figur 15, fremgår det, at med brugen af ét stof øges tendensen til, sammenlignet med tendensen blandt den almindelige befolkning, at have brugt et andet, og at dette varierer alt efter stof. F.eks. er brugen af kokain forholdsvis almindelig blandt heroinbrugere, mens brugen af andre stoffer er mindre udbredt blandt kokainbrugere.

Udvikling af en operationel definition af blandingsbrug: et spørgsmål om timing?

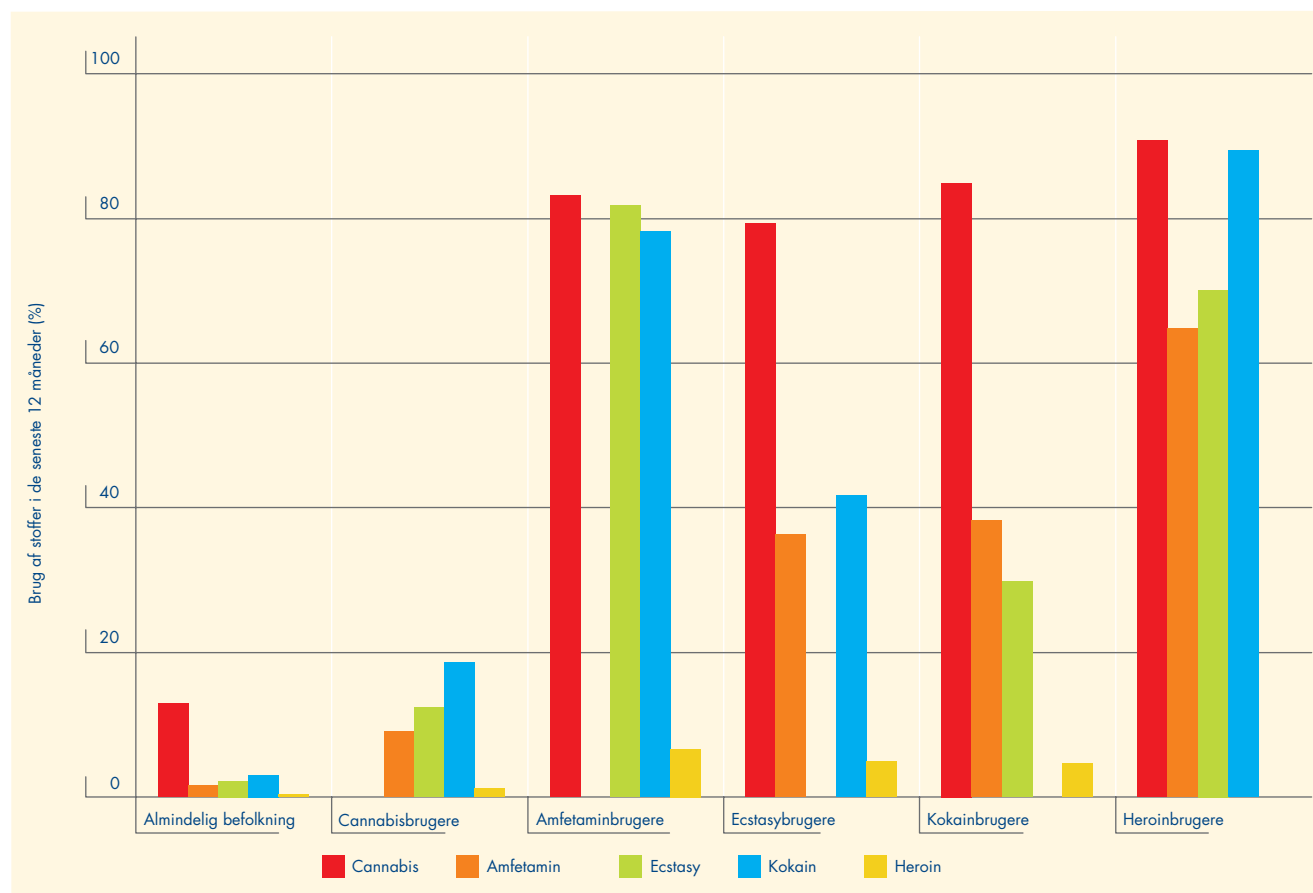
Det skal overvejes, hvilke tidsrum der vælges til vurdering og indberetning af blandingsbrug. Langtidsprævalensen er formentlig generelt ikke særlig nyttig eller relevant for folkesundhedsspørgsmål i forhold til målinger af nylig brug.

Blandingsbrug kunne hensigtsmæssigt defineres operationelt som hyppig brug af mere end ét stof over et nærmere bestemt minimumstidsrum, f.eks. 1 måned. Herved sondres ikke mellem de forskellige former for brug, der er beskrevet ovenfor, men det giver et generelt billede af, hvad der kunne være en højrisikogruppe. Som en undtagelse anvendes langtidsprævalensen til at karakterisere blandingsbrug i forbindelse med de meget unge — skoleelever eller uddannelsessøgende — hvor langtidsprævalensen for blandingsbrug i højere grad kan afspejle aktuel brug. Det tyder på, f.eks. på grundlag af ESPAD-undersøgelser, at de mere afvigende stofbrugsmønstre og mønstre med lav prævalens blandt uddannelsessøgende (ecstasy, amfetamin, hallucinogener, kokain, heroin) er koncentreret blandt nogle få personer.

Forbedring af overvågningen af narkotikaproblemet i Europa og forbedring af sensitiviteten over for blandingsbrug

Det er en af EONN's hovedopgaver at opnå en bedre forståelse af arten og omfanget af narkotikaproblemet i Europa. Stofbrug er imidlertid en kompliceret problemstilling, der omfatter en række adfærdsmønstre, som i forskellig grad står i forbindelse med mange væsentlige folkesundhedsmæssige og sociale problemer. Stofbrugere kan have eller har risiko for at få problemer. Stofbrugsmønstrene kan variere fra eksperimenterende, episodisk og lejlighedsvis brug til regelmæssig, intensiv og ukontrolleret brug. Stofbrugere kan klassificeres under kliniske definitioner som at have et narkotikaproblem eller være afhængig, og i forskningsmæssige henseende kan begge disse kategorier udbygges i det uendelige. Som en yderligere forøgelse af denne kompleksitet indtager stofbrugere ofte flere stoffer og ændrer deres forbrugsmønstre over tid. Der er intet enkelt rapporteringsinstrument, der i tilstrækkelig grad kan tage højde for denne kompleksitet.

Figur 15: Brug af stoffer i de seneste 12 måneder blandt forskellige brugergrupper i den almindelige befolkning i alderen 15-34 år



NB: Data for Spanien fra 1999. Se figur GPS-34 i Statistical bulletin 2006 for yderligere oplysninger.
 Kilde: EONN (2005b).

I praksis har den tilgang med mange indikatorer, som EONN har valgt, til formål at belyse disse forskellige aspekter af narkotikafænomenet.

Ved at fokusere på en række bestemte adfærdsmønstre giver indikatoren for problematisk stofbrug et nyttigt billede af nogle af de mest skadelige og dyre former for stofbrug. Som sådan er det en vigtig komponent i forståelsen af narkotikaproblemet i Europa som helhed. Der er imidlertid nu et klart behov for at supplere de generelle skøn i forbindelse med indikatoren for problematisk stofbrug med skøn over stoffsificke komponenter for at løse det stadig mere heterogene narkotikaproblem i Europa.

I betragtning af, at mange af de tilgængelige datakilder er baseret på adfærdsmæssige indberetninger om stofbrug, skal begrebet hyppig eller intensiv brug udvikles på dette

grundlag. Dette vil give flere muligheder for at overvåge narkotikaproblemerne end dem, der på nuværende tidspunkt findes i forbindelse med indikatoren for problematisk stofbrug. Lokaliseringen af oplysningerne om problematisk stofbrug ved siden af dette bredere informationsgrundlag vil også være et fremskridt i forbindelse med EONN's indsats for at forbedre sin generelle forståelse af både omfanget og arten af narkotikaproblemerne i Europa. Parallelt hermed skal der ske en fremskyndelse af arbejdet med at udvikle rapporteringsstandarder, som gør det lettere at beskrive mønstre i blandingsbrug på europæisk plan. Det første skridt i denne retning består i at udvikle en mere sofistikeret begrebsmæssig ramme for undersøgelsen af forskellige typer blandingsbrug — herunder vedtagelsen af passende tidsmæssige rammer — og identificere passende datakilder.





Referencer

- ACPO Drugs Committee (2002): *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers (Sammenslutningen af Politichefer), London.
- Bossong, M.G., Van Dijk, J.P. og Niesink, R.J.M. (2005): »Methylone and mCPP, two new drugs of abuse?«, *Addiction biology* 10(4), s. 321-323.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. mfl. (2005): *Tiered approach to drug prevention and treatment among young people*, National Collaborating Centre for Drug Prevention, Liverpool.
- Chen, C.-Y., O'Brien, M.S. og Anthony, J.C. (2005): »Who becomes cannabis dependent soon after onset of use? Epidemiological evidence from the United States: 2000-2001«, *Drug and alcohol dependence* 79, s. 11-22.
- Chivite-Matthews, N., Richardson, A., O'Shea, J. mfl. (2005): *Drug misuse declared: findings from the 2003/04 British Crime Survey*. Home Office statistical bulletin 04/05, Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/hosb0405.pdf>).
- CND (2005): *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 (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.
- EONN (2002a): *Prosecution of drug users in Europe—varying pathways to similar objectives*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2002b): »Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs«, Projekt CT.00.EP.13, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2004a): *Årsberetning 2004: Narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2004b): *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights nr. 6, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2004c): *European report on drug consumption rooms*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2004d): »Overdosis — en væsentlig årsag til undgæelige dødsfald blandt unge«, *Fokus på narkotika* 13, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2005a): *Årsberetning 2005: Narkotikasituationen i Europa*, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2005b): »Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use«, endelig rapport, projekt CT.03.P1.200, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2005c): »Data collection to develop an inventory of social and health policies, measures and actions concerning drug users in prison in the recently incorporated Member States to the EU«, endelig rapport, projekt CT.04.P2.329, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EuroHIV (2005): *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institute de Veille Sanitaire, Saint-Maurice. Nr. 71.
- Europol (2006): »Drugs 2006« (meddelelse til EONN af 16. januar 2006, sagsnr. 158448), Europol, Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. mfl. (2005): »Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention«, *International journal of drug policy* 16S, s. S67-75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. mfl. (2005): »Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users«, *World psychiatry* 4(3), s. 173-176.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. mfl. (2004): *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. mfl. (2003): »Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients«, *Archives of general psychiatry* 60, s. 1043-1052.
- INCB (2006a): *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, New York.
- INCB (2006b): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, New York.
- Kandel, D. og Davis, M. (1992): »Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors from near daily use«, i: Glantz, M. og Pickens, R. (red.): *Vulnerability to Drug Abuse*, s. 211-253. American Psychological Association. Washington.

- Kumpfer, K.L., Molgaard, V. og Spoth, R. (1996): »The Strengthening Families Program for prevention of delinquency and drug use in special populations«, i: Peters, R. og McMahon, R. J. (red.) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.
- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. mfl. (2005): *Measuring the harm from illegal drugs using the drug harm index*. Home Office Online Report 24/05. Home Office, London (<http://www.homeoffice.gov.uk/rds/pdfs05/rdsolr2405.pdf>).
- Naber, D. og Haasen, C. (2006): *Das bundesdeutsche Modellprojekt zur heroingestützten Behandlung Opiatabhängiger — eine multizentrische, randomisierte, kontrollierte Therapiestudie*, Hamburg: Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg (http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf).
- Nationale Reitox-rapporter (2005) (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).
- ONS (2006): *Health Statistics Quarterly 29*, Office for National Statistics, London.
- Poling, J., Oliveto, A., Petry, N. mfl. (2006): »Six-month trial of bupropion with contingency management for cocaine dependence in a methadone-maintained population«, *Archives of general psychiatry* 63, s. 219-28.
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. mfl. (2004): »Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups«, *European addiction research* 10, s. 147-155.
- Roe, E. og Becker, J (2005): »Drug prevention with vulnerable young people: a review«, *Drugs: education, prevention and policy*, 12(2), s. 85-99.
- Roozen, H.G., Boulogne, J.J., van Tulder, M.W. mfl. (2004): »A systematic review of the effectiveness of the community reinforcement approach in alcohol, cocaine and opioid addiction«, *Drug and alcohol dependence* 74, s. 1-13.
- Schäfer, C. og Paoli, L. (2006): *Drogenkonsum und Strafverfolgungspraxis*, Duncker & Humblot, Berlin.
- Schottenfeld, R.S., Chawarski, M.C., Pakes, J.R. mfl. (2005): »Methadone versus buprenorphine with contingency management or performance feedback for cocaine and opioid dependence«, *American journal of psychiatry* 162, s. 340-9.
- Shearer, J. og Gowing, L.R. (2004): »Pharmacotherapies for problematic psychostimulant use: a review of current research«, *Drug and alcohol review* 23, s. 203-211.
- UNODC (2003a): *Global illicit drug trends 2003*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2003b): *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2005): *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru — June 2005*, 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 og Marokkos regering (2005): *Morocco Cannabis Survey 2004*. FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- Van den Brink, W. (2005): »Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment«, *Sucht* 51(4), s. 196-198.
- Vickerman, P., Hickman, M., Rhodes, T. og Watts, C. (2006): »Model projections on the required coverage of syringe distribution to prevent HIV epidemics among injecting drug users«, *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* (in press).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. mfl. (2002): »What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults«, *Drug and alcohol dependence* 68(1), s. 49-64.
- WCO (2005): *Customs and drugs 2004*, Verdenstoldorganisationen, Bruxelles.
- WHO (2005): *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004): »Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention«, positionsrapport, Verdenssundhedsorganisationen, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, UNAIDS (http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html).

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning 2006: narkotikasituationen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer

2006 — 96 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-251-9

SALG OG ABONNEMENTER

De betalingspublikationer og -produkter, som Publikationskontoret udgiver, fås igennem vores salgskontorer overalt i verden.

En liste over salgskontorer fås enten på Publikationskontorets websted (<http://publications.europa.eu>) eller ved at sende en fax til (352) 2929-42758.

Afgiv bestilling hos det salgskontor, der geografisk passer bedst.

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.