



Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

ISSN 1682-2773

# ÅRSRAPPORT 2006

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA





Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

# ÅRSRAPPORT 2006

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA

## Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen fra Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er opphavsrettslig beskyttet. EONN påtar seg intet juridisk eller erstatningsrettslig ansvar for følger av bruken av opplysningene i dette dokumentet. Innholdet i denne publikasjonen representerer ikke nødvendigvis de offisielle holdningene til EONNs partnere, medlemsstatene i EU eller andre institusjoner eller organer i Den europeiske union eller De europeiske fellesskap.

Store mengder tilleggsinformasjon om Den europeiske union er tilgjengelig på internett via Europa-serveren (<http://europa.eu>).

Europe Direct er en tjeneste som hjelper deg med å finne svar på dine spørsmål angående den europeiske union

Gratis telefonnummer (\*):  
**00 800 6 7 8 9 10 11**

(\* ) Noen mobiltelefon-operatører aksepterer ikke tilgang til 00 800 nummer, eller disse samtalene blir fakturert.

Rapporten foreligger på spansk, tsjekkisk, dansk, tysk, estisk, gresk, engelsk, fransk, italiensk, latvisk, litauisk, ungarsk, nederlandsk, polsk, portugisisk, slovakisk, slovensk, finsk, svensk, bulgarsk, rumensk, tyrkisk og norsk. Alle oversettelser er utført av Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer. Bibliografiske data finnes bakerst i denne publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2006

ISBN 92-9168-264-0

© Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2006

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

*Printed in Belgium*

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingscenter for  
narkotika og narkotikamisbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisbon, Portugal  
Tel. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11  
[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • <http://www.emcdda.europa.eu>

# Innhold

Forord	5
Takk	7
Innledende note	9
Kommentar: Narkotikasituasjonen i Europa	11
Kapittel 1	
<b>Politikk og lovgivning</b>	<b>17</b>
Kapittel 2	
<b>En oversikt over responsen på narkotikaproblemet i Europa</b>	<b>27</b>
Kapittel 3	
<b>Cannabis</b>	<b>37</b>
Kapittel 4	
<b>Amfetamin, ecstasy og andre psykotrope stoffer</b>	<b>47</b>
Kapittel 5	
<b>Kokain og crack</b>	<b>57</b>
Kapittel 6	
<b>Opioid- og sprøytebruk</b>	<b>65</b>
Kapittel 7	
<b>Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og narkotikarelaterte dødsfall</b>	<b>73</b>
Kapittel 8	
<b>Bedre kartlegging av problembruk og blandingsbruk</b>	<b>85</b>
Kilder	91



## Forord

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikaavhengighet utgir i år sin ellefte årsrapport, denne gang på 23 europeiske språk. Hvis vi ser tilbake på rapportene senteret har utgitt i løpet av disse årene, er det vanskelig ikke å bli slått av hvor mye mer detaljert den tilgjengelige informasjonen er blitt. Detaljnivået gjenspeiler da også at situasjonen er blitt langt mer kompleks både når det gjelder bruken av illegale rusmidler i Europa og når det gjelder måten Europa møter narkotikafenomenet på.

Det har vært en betraktelig økning i mengden informasjon som ligger til grunn for våre analyser. Denne årsrapporten er basert på data fra EUs 25 medlemsstater og Norge, og der data er tilgjengelig, fra Bulgaria, Romania og Tyrkia. I tillegg til at vi har hatt en økning i antall rapporterende land, har også mengden sammenlignbar informasjon fra hvert land fortsatt å øke. Dette har gitt oss et langt mer detaljert bilde av narkotikasituasjonen i Europa og dens dynamikk, enn noen gang tidligere. EONNs oppgave er å utforske denne kompleksiteten ved å sammenstille felles erfaringer hvor disse finnes og å kommentere forskjellene. I samarbeidet landene imellom og i arbeidet med å samle inn data til EONN har medlemslandene forstått at de problemene deres naboland har i dag, faktisk kan bli deres egne i morgen. Bevisstheten om dette kommer klart fram i Den europeiske unions nye narkotikastrategi og tilhørende tiltaksplaner, som understøttes av en felles forståelse av hvor viktig informasjonsinnsamling og -utveksling er, av behovet for å identifisere og spre god praksis så vel som verdien av samarbeid og koordinerte tiltak i arbeidet mot den trusselen narkotika utgjør for våre innbyggers helse, velvære og sikkerhet.

Tanker rundt den informasjonen vi har tilgjengelig, minner oss også om at vi hele tiden må være på vakt, og om hvor farlig det er å slå seg til ro med situasjonen. Rapporten sender ut varselsignaler når det gjelder narkotikarelatert HIV-smitte og narkotikarelaterte dødsfall. Det har likevel blitt lagt ned en enorm innsats i hele Europa for å gripe

fatt i disse problemene, noe som har resultert i en merkbar framgang på området. Europeiske beslutningstakere har på bakgrunn av dette måttet ta vanskelige valg, noe de har gjort etter å ha gått grundig gjennom tilgjengelig bevismateriale. Denne typen tilnærming er prisverdig. Den globale narkotikadebatten er ikke uten retorikk når det gjelder behovet for en balansert og evidensbasert tilnærming. I Europa, kanskje mer enn noe annet sted, har denne retorikken blitt virkelighet. Til tross for forskjeller mellom medlemslandene når det gjelder detaljer ved narkotikaproblemene de står overfor og hvilke tiltak de prioriterer, er det generell enighet dem imellom om betydningen av informasjonsutveksling og samarbeid for å redusere narkotikatilgangen samt om behovet for å balansere tilbuds- og etterspørselsreducerende tiltak. Det er også økende enighet om nødvendigheten av å la bevisene styre når vanskelige avgjørelser skal tas om hvilke programmer og tiltak som er til innbyggernes beste. Denne europeiske tilnærmingen viser seg ikke bare i den nye europeiske narkotikastrategien, men også i de nasjonale narkotikastrategiene som våre medlemsland har vedtatt, i Europas stadig sterkere og mer forente stemme, og i EONNs arbeid for å legge til rette for informerte politiske avgjørelser ved å sørge for en upartisk og grundig vitenskapelig analyse av den tilgjengelige informasjonen om narkotikasituasjonen i Europa.

Narkotikabruk er en sammensatt problemstilling som slett ikke oppmuntrer til enkle konklusjoner. Det er imidlertid én konklusjon vi klart kan trekke av erfaringen i Europa – vi har lært at å jobbe sammen ikke bare fungerer, men at det også er uunnværlig om vi skal kunne utvikle effektive tiltak mot de utfordringene bruken av illegale rusmidler representerer.

**Marcel Reimen**  
Styreleder, EONN

**Wolfgang Götz**  
Direktør, EONN





# Takk

EONN ønsker å takke følgende for deres bidrag til denne rapporten:

- lederne for de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet og deres medarbeidere,
- tjenestene i den enkelte medlemsstat som har samlet inn rådata til denne rapporten,
- medlemmene av EONNs styre og vitenskapelige komité,
- Europaparlamentet, Rådet for Den europeiske union – særlig Den horisontale narkotikagruppen – og Europakommisjonen,
- Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer (ECDC) og Europol,
- Europarådets Pampidou-gruppe, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Verdens helseorganisasjons regionkontor for Europa, Interpol, Verdens tollorganisasjon (WCO), Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN) og Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av aids,
- Oversettelsessenteret for Den europeiske unions organer og Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner,
- Prepress Projects Ltd.

## Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

Reitox er Det europeiske informasjonsnettet for narkotika og narkotikamisbruk. Nettet består av de nasjonale kontaktpunktene i medlemsstatene i EU, søkerlandene, Norge og ved Europakommisjonen. Kontaktpunktene er utnevnt av sine respektive regjeringer som nasjonal myndighet med ansvar for å levere narkotikainformasjon til EONN.

Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1596>



## Innledende note

Årsrapporten er utarbeidet på grunnlag av de nasjonale rapportene EONN har mottatt fra EUs medlemsstater, søkerlandene og Norge (som har deltatt i EONNs arbeid siden 2001). De statistiske dataene som presenteres her gjelder for år 2004 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Grafiske framstillinger og tabeller i rapporten kan vise til undersett av EU-land. Utvalget er gjort på grunnlag av de landene som har data tilgjengelig for den aktuelle perioden.

Årsrapporten er lagt ut på 23 språk på <http://annualreport.emcdda.eu>.

Statistiske opplysninger 2006 (<http://stats06.emcdda.eu>) inneholder alle kildetabeller som den statistiske analysen i årsrapporten er basert på. Her finner du også nærmere opplysninger om metodene som er brukt, og et hundretalls andre statistiske grafer.

Landprofilene (<http://datapfiles06.emcdda.eu>) inneholder en grafisk presentasjon av de viktigste aspektene ved narkotikasituasjonen i det enkelte land.

Tre temaer er nærmere behandlet i tilknytning til denne rapporten. Det er:

- Narkotikapolitikken i Europa: begrenset til illegale rusmidler?
- Narkotikabruk og narkotikatiltak i et kjønnsperspektiv, og
- Narkotikabrukens utvikling i rekreasjonsmiljøer.

De utvalgte aspektene foreligger i trykt form og på internett (<http://issues06.emcdda.europa.eu>), men bare på engelsk.

De nasjonale rapportene fra kontaktpunktene i Reitox-nettet inneholder en detaljert beskrivelse og analyse av narkotikasituasjonen i det enkelte land. De er lagt ut på EONNs nettsted (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=435>).



## Kommentar: Narkotikasituasjonen i Europa

### En ny europeisk samordnings- og samarbeidsramme

Utforming av den nasjonale narkotikapolitikken er hver enkelt EU-medlemsstats ansvar. Likevel er det nå allmenn enighet om at samarbeid på europeisk plan vil være til fordel for alle. I den senere tid har vi da også sett en viss utvikling som legger til rette for samordnings- og samarbeidsaktiviteter, bl.a. ikrafttredelsen i 2005 av to nye EF-forordninger om prekursorer samt en rådsbeslutning om nye narkotiske stoffer. I tillegg er tiltakene mot narkotikahandel blitt styrket av nye rettsakter om hvitvasking av penger og inndragning av midler. Det som imidlertid har vært viktigst for det europeiske samarbeidet og kampen mot narkotika i tiden framover, er EUs nye narkotikastrategi for 2005–2012 og de to handlingsplanene knyttet til denne. Den første handlingsplanen omfatter rundt hundre planlagte spesifikke tiltak som EUs medlemsstater skal gjennomføre innen 2008. Strategien skal evalueres fortløpende, og evalueringsprogrammet omfatter årlige framdriftsrapporter og konsekvensanalyser ved slutten av hver av de to periodene av handlingsplanen.

Strategien kan betraktes som et europeisk konsensusdokument om hvordan man i Europa mener at narkotikaproblemet bør angripes, med en eksplisitt forpliktelse til å angripe problemet på en balansert måte som ser tiltakene både på tilbuds- og etterspørselssiden i sammenheng. Samtidig erkjennes det at tiltakene må være evidensbasert, dvs. at det må foreligge dokumentasjon på at de virker, samt at framdriften skal evalueres systematisk. De betydelige forskjellene som eksisterer i narkotikapolitikken mellom EONNs medlemsland gjenspeiler ofte forskjeller i narkotikasituasjonen i det enkelte land og hvordan arbeidet på feltet er organisert. Likevel er den nye narkotikastrategien et bevis på at narkotikadebatten i Europa i stadig større grad preges av enighet om felles rammer for arbeidet. For eksempel inneholder praktisk talt alle etterspørselsreducerende strategier elementer av forebygging, behandling og skadereduksjon, selv om disse elementene vektlegges ulikt i hvert land. En del tiltak på området vekker fortsatt debatt – men da generelt mot et bakteppe av bred enighet om de grunnleggende prinsippene for Europas innsats for å bekjempe narkotikaproblemet.

### Bruk og forsyning av narkotika: et stadig viktigere skille

Også i år ser vi av de nasjonale rapportene at medlemslandene arbeider kontinuerlig for å endre

nasjonal narkotikalovgivning slik at det skapes et klarere skille mellom narkotikalovbrudd knyttet til eget bruk og lovbrudd som involverer smugling og forsyning. Generelt ser vi en dreining mot strengere straffer for sistnevnte kategori av lovbrudd, og mindre vekt på frihetsberøvelse for førstnevnte kategori. Denne utviklingen er i tråd med den økte vektleggingen vi ser i hele Europa på å bygge ut behandlingstilbudet og vie større oppmerksomhet til tiltak som kan lede personer med narkotikaproblemer bort fra strafferettssystemet og over til behandlings- og rehabiliteringstilbud. I de landene som har innført et rettslig skille mellom besittelse av narkotika for eget bruk og besittelse av narkotika med sikte på forsyning, oppstår spørsmålet om det er et eksplisitt behov for å lovfeste hvilke kvanta som faller inn under besittelse for eget bruk. Her er det for tiden ingen konsens, og holdningene har vært sprikende, fra generelle operasjonelle retningslinjer til fastsettelse av spesifikke grenser i lovgivningen.

### Heroinbruk: en viktig del av det store bildet

Data som legges fram i denne rapporten, viser at Europa historisk sett generelt har satt fokus på heroinbruk og injisering som sentrale elementer i narkotikaproblemet, men at det nå er behov for å utvide perspektivet på grunn av det stadig økende omfanget av blandingsbruk og bruk av sentralstimulerende midler og på grunn av de stadig større konsekvensene den utbredte bruken av cannabis får for folkehelsen. I mange land er det likevel opioider (framfor alt heroin) de fleste klienter søker behandling for – ca. 60 % av alle registrerte behandlingssøknader i 2004 – og av disse rapporterte noe over halvparten (53 %) av klientene at de injiserte stoffet.

Nærmere 25 % av alle som søker behandling for opioidbruk er 35 år eller eldre, og bare 7 % av de som søker behandling for første gang er under 20. Det bør anføres at dataene over behandlingsetterspørsel viser til antallet søknader om behandling som registreres i løpet av det året rapporten gjelder; de sier altså ikke noe om de som allerede er inne i behandlingsapparatet. Det totale antallet klienter i behandling er altså mye større. Den store økningen i substitusjonsbehandling som har funnet sted i Europa i løpet av de senere årene, innebærer at en stadig større – og aldrende – populasjon med heroinproblemer nå er kommet inn i behandlingsapparatet, som i mange år framover nok vil måtte bruke store ressurser på å ta seg av dem.

Heroinen som brukes i Europa produseres først og fremst i Afghanistan. De største heroinbeslagene i verden gjøres fortsatt i Europa, og som følge av en økning i beslagene i landene i Sørøst-Europa (særlig Tyrkia) beslaglegges det nå større mengder heroin i denne regionen enn i Vest- og Sentral-Europa. Denne stigende trenden når det gjelder heroinbeslag, viser ikke bare hvor viktig det er at Europa samordner sine tiltak mot narkotikahandelen, men reiser også spørsmålet om hvilke konsekvenser den voksende heroinproduksjonen får på markedet i Europa. Det er ikke avdekket noen klare trender når det gjelder gjennomsnittlig renhet, men pristrenden over 5-årsperioden 1999–2004 korrigert for inflasjon, er fallende i de fleste land. Selv om heroin er blitt lettere tilgjengelig og billigere i Europa, er det likevel ennå ikke dokumentert at dette har påvirket forbruksnivået generelt. Ut fra de vanlige indikatorene kan det se ut som om forekomsten av ny heroinbruk i Europa fortsatt går ned, at situasjonen sannsynligvis er stabil – og at en signifikant andel av de som har problemer med opioider nå får substitusjonsbehandling, i det minste i en del land. Av nye klienter i behandlingsapparatet har antallet klienter med et betydelig opioidproblem gått ned i de fleste land. Men dette er et område hvor bruken tidligere har bredt om seg som rene epidemier, og det er derfor all grunn til fortsatt årvåkenhet.

Denne årsrapporten avdekker bekymringsfulle forhold. Antallet narkotikarelaterte dødsfall, som generelt har gått ned siden 2000, har nemlig gått noe opp i de fleste landene i 2004. Det er for tidlig å si noe om disse små forandringene faktisk varsler en ny, langsiktig trend, men det er viktig å ha på minnet at narkotikarelaterte dødsfall er en av de viktigste folkehelsekonsekvensene ved bruk av illegale rusmidler. Selv om det har vært forholdsvis færre narkotikarelaterte dødsfall blant unge, noe som tilsier at det blir færre nye sprøytebrukere av heroin, tilsier tilgjengelige estimater over narkotikarelatert dødelighet i byene (overdose og andre årsaker) at 10–23 % av den totale dødeligheten blant personer i alderen 15–49 nå må tilskrives bruk av opioider. Nest etter trafikkulykker er overdoser nå den viktigste årsaken til unødvendige dødsfall blant yngre menn i Europa.

### **Sprøytebruk og injeksjonsrelaterte helseproblemer: aldri den ene uten den andre**

I mange land er sprøytebruk nærmest synonymt med heroinbruk, men der er unntak; for et par EU-land rapporterer faktisk om signifikante nivåer av injisering av sentralstimulerende midler, oftest blant tunge amfetaminbrukere. Situasjonen er til en viss grad den samme som for heroin, der tilgjengelig informasjon tyder på en generell nedgang i sprøytebruken på lengre sikt. Mange av EUs nye medlemsstater har imidlertid høye

tall for sprøytebruk. Her må det imidlertid tas et stort forbehold ettersom det finnes få anslag på nasjonalt eller subnasjonalt nivå over utbredelsen av sprøytebruk. Videre har en del regionale undersøkelser av sprøytebruk avdekket en viss økning i den senere tid. Det mest komplette bildet av situasjonen på området har vi fra kartleggingen av heroinbrukere i behandling, hvor andelen sprøytebrukere har gått drastisk ned i noen land, i andre ikke. Av de gamle EU-medlemsstatene kan vi særlig merke oss at Danmark, Hellas, Spania, Frankrike, Italia og Storbritannia alle rapporterer en fallende tendens til sprøytebruk blant heroinbrukere i behandlingsapparatet.

Forbindelsen mellom sprøytebruk av narkotika og helseproblemer er klar, og sprøytebrukere har høy risiko for overdose og alvorlige infeksjoner i tillegg til andre helseproblemer, f.eks. blodforgiftning og blodpropp. HIV-infeksjon er den helserisikoen som virkelig fikk fart på Europas folkehelseinnsats mot denne formen for narkotikabruk, og så godt som alle land har nå tiltak på plass for å forebygge ny smitte. For eksempel er utdeling av sprøyter og sprøytespisser, som en gang ble betraktet som ganske kontroversielt, nå til en viss grad tilgjengelig i praktisk talt alle medlemsland, selv om det er store variasjoner i dekingen landene imellom. De fleste landene rapporterer om lav forekomst av nylig diagnostiserte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere, og HIV-smitten i denne gruppen anslås nå til under 5 %. Men også her er tallene beheftet med stor usikkerhet; for det første har ikke Spania og Italia, som er to av de største landene hvis sprøytebrukere er hardest rammet av AIDS, lagt fram nasjonale data over antall HIV-tilfeller, for det andre framgår det av de nasjonale rapportene at HIV-smitte fremdeles forekommer i visse grupper av sprøytebrukere i hele Europa, og det er til og med tegn som tyder på at HIV-smitten øker i noen av gruppene som er undersøkt.

Bildet er langt mørkere når det gjelder forekomsten av hepatitt C-viruset (HCV), som fremdeles er svært høy blant sprøytebrukere. Behandling av HCV-relaterte helseproblemer hos nåværende og tidligere sprøytebrukere kommer til å være en stor utgift på helsebudsjettet i mange år framover. Hvis vi konkluderer at sprøytebruken kan være sakte på vei nedover, og at Europa har reagert fornuftig på den epidemiske spredningen av HIV i 1990-årene, er det en reell fare for at vi ikke vil ta de helsetruslene denne atferden fortsatt utgjør, på alvor. Fortsatt høye nivåer av HCV-smitte, fortsatt overføring blant sprøytebrukere, økt forekomst i visse grupper samt en stor høyrisiko-gruppe blant sprøytebrukerne i noen av EUs nye medlemsstater, tilsier at vi fortsatt må betrakte sprøytebruk av narkotika og de helseproblemene dette medfører, som et stort

## Anslag over narkotikabruk – i korte tall

(Merk at anslagene gjelder den voksne delen av befolkningen og er de nyeste anslagene som er tilgjengelig. Komplette tallmateriale og metodeopplysninger finnes i Statistiske opplysninger.)

### Cannabis

Livstidsprevalens: minst 65 millioner, eller 1 av 5 voksne i Europa

Bruk siste år: 22,5 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: 12 millioner europeere

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,8 % til 11,3 %

Typisk variasjon i området 2,8–7,5 % (15 land)

### Kokain

Livstidsprevalens: minst 10 millioner, eller mer enn 3 % av voksne i Europa

Bruk siste år: 3,5 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: over 1,5 millioner

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,1 % til 2,7 %

Typisk variasjon i området 0,3–1,2 % (18 land)

### Ecstasy

Livstidsprevalens: ca. 8,5 millioner voksne i Europa

Bruk siste år: 3 millioner, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: over 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,0 % til 3,5 %

Typisk variasjon i området 0,3–1,5 % (15 land)

### Amfetamin

Livstidsprevalens: nærmere 10 millioner eller ca. 3 % av voksne i Europa

Bruk siste år: 2 millioner, eller én femdel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste 30 dager: under 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,0 % til 1,4 %

Typisk variasjon i området 0,2–1,1 % (16 land)

### Opioider

Problematisk bruk av opioider: mellom 1 og 8 tilfeller pr. 1 000 voksne (i alderen 15–64)

Nesten 7000 akutte narkotikarelaterte dødsfall – opioider påvist i ca. 70 % av tilfellene (2003-data)

Ca. 60 % av alle søknader om narkotikabehandling gjelder opioider

Mer enn en halv million opioidbrukere fikk substitusjonsbehandling i 2003

folkehelseproblem i Europa og et kritisk innsatsområde for narkotikapolitikken og forskningen på rusmiddelfeltet.

## Kokain: tegn til stabilisering i bruken av Europas nest vanligste illegale rusmiddel

Ut fra foreliggende anslag (bruk siste år) er kokain Europas nest vanligste illegale rusmiddel, like foran amfetamin og ecstasy. Etter en periode hvor bruken av kokain bredte om seg til stadig flere, virker det likevel i det store og hele som om bruken har stabilisert seg. Den store økningen i utbredelsen av kokain i Spania og Storbritannia i siste halvdel av 1990-årene synes å ha stabilisert seg i 2000 eller 2001. Selv om et par land har registrert en beskjeden økning i bruken av kokain, har ingen land rapportert om noen dramatisk økning. Kokainsituasjonen i Europa er svært uensartet, og kokainbruk av noe vesentlig omfang finnes bare i noen få, hovedsakelig vesteuropeiske land.

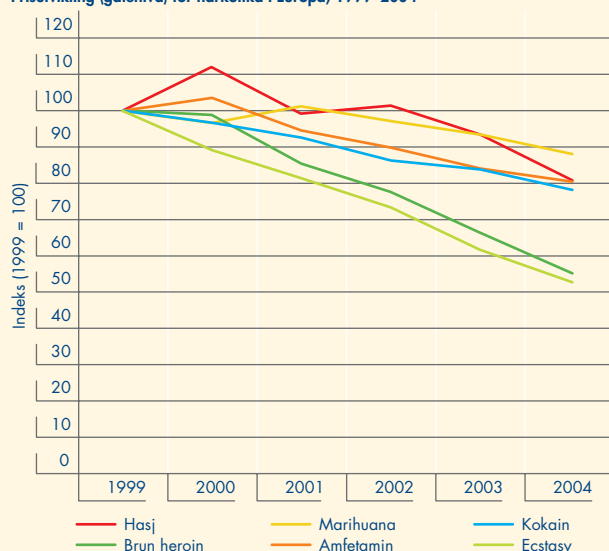
Det ville være feil å slutte av dette at tegnene til en stabilisering i bruken av kokain nødvendigvis vil føre til en stabilisering av omfanget av problemene som følger av bruken av dette stoffet. Det brukes mer kokain i Europa enn noen gang, og studier tilsier at det er helt vanlig at økningen i problemene forbundet med et stoff kommer med noen års forsinkelse i forhold til økningen i utbredelse. Dette er fordi det tar tid før intensive og regelmessige bruksmønstre utvikler seg og problemene blir synlige. Det er dette som kan begynne å skje i de landene i Europa hvor kokainbruken nå er etablert. Både Nederland og Spania rapporterer nå at minst en av fire søknader om narkotikabehandling er kokainrelatert, og generelt hadde vi en fordobling i antallet nye søknader om behandling for kokainbruk i Europa fra 1999 til 2004. Selv om bruken av crack er svært begrenset i Europa, kan rapporter fra en del byer tyde på at situasjonen er i ferd med å forverres.

Kokain blir ofte påvist i toksikologiske analyser i forbindelse med dødsfall som tilskrives opioider, og i en rekke land har samtidig bruk av kokain hos heroinbrukere blitt et problem som behandlingsapparatet må forholde seg til. Selv om datatilfanget er begrenset, framgår det av de nasjonale rapportene for 2005 at over 400 dødsfall skyldtes kokainbruk, og antallet kokainrelaterte dødsfall synes å ha økt i alle høyprevalensland. Dette tallet er helt sikkert for lavt, og kokainbrukens betydning ved dødsfall som skyldes hjerte-karproblemer er ennå ukjent. Meldingen er helt klar: Om vi i Europa skal unngå økte helseutgifter som følge av bruken av kokain, bør ikke en stabilisering av den totale bruken av kokain maskere behovet for både å sikre en solid identifisering og en grundig forståelse

## Billigere enn noen gang å bruke narkotika i Europa

I denne rapporten har vi for første gang fått med en 5-årsanalyse av gateprisene på illegale rusmidler. For å få et mer nøyaktig inntrykk av variasjonene i gateprisen på illegale rusmidler over tid er prisene korrigeret for inflasjon. Opplysninger om gatepriser er vanskelige både å innhente og å tolke. Prisen påvirkes av stoffets renhet, hvilken variant det er snakk om og hvilke kvanta som kjøpes, men også geografiske faktorer, som f.eks. om kjøpet foregår i en storby eller langs en av transittutene, påvirker prisen. Det er store prisvariasjoner mellom landene, og prisene svinger i forhold til forsyningssituasjonen. Til tross

Prisutvikling (gatenivå) for narkotika i Europa, 1999–2004



for disse usikkerhetsfaktorene tyder alle tilgjengelige data på at det er blitt billigere å kjøpe narkotika i Europa, i hvert fall for de fleste typene narkotika. Den dominerende 5-årstrenden har vært fallende i de fleste land når det gjelder gateprisen på cannabis, heroin, amfetamin, ecstasy og kokain (se diagram under). Selv om det ikke finnes mange historiske data om gatepriser, og de som finnes er vanskelige å tolke, er det bekymringsfullt at her tyder alt på at prisene i et lengre tidsperspektiv har gått ned. Ifølge informasjon fra noen av landene med høyest prevalens var f.eks. kokain og ecstasy betydelig dyrere på slutten av 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet enn i dag.

**NB:** Trendene er basert på tilgjengelig informasjon om nasjonale priser på gatenivå for hvert stoff i EUs medlemsstater og Norge. Den generelle europeiske trenden er basert på nasjonale priser vektet etter befolkningsstørrelse. Prisene er korrigeret for inflasjon (basisår 1999), og alle serier er indeksert (1999=100).

Mange land er ikke i stand til å legge fram slike data, da de er vanskelig å innhente og ofte upålitelige og ufullstendige. Land som ikke har framlagt informasjon om priser for to eller flere påfølgende år er ikke tatt med i beregningsgrunnlaget for trenden for stoffet. Trenden for brun heroin er basert på tall fra 9 land, for amfetamin 9, kokain 13, ecstasy 13, marihuana 13 og hasj 14.

Der data for 2004 manglet, er 2003-priser lagt til grunn (11 tilfeller), der data for 1999 manglet, er 2000-priser brukt (1 tilfelle), og der data for andre år manglet, er data interpolert fra året før og etter (12 tilfeller).

For ytterligere opplysninger om prisene i 2004, se tabell PPP-1, PPP-2, PPP-3 og PPP-4 i Statistiske opplysninger.

**Kilder:** Prisdata: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

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

av problemene som bruken av kokain fører med seg og behovet for å investere i utviklingen av effektive tiltak.

## Mot en mer kompleks narkotikasituasjon i Europa

Et tema som ofte går igjen i denne rapporten, er det stadig mer påtrengende behovet for å utvikle tiltak som fanger opp den stadig mer komplekse og mangefasetterte narkotikasituasjonen som utvikler seg. Når det gjelder forebygging, behandling eller skadereduksjon, trenger vi å få en bedre forståelse av hva som er god praksis så vel som evidensbaserte tiltak. Av de totalt ca. 380 000 behandlingssøknadene som ble rapportert i 2004, var cannabisbruk den primære årsaken til henvisning i ca. 15 % av tilfellene. Dette gjør cannabis til det hyppigst rapporterte stoffet etter heroin. Behandlingsapparatet står dessuten stadig oftere overfor problemer knyttet til bruk av sentralstimulerende midler og blandingsbruk, og her er det en betydelig grad av overlapping mellom illegale rusmidler og alkohol. På befolkningsnivå vet vi imidlertid ikke nok om hvilke konsekvenser regelmessig og langvarig bruk av disse rusmidlene vil få for folkehelsen, og heller

ikke om hvilke intervensjonsbehov brukerne sannsynligvis vil få. Evidensgrunnlaget for å vurdere hvilke tiltak Europa bør sette inn på narkotikaområdet, tilsier at innsatsen bør konsentreres om tiltak mot bruken av illegale opioider, hvor det solide evidensgrunnlaget tilsier at vi bør utvikle målrettede tjenester. Samtidig som det er stadig bredere enighet om hvilke tiltak som er hensiktsmessige i forhold til problematisk bruk av heroin, og som politikken og retningslinjene derfor bør baseres på, er det et økende behov for å utvikle samme klarhet når det gjelder hvordan vi skal respondere mot en stadig mer uensartet narkotikasituasjon i Europa.

## Behov for en bedre definisjon og forståelse av blandingsbruk

Et helt vesentlig element her er behovet for tiltak mot problemer som skyldes brukes av flere psykoaktive stoffer. Det er en stadig økende erkjennelse av at vi trenger å satse på utvikling av tjenester rettet mot bruk av flere rusmidler – blandingsbruk. Definisjonen av begrepet er imidlertid vanskelig å få tak i, og på mange måter kan nesten alle som bruker narkotika betraktes som



blandingsbrukere. Blandingsbruk representerer også en betydelig utfordring når det gjelder kartlegging, da systemene oftest er basert på atferdsbaserte målinger av bruken av ett enkelt indeksert narkotisk stoff.

Det er derfor avgjørende at vi får på plass et bedre begrepsapparat for å beskrive ulike typer blandingsbruk, som et første skritt i retning av å få en forståelse av hva denne atferden innebærer. Dette årets rapport inneholder derfor også analytiske problemstillinger som må tas opp dersom Europa skal få en bedre forståelse av behovene til et stadig voksende antall mennesker som har problemer som skyldes bruk av flere rusmidler, snarere enn avhengighet av ett enkelt stoff.

### Tilbake til fremtiden: å foregripe trusler og utfordringer

I denne årsrapporten prøver vi – som hvert år – å identifisere nye trender for å foregripe framtidige problemer. En slik analyse er pr. definisjon spekulativ og må gjøres med forsiktighet. Et stoff som klart er forbundet med alvorlige folkehelseproblemer, er metamfetamin. Selv om problemene med metamfetamin tiltar internasjonalt, er bruken av dette stoffet i Europa begrenset til et par land, men de har til gjengjeld hatt problemene i lang tid. På grunnlag av den informasjonen som er tilgjengelig, er det ikke mulig å trekke noen klare konklusjoner om trender, men flere land har rapportert om beslag eller bruk av dette stoffet, noe som klart understreker behovet for tettere overvåking av de befolkningsgruppene som er mest risikoutsatt.

I 2006 utga EONN en fagartikkel om hallusinogene sopper, som vi har gitt et kort sammendrag av i årsrapporten. Tilgjengeligheten av hallusinogene sopper og bruken av dem synes å ha økt siden slutten

av 1990-tallet, men har likevel for det meste gått ubemerket hen. Bruken av denne typen rusmidler synes for det meste å være eksperimentell, og det foreligger få rapporter om problemer i denne forbindelse. Økt bevissthet blant beslutningstakerne om tilgjengeligheten av hallusinogene sopper har imidlertid ført til en viss innskjerping av kontrolltiltakene.

Psilocybin og psilocin, som er to av de psykoaktive stoffene som finnes i hallusinogene sopper, kontrolleres av en internasjonal konvensjon. Men det at sopp vokser naturlig i mange land, gjør det vanskelig å utarbeide lovgivning på området, og hvordan lovgiverne har gjort dette, varierer fra land til land i Europa. Generelt manes det til årvåkenhet i forhold til nye stoffer som kan utgjøre en fare for folkehelsen og derfor må kontrolleres. Dette er bakgrunnen for den nye rådsbeslutningen (2005/387/JIS) om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer. Et eksempel på betydningen av tidlig varsling på dette området har vi i den raske spredningen av mCPP (1-3-klorofenyl piperazin) i 2005. Framveksten av mCPP viser hvordan alle som er involvert i produksjon av illegale rusmidler kontinuerlig er på utkikk etter nye kjemiske stoffer de kan selge – hva mCPP angår, sannsynligvis for å forsterke eller endre effekten av MDMA (ecstasy). Denne utviklingen krever at vi reagerer, for vi vet ikke hvilket potensial disse stoffene har til å forårsake alvorlige helseproblemer. Systemet for tidlig varsling som er opprettet med denne rådsbeslutningen, er derfor helt vesentlig for at vi skal kunne gripe inn i en prosess hvor helsen til Europas unge settes i fare av mennesker som søker profitt ved å unndra seg eksisterende ordninger for narkotikakontroll.



# Kapittel 1

## Politikk og lovgivning

### Nasjonale narkotikastrategier

I løpet av rapporteringsperioden vedtok fem land nasjonale narkotikastrategier og tiltaksplaner (tabell 1). Latvia vedtok sin første nasjonale narkotikastrategi for perioden 2005–08, mens nye nasjonale narkotikastrategier og planer ble vedtatt i Den tsjekkiske republikk, Spania, Luxembourg og Romania.

I tillegg vedtok Finland en narkotikastrategi for fengselsvesenet (2005–06), og Storbritannia har innført en ordning med Public Service Agreements (PSA) hvor lokale myndigheter inngår avtale med ministeriene om en rekke målsettinger og mål på rusmiddelfeltet med sikte på å redusere skadevirkningene illegale rusmidler påfører enkeltpersoner, deres familier og samfunnet.

I løpet av rapporteringsperioden ble nasjonale narkotikastrategier utarbeidet i Italia, Østerrike, Polen, Portugal, Sverige og Norge (tabell 2).

Enkelte land som gjennomførte nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner for en tid tilbake (etter 1998), omformulerer nå sine strategier eller planer og legger større vekt på at målsettingene skal være tydelige og gjennomførbare.

For eksempel rapporterer Luxembourg at den nye handlingsplanen for 2005–09 er enkel, klart strukturert og resultatorientert, fastsetter målsettinger for tiltak, klarlegger

**Tabell 1: Land som vedtok nye narkotikastrategier i 2005**

Land	Dokument	Tidsrom
Den tsjekkiske republikk	Nasjonal narkotikastrategi Handlingsplan	2005–09 2005–06
Spania	Handlingsplan	2005–08
Latvia	Nasjonal narkotikastrategi	2005–08
Luxembourg	Nasjonal narkotikastrategi og handlingsplan	2005–09
Romania	Nasjonal narkotikastrategi	2005–12

**Tabell 2: Land som er i ferd med å utarbeide narkotikastrategier i 2005**

Land	Dokument	Tidsrom
Italia	Handlingsplan	2004–08
Østerrike	Nasjonal strategi	
Portugal	Nasjonal strategisk plan og handlingsplan	2005–08
Sverige	Handlingsplan	
Norge	Handlingsplan	

ansvarsforhold og fastsetter budsjetter, forventede resultater og tidsfrister for måloppnåelse og evaluering.

I Belgia ble en ekspertgruppe utpekt av helsemyndighetene i den fransktalende delen av landet og Wallonia med sikte på å få på plass en "felles plan for forebygging, hjelp og omsorg ved narkotikaavhengighet". Gruppen anbefalte at "myndighetene bør definere prioriteringer og målsettinger klarere", at "det bør utarbeides en klar definisjon av grunnprinsippene for en felles narkotikapolitikk", og at "en tidsplan bør settes opp for de valgte strategiene". Handlingsplanen for 2005–06 i Den tsjekkiske republikk går i samme retning og angir konkrete mål og hvilke aktiviteter som må gjennomføres for å oppnå dem, og definerer ansvaret for den enkelte minister og vilkårene og indikatorene for måloppnåelse på hvert område.

### Evaluering av nasjonale narkotikastrategier

Mange land i Europa fornyer automatisk sine nasjonale narkotikastrategier og setter i gang en syklisk prosess der resultatene fra den forrige strategien, eventuelt evalueringen av den, innarbeides i den neste strategien (EONN, 2004a).

I løpet av 2005 rapporterte Irland, Luxembourg, Ungarn og Romania om en slik prosess. Evalueringen av gjennomføringen av Ungarns strategi for bekjempelse av narkotikaproblemet ble utført eksternt av det nederlandske Trimbos-instituttet, og det er første gang

et lands narkotikastrategi er vurdert av utenlandske eksperter. Evalueringen fokuserte på midtveisresultatene av narkotikastrategien og munnet ut i et sett anbefalinger for framtidige narkotikastrategier og hvordan samordningsstrukturen innenfor narkotikapolitikken kunne styrkes. Det er likheter med 2004-evalueringen av Portugals nasjonale narkotikastrategi fra 1999 og handlingsplanen for 2001–04, som ble utført eksternt av Portugals nasjonale institutt for offentlig administrasjon og internt av Institutt for narkotika og narkotikaavhengighet (IDT). Ungarn og Portugal er de to første landene i Europa som har bestilt en ekstern vurdering av sine nasjonale narkotikastrategier.

Midtveisevalueringen av den irske narkotikastrategien for 2001–08, som var basert på en offentlig høringsprosess og en analyse av viktige nasjonale og EU-data, anbefalte i 2005 en "refokusering" av prioriteringene for å fange opp nye trender innen behandling, blandingsbruk, kokainbruk og utbredelsen av HIV og hepatitt C, samt en "revitalisering" av iverksettelsen og gjennomføringen av ulike nøkkeltiltak i siste halvdel av strategien. I Romania ble den nasjonale narkotikastrategien 2003–04 evaluert av alle de statlige institusjonene involvert i narkotikafeltet. Funnene dannet basis for den nye nasjonale narkotikastrategien for 2005–12. I Luxembourg har 87 % av tiltakene i den nasjonale handlingsplanen for narkotika 2000–04 blitt gjennomført inne fastsatte frister. De tiltakene som ikke er gjennomført (f.eks. et program for distribusjon av heroin), har hovedsakelig blitt utsatt av politiske årsaker, men de er tatt med i den nye handlingsplanen.

Videre framgår det av rapportene at man begynner å se resultater av de nasjonale narkotikastrategiene. Det er foreløpig ikke mulig å si med sikkerhet om man har nådd de overordnede målene om redusert tilbud og etterspørsel, men det er ingen tvil om at viktige konkrete mål likevel er nådd.

Evalueringen av den portugisiske narkotikastrategien som ble vedtatt i 1999, viser at den har ført til økt tilgjengelighet av narkotikabehandling, en reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall og i utbredelsen av HIV, samt en økning i antallet politirapporter om narkotikahandel. På den annen side fant rapporten også at alderen for første erfaring med narkotika har falt, og at det har vært en økning i antall narkotikarelaterte dødsfall etter bruk av andre stoffer enn opioider. I Spania fant man ved evalueringen av den nasjonale strategien (2003) at målet om en reduksjon i narkotikabruken ikke var nådd, men at det var oppnådd gode resultater innen hjelp og skadereduksjon, samt at tilfredsstillende resultater var oppnådd på områder som forskning, utdanning,

internasjonalt samarbeid og tilbudsreduksjon. I tillegg har ministeriet for helse og forbrukersaker godkjent en handlingsplan for 2005–08 som skal mobilisere ressurser og iverksette initiativer med sikte på å utvikle og revitalisere den nasjonale narkotikastrategien. I Hellas har den nasjonale handlingsplanen for 2002–06 resultert i økt bredde i behandlingstilbudet og tilbudets dekning.

I Sverige resulterte den nasjonale handlingsplanen for narkotika for 2002–05 i at narkotika kom høyere opp både på den lokale, regionale og nasjonale dagsorden. De fleste kommunene i Sverige har nå en eller annen form for handlingsplan for narkotika, og samordningen og samarbeidet mellom aktørene på narkotikafeltet er blitt bedre og har ført til forbedringer på disse områdene. Det har også vært en utvikling i typen behandling som tilbys narkotikaavhengige og i behandlingens tilgjengelighet. I Storbritannia konstaterer tilsynsmyndighetene at det er gjort framskritt i narkotikabehandlingen, samtidig som de fastslår at det finnes rom for forbedring av fasilitetene som brukes til reintegrasjon og rehabilitering av narkotikabrukere, som boliger, sosialhjelp og andre støtteordninger. I framtiden vil regjeringens suksess i forhold til målene i narkotikastrategien vurderes opp mot målsettingene for ordningen med PSA, og mot en narkotikaskadeindeks (DHI) som måler skadene som følge av problembruk av illegale rusmidler generelt.

Evaluering betraktes som et nøkkelement i de nylig vedtatte nasjonale narkotikastrategiene. I Latvia skal samordningskomiteen for narkotikakontroll og begrensning av narkotikaavhengighet årlig evaluere gjennomføringen av programmet, og i Luxembourg skal det i 2009 foretas en ekstern evaluering av resultatene.

## Narkotikarelaterte offentlige utgifter

Selv om utgiftene ofte beregnes for ulike tidsperioder, og det ikke finnes noen felles definisjon av hva narkotikarelaterte offentlige utgifter er, viser tilgjengelige anslag at narkotikarelaterte utgifter har økt i flere land, inkludert i Den tsjekkiske republikk, Danmark, Luxembourg, Østerrike og Polen.

Tall for narkotikarelaterte offentlige utgifter for 2004 ble lagt fram av Den tsjekkiske republikk (11 millioner euro), Spania (302–325 millioner euro), Kypros (2,8 millioner euro), Polen (51 millioner euro) og Norge (46 millioner euro).

To land har lagt fram enda nyere tall for budsjetterte utgifter til bekjempelse av narkotika: Luxembourg (6 millioner euro i 2005) og Storbritannia (2 milliarder euro i 2004–05).

Slovakia har anslått sine samlede offentlige narkotikarelaterte utgifter i 2004 til 14,5 millioner euro. Av dette gikk anslagsvis 8,4 millioner til rettshåndhevelse og 6,1 millioner til helsetjenester.

I Sverige lå utgiftene på narkotikafeltet i 2002 på rundt 0,9 milliarder euro (lavt anslag 0,5 mrd. euro, høyt anslag 1,2 mrd.). Sammenlignet med 1991 har det offentlige utgifter på narkotikafeltet gått betraktelig opp.

I Irland viser midtveiseevalueringen av den nasjonale narkotikastrategien som ble offentliggjort i juni 2005, at "for å vurdere kostnadseffektiviteten ved de forskjellige elementene i strategien er det viktig å måle utgiftene". Arbeid vil snart iverksettes for å beregne politiets utgifter. I Portugal finansierer Instituttet for narkotika og narkotikaavhengighet (IDT) forskning med sikte på å utvikle og teste en modell for å beregne hva narkotikamisbruk koster, og i Belgia startet man på slutten av 2005 oppfølgingen av en studie av offentlige utgifter fra 2004. Selv om dataene er sparsomme, viser de at forskning på narkotikarelaterte utgifter kommer stadig høyere opp på den politiske dagsordenen i flere av medlemsstatene.

## Rettslig og politisk utvikling i EU

### Handlingsplaner

To handlingsplaner vedtatt av EU i 2005 danner en ny referanseramme for EUs narkotikapolitikk for de kommende fem årene. Etter først å ha vurdert Kommisjonens forslag fra februar 2005 og den endelige evalueringen av EUs narkotikastrategi og EUs handlingsplan (2000–04) godkjente Rådet i juni 2005 EUs handlingsplan mot narkotika for 2005–08. Den nye handlingsplanen følger strukturen og målene i EUs narkotikastrategi for 2005–12 og lister opp rundt 100 spesifikke tiltak som skal gjennomføres av EU og medlemsstatene innen 2008.

Evaluerer er en viktig del av EUs nye handlingsplan mot narkotika og betraktes som en kontinuerlig, inkrementell og deltakende prosess. Den er kontinuerlig fordi Europakommisjonen, med hjelp fra EONN og Europol, skal legge fram årlige gjennomganger av framdriften. Evalueringsøvelsen vil også være inkrementell, da hver årlige framdriftsrapport setter siste års resultater inn i foregående års kontekst. Prosessen vil også være deltakende, da den omfatter styringsgruppens evaluering, som skal definere metoder, resultater og foreløpig framdriftsplan. Som i forbindelse med evalueringen av EUs handlingsplan (2000–04) vil styringsgruppen bestå

av representanter for de relevante kommisjonstjenestene, EONN og Europol, i tillegg til representanter for medlemsstatene. Det vil også bli organisert rådgivende høringer med representanter for det sivile samfunn. Ved utløpet av handlingsplanens periode 2005–08 skal det for første gang på europeisk plan gjennomføres en konsekvensanalyse som skal danne grunnlag for utkastet til ny handlingsplan for perioden 2009–12. En endelig evaluering av strategien og handlingsplanene skal så gjennomføres av Kommisjonen i 2012.

EUs handlingsplan mot narkotika skal også inngå i handlingsplanen for gjennomføring av Haag-programmet, som fastsetter målsettinger på områdene frihet, sikkerhet og rettferdighet i EU for perioden 2005–10. Handlingsplanen ble presentert av Kommisjonen i mai 2005 og godkjent av Rådet i juni 2005.

EUs handlingsplan for 2005–08 gjenspeiler EUs balanserte tilnærming til narkotikafenomenet – en omfattende tverrfaglig tilnærming som betrakter fenomenet fra alle vinkler: samordning, etterspørsels- og tilbudsreduksjon, internasjonalt samarbeid, informasjon, forskning og evaluering.

### Tilbudsreduksjon

To viktige aktiviteter i EU innen tilbudsreduksjon er nærmere beskrevet i de to EF-forordningene om prekursorer som trådte i kraft 18. august 2005. Kontroll av kjemiske prekursorer er et viktig ledd i arbeidet for redusere tilbudet, da disse stoffene er utgangspunkt for framstillingen av narkotika. EU har to typer tiltak på dette området: for det første regulering av handelen med visse stoffer mellom EU og tredjeland, og for det andre reguleringen av det indre marked.

Den første forordningen ble vedtatt i 1990 for å etterkomme bestemmelsene om handel med prekursorer i artikkel 12 i FNs konvensjon mot illegal handel med og omsetning av narkotiske og psykotrope stoffer av 1988. Forordningen fastsatte tiltak for å motvirke spredning av visse stoffer som brukes i den illegale framstillingen av narkotiske og psykotrope stoffer<sup>(1)</sup>. Den ble erstattet i desember 2004 av en ny forordning for også å omfatte framstillingen av syntetiske stoffer<sup>(2)</sup>.

To år senere, i 1992, ble den første forordningen supplert med et rådsdirektiv<sup>(3)</sup> som sikret tilsvarende ordninger på det indre marked (framstilling og omsetning av visse stoffer til bruk i den illegale framstillingen av narkotiske og psykotrope stoffer), herunder organiseringen av

(1) Rådsforordning (EØS) nr. 3677/90 av 13. desember 1990, EUT L 357 av 20.12.1990, s. 1.

(2) Rådsforordning (EC) nr. 1111/2005 av 22. desember 2004, EUT L 22 av 26.1.2005, s. 1.

(3) Rådsdirektiv (EØS) nr. 109/92 av 14. desember 1992, EUT L 370 av 19.12.1992, s. 76.

kontrolltiltak. Dette rådsdirektivet er senere erstattet av en ny forordning vedtatt 11. februar 2004 <sup>(4)</sup>. Som resultat av EU-utvidelsen har Fellesskapets lovgivere vedtatt å erstatte direktivet fra 1992 med en forordning, da "enhver endring i direktivet og vedleggene ville medføre at 25 medlemsstater måtte vedta nasjonale gjennomføringstiltak". Den nye rettsakten fastsetter harmoniserte tiltak for EU-intern kontroll og overvåking av visse stoffer som ofte benyttes i den illegale produksjonen av narkotiske eller psykotrope stoffer, med sikte på å forebygge spredningen av slike stoffer. Særlig forplikter den medlemsstatene til å iverksette nødvendige tiltak for at myndighetene skal kunne utføre sine kontroll- og overvåkingsoppgaver. En forordning med gjennomføringsregler for disse to forordningene trådte i kraft 18. august 2005 <sup>(5)</sup>.

Med tiltakene for å få kontroll med prekursorer er nok en del av de viktige EU-aktivitetene på området tilbudsreduksjon fullført. Ved å benytte de nye mulighetene som Maastricht-traktaten åpnet for, har EU nå fått på plass et regelverk for bekjempelse av narkotikahandel og for forbedring av politisamarbeid. Siden 1995–96 er en rekke felles tiltak kommet til, også et rammevedtak for å harmonisere minstestrafen for narkotikahandel og et vedtak angående nye psykoaktive stoffer (se "Tiltak mot nye stoffer", s. 55).

I tillegg til disse juridiske virkemidlene er et program for samarbeid på politi- og rettsområdet i straffesaker vedtatt og gjennomført. Agis er et rammeprogram som skal legge til rette for samarbeid mellom politi, andre relevante organer og rettsvesenet i EUs medlemsstater og søkerland på det strafferettslige området i kampen mot kriminalitet. Siden 2003 har Agis bidratt til finansieringen av mange prosjekter. Internasjonalt organisert narkotikaproduksjon og -handel og spredning av prekursorer er blant aktivitetene og spesialtemaene i Agis' arbeidsprogram og invitasjon til forslag i 2006 (avsluttet januar 2006).

### Hvitvasking av penger og inndragning av midler

Det har også vært en viss utvikling når det gjelder juridiske virkemidler mot hvitvasking av penger og inndragning. Direktiv 91/308 om tiltak for å hindre at det finansielle system brukes til hvitvasking av penger <sup>(6)</sup>, som ble vedtatt i 1991 med hjemmel i regelverket for det indre marked og endret i 2001, var et forsøk på å harmonisere lovgivningen i medlemsstatene. En av grunnene til at direktivet ble vedtatt, var at man ville unngå at mangelen på fellesskapstiltak mot hvitvasking av penger skulle

føre til at medlemsstatene innførte proteksjonistiske tiltak som kunne forsinke etableringen og gjennomføringen av det indre marked. I juni 2004 foreslo Kommisjonen et nytt direktiv med samme formål, men som også omfattet finansiering av terrorisme. Å begrense direktivet til å gjelde utbytte fra narkotikahandel ble ansett å være for restriktivt, og Kommisjonen foreslo å utvide direktivet til å gjelde flere lovbrudd. Det nye direktivet, vedtatt i oktober 2005, gir en nøyaktig definisjon av alvorlige lovbrudd og dekker hvitvasking av utbyttet av slike lovbrudd, herunder finansiering av terroristaktiviteter.

Et rammevedtak om "inndragning av utbyttet av kriminelle handlinger, hjelpemidler og eiendom relatert til kriminell virksomhet" ble vedtatt av Rådet 24. februar 2005. Formålet er å sikre at alle medlemsstatene skal ha effektive regler for inndragning av hjelpemidler og utbyttet av kriminelle handlinger med en strafferamme på mer enn 1 års fengsel. Det fantes allerede EU-lovgivning på området, men denne ble ansett for å være utilstrekkelig. Det nye rammevedtaket har som mål å oppnå effektivt samarbeid på tvers av landegrensene når det gjelder inndragning. Ordningen for inndragning er utvidet til annen eiendom relatert til kriminell virksomhet dersom lovbruddet er begått innenfor rammen av en kriminell organisasjon, og er omfattet av et av flere andre rammevedtak. Blant disse er rammevedtak 2004/757/JAI som fastsetter minstebestemmelser for hva som skal defineres som forbrytelser så vel som strafferammer for ulovlig narkotikahandel. Medlemsstatene skal treffe de nødvendige tiltak for å etterkomme dette rammevedtaket innen 15. mars 2007.

### Folkehelse

Etterspørselsreduksjon er et vesentlig element i den balanserte europeiske tilnærmingen til narkotika. I forbindelse med gjennomføringen av programmet for fellesskapstiltak på folkehelseområdet 2003–08 valgte Europakommisjonen i 2005 ut en del narkotikarelaterte prosjekter for finansiering. Målet var å "drive helsefremmende og sykdomsforebyggende arbeid ved å ta for seg helse-determinanter på tverrpolitisk og tverrfaglig plan". Det første narkotikaprojektet som skal finansieres, EU-Dap 2, evaluerer effektiviteten til EU-Daps forebyggende program i skolen. Programmet har som mål å redusere bruken av tobakk, alkohol og narkotika på lang sikt. Det andre prosjektet, IATPAD, tar sikte på å forbedre behandlingstilgangen for personer med alkohol- og narkotikarelaterte problemer. Blant de andre horisontale prosjektene finner vi noen som

<sup>(4)</sup> Europaparlaments og rådsforordning (EF) nr. 273/2004 av 11. februar 2004, EUT L 47 av 18.2.2004, s.1.

<sup>(5)</sup> Kommisjonsforordning (EF) nr. 1277/2005 av 27. juli 2005, EUT L 202 av 3.8.2005, s. 7.

<sup>(6)</sup> Rådsdirektiv 91/308/EØF av 10. juni 1991 om tiltak for å hindre at det finansielle system misbrukes. EUT L 166 av 28.6.1991, s. 77-83.

fokuserer på narkotikaforebygging og som også bør fellesfinansieres, f.eks. prosjektet "PEER-Drive clean!" – et helt nytt prosjekt rettet mot unge i alderen 18 til 24, som tar sikte på å forebygge kjøring i påvirket tilstand. Disse prosjektene er utvalgt til finansiering og bør tildeles midler forutsatt at forhandlingene med Europakommisjonen fører fram og tilskuddsavtalen blir undertegnet (?).

### EONN-forordningen

Endelig vedtok Kommissjonen 31. august 2005 et nytt forslag til endring av EONNs grunnforordning. Den nye forordningen definerer nye oppgaver for EONN og er derfor viktig for EONNs arbeid. Særlig gjør forordningen det mulig for EONN å ta hensyn til nye bruksmønstre for narkotika og nye trender innen blandingsbruk, herunder den kombinerte bruken av lovlige og ulovlige psykoaktive stoffer. I tillegg kan EONN utvikle verktøy og virkemidler som vil være til hjelp for medlemsstatene og EU i kartleggingen og evalueringen av narkotikapolitikken og narkotikastrategiene samt i samarbeidet med land utenfor EU, som søkerlandene til EU eller landene på Vest-Balkan. Forordningen inneholder også flere endringer som gjelder Den vitenskapelige komité og styret. Med utgangspunkt i artikkel 152 i EU-traktaten skal denne teksten nå vedtas av Rådet og Europaparlamentet i henhold til framgangsmåten for medbestemmelse.

### Ny nasjonal lovgiving

Noen land har foretatt store endringer i narkotikalovgivningen i løpet av rapporteringsperioden, både når det gjelder lovbrudd og sanksjoner i forhold til besittelse og handel.

Romania vedtok både en ny lov og en ny straffelov som skiller mellom forbrytelse og forseelse (forseelser skal nå straffes med samfunnsarbeid og dagbøter), mellom brukere og avhengige og mellom lavrisiko- og høyrisikostoffer. Straffefritak og betingede dommer kan nå anvendes i forbindelse med narkotikalovbrudd. Behandlingen av avhengige kan heretter skje innenfor rammen av et integrert hjelpeprogram under tilsyn av en saksbehandler. Fengselsstraffene er skjerpet for tilrettelegging av plass for narkotikabruk, tolerering av bruk på plassen og for oppmuntring til narkotikabruk. Straffene har også økt for illegal utdeling av høyrisikostoffer og for forsyning til mindreårige av giftige kjemiske sniffestoffer.

I Bulgaria ble den nye loven om kontroll av narkotiske stoffer og prekursorer godkjent i juni 2004. Loven fastslår hvilken funksjon statlige organer skal ha i kontrollen med forskriftene på narkotikaområdet, i gjennomføringen av

tiltak mot narkotikamisbruk og -handel og i forskning. Mens avhengige som var i besittelse av en enkelt dose tidligere slapp straff, er dette unntaket nå opphevet.

Den nye straffeloven i Slovakia skiller mellom besittelse av narkotika til egen bruk og med sikte på handel. I motsetning til det som tidligere gjaldt besittelse til egen bruk (ikke mer enn én dose), fikk man med den nye paragraf 171 to besittelseslovbrudd for det som gjaldt egen bruk, avhengig av antallet doser (se nærmere opplysninger nedenfor). To nye straffebud kan komme til anvendelse i forbindelse med disse lovbruddene, nemlig overvåket hjemmesoning og samfunnstjeneste. Besittelse av mer enn 10 doser påtales med hjemmel i paragraf 172. Avhengig av skjerpene omstendigheter kan dette lovbruddet straffes med fengsel fra 4 år til livstid. I tillegg er den kriminelle lavalderen senket fra 15 til 14 år.

I Litauen kan oppbevaring av narkotika i salgøyemed ikke lenger straffes med 90 dager i arresten. Dette lovbruddet skal nå være gjenstand for betydelig strengere minstestoffer, det vil si ubetinget straff, men soningstiden er redusert fra 5 til 2 år. Maksimumsstraffen for tyveri av store mengder narkotiske stoffer eller tyveri utført av en organisert gruppe, er utvidet til 15 år.

I Italia har en lovendring ført til at narkotiske stoffer nå er inndelt i to hovedgrupper istedenfor seks (alle substanser med ikke-terapeutisk virkning er gruppert sammen slik at skillet mellom lette og tunge stoffer faller bort). Lovendringen skiller også mellom personlig bruk og handel, og sanksjonene er endret slik at de inkluderer husarrest og samfunnstjeneste. I tillegg er alternativene til fengsel bygget ut. Alle narkotikabrukere har nå rett til å velge hvilken type behandling de skal få, samt stedet for denne, og hvilken institusjon som skal bekrefte deres status som narkotikaavhengige. Disse tjenestene tilbys ikke lenger bare av offentlig sektor.

I Storbritannia innebar rusmiddeloven av 2005 en rekke viktige endringer i nasjonal lovgiving. Blant annet ble sopp som inneholder psilocin eller psilocybin klassifisert som A-preparat, funn av en viss mengde kontrollerte stoffer blir forutsatt oppbevart i salgøyemed, politiet har anledning til å teste narkotikalovbrytere ved pågripelse og ikke ved siktelse, og de som tester positivt, skal vurderes for narkotikabruk. I tillegg skal domstolene ta skjerpene omstendigheter i betraktning ved straffeutmålingen (som f.eks. tilby narkotika i nærheten av skole). Personer som har svelget pakker med narkotika kan også holdes i varetekt i inntil 8 dager (mot tidligere 4). Videre tillates domstolen eller

(?) Ytterligere informasjon finnes på [http://ec.europa.eu/health/ph\\_projects/action3\\_en.htm](http://ec.europa.eu/health/ph_projects/action3_en.htm)

juryen nå å trekke slutninger dersom en person nekter å gjennomgå en hulroms- eller røntgenundersøkelse.

Det er en generell tendens i Europa til at man setter ned eller fjerner fengselsstraff for besittelse til egen bruk, samtidig som straffene for lovbrudd relatert til forsyning av narkotika økes <sup>(8)</sup>.

### Kvantitet

I rapporteringsperioden vedtok flere land lovendringer som medførte en justering av grensene for de ulike narkotikalovbruddene alt etter hvilke kvanta som var involvert.

Etter at den belgiske forfatningsdomstolen opphevet artikkel 16 i loven av 2003, vedtok justisministeren og regjeringsadvokaten et nytt fellesdirektiv om cannabisrelaterte forseelser. Direktivet slår fast at en voksen persons besittelse av en liten mengde cannabis til personlig bruk (ikke mer enn 3 gram eller én plante), kun skal føre til en enkel anmerking hos politiet, forutsatt at det ikke foreligger skjerpene omstendigheter.

I Slovakia spiller kvantitet en sentral rolle i den nye straffeloven om narkotikalovbrudd. I paragraf 171 kan besittelse til egen bruk deles i to: besittelse av inntil tre doser kan straffes med inntil tre års fengsel, mens fengselsstraffen kan komme opp i fem år for besittelse av en "større mengde" (inntil 10 doser). Besittelse av større kvanta faller inn under paragraf 172, som fastsetter en fengselsstraff på 4–10 år dersom det ikke foreligger skjerpene omstendigheter, 10–15 år for besittelse av en større mengde (med en gateverdi på mer enn 10 ganger grunnverdien på 8000 Skk – ca. 200 euro), 15–20 år for besittelse av en betydelig mengde (over 100 ganger grunnverdien) og 20–25 år for besittelse av en meget betydelig mengde (over 500 ganger grunnverdien).

Fra 2002 til 2005 utførte Max Planck-instituttet i Tyskland en evaluering av paragraf 31a i den tyske narkotikaloven, som tillater at besittelse av "ubetydelige mengder" narkotika i visse tilfeller ikke straffefølges. Evalueringen konkluderte med at det var store variasjoner i anvendelsen av lovens § 31a i Tysklands 16 delstater, til dels på grunn av forskjellige tolkninger av uttrykket "ubetydelig" (Schäfer og Paoli, 2006). I mars 2005 vedtok delstaten Berlin en revisjon av sine "Retningslinjer for cannabis". Ifølge disse retningslinjene straffefølges ikke besittelse av inntil 10 gram cannabis dersom visse kriterier er oppfylt. Grensen kan i enkelte tilfeller heves til 15 gram.

Litauens helseminister endret anbefalingen med hensyn til hvilken mengde narkotiske og psykotrope stoffer som skal vurderes som liten, stor eller svært stor og redefinerte disse kvantaene. Storbritannias narkotikalov av 2005 gjør at antakelsen om salgsøyemed skal legges til grunn ved funn av en bestemt mengde kontrollerte stoffer. Kvantaene ble bestemt i forskrifter våren 2006.

I Bulgaria ble paragraf 354a (3) opphevet med straffelovens tillegg (ny SG 26/04). I henhold til denne paragrafen var nemlig avhengige fritatt fra straffeansvar dersom de var i besittelse av en enkelt dose. Årsaken til at paragrafen ble opphevet, var vanskeligheter med å definere mengden som utgjorde en enkelt dose, og bevis for at fritaket ble misbrukt i retten til fordel for narkotikalangere.

I Italia medførte en lovendring i februar 2006 nye grenser for skillet mellom personlig bruk og handel, basert på mengden virkestoff i det aktuelle stoffet, etter at grensene ble opphevet i 1993. Grensene er fastsatt i et eget lovdekret fra helseministeren av april 2006.

Som vi allerede har sett av forskning utført i regi av den europeiske databasen for narkotikalovgivning (ELDD) <sup>(9)</sup>, varierer den rollen mengden tillegges i lovgivningen fra et land til et annet. Enkelte land (som Slovakia) har strenge definisjoner på hvilke grenser som gjelder for de ulike lovbruddene, mens andre (som Storbritannia) bruker mengdene som retningsgivende for eventuelle antakelser om intensjon. Mengden kan også brukes for å skille mellom lovbrudd (f.eks. besittelse og salg) eller for å bestemme straffen for et lovbrudd. Selv om mange land refererer til kvantitet i sine lover, kan kvantitet defineres på forskjellige måter (vekt, pris) eller ikke i det hele tatt. Italia og Bulgarias siste lovendringer, som tilsynelatende trekker i hver sin retning, viser at det fortsatt ikke er europeisk konsens på dette området.

### Doms-statistikk

Flere land har vurdert å kartlegge narkotikadommer, og i noen av landene som har gjennomført dette, har resultatene allerede ført til handling.

Irland har i henhold til sin nasjonale narkotikastrategi godkjent opprettelsen av en sentral, kriminal-statistisk, enhet for å kartlegge statistikk over arrestasjoner, tiltaler og typen straff som gis.

Den tyske narkotikaloven gir under visse omstendigheter påtalemyndigheten anledning til å frafalle tiltale

<sup>(8)</sup> Se årsrapporten for 2005 (<http://ar2005.emcdda.europa.eu/no/page013-no.html>) Se også "Bruk av illegale rusmidler i EU: lovgivningsmessige tilnæringer, en temaartikkel fra EONN" (<http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).

<sup>(9)</sup> Se "Kvantitetens rolle i rettsforfølgningen av narkotikalovbrudd", en juridisk rapport fra ELDD, og tabell 1 i "Bruk av illegale rusmidler i EU: lovgivningsmessige tilnæringer", en temaartikkel fra EONN (begge finnes på <http://eldd.emcdda.europa.eu/?nnodeid=5175>).



for narkotikabesittelse uten rettens kjennelse. Tross nasjonale anbefalinger og retningslinjer er det stor forskjell i forskriftene mellom delstatene. Forskjellene ble kartlagt i en studie gjennomført på oppdrag av helseministeriet, som vurderte straffeutmålingen i over 1800 saker i seks delstater (Schäfer og Paoli, 2006).

Noen av Østerrikes provinser har gjort forsøk på å standardisere gjennomføringen av paragraf 12 og 35 nr. 4 i narkotikaloven, som fastsetter forenklete prosedyrer for henleggelse av rapporter for kjøp eller besittelse av små mengder cannabis. Annen straffestatistikk viser økning i 2004 i antallet rapporter som ble frafalt. Antallet politirapporter og fellende dommer økte enda mer, mens antallet henleggelse gikk noe ned.

I Romania ble doms-statistikken undersøkt for å måle effekten av sosial reintegrasjon av narkotikabrukere som begår andre lovbrudd enn narkotikalovbrudd. I de fleste tilfellene var straffen betinget med prøvetid. Fra 2004 omfattet dommene sjeldnere tvangsbehandling, noe som effektivt bidro til ikke å involvere kriminalomsorgen, og dermed svekket dens bidrag til sosial rehabilitering av narkotikabrukere.

Doms-statistikk, eller statistikk over alternative sanksjoner, gir et mye mer nøyaktig bilde av hvordan et land gjennomfører sin narkotikapolitikk enn en lovt tekst gjør (se EONN, 2002a). Ikke alle medlemsstater utarbeider fulle domsstatistikker slik de gjør for pågripelser, men de begynner likevel å rapportere om økt interesse for å kartlegge gjennomføringen, noe som er i tråd med trenden med å evaluere politiske virkemidler<sup>(10)</sup>. Innsamling og analyse av doms-statistikk var tema for et ekspertmøte i EONN i 2006.

## Narkotikarelatert kriminalitet

Tiltak 25.1 i EUs handlingsplan mot narkotika 2005–08 forutsetter at Rådet innen 2007 vedtar en felles definisjon av "narkotikarelatert kriminalitet" på grunnlag av et Kommissjonsforslag basert på foreliggende studier som skal legges fram av EONN.

Selv om det foreløpig ikke finnes noen EU-definisjon av narkotikarelatert kriminalitet, anses begrepet oftest å omfatte lovbrudd begått under påvirkning av narkotika, lovbrudd begått for å finansiere narkotikabruk, lovbrudd begått i forbindelse med det ulovlige narkotikamarkedet samt brudd på narkotikalovgivning.

### Rapporter om sammenhengen mellom narkotika og kriminalitet

I Den tsjekkiske republikk deltok de regionale politidistriktene i 2005, for andre år på rad, i en undersøkelse om narkotikarelatert kriminalitet. I 2004 ble det anslått at om lag 62 % av alle lovbrudd forbundet med narkotikaproduksjon/-distribusjon, 25 % av alle bedragerier, 21 % av alle tilfeller av økonomisk utroskap og 20 % av alle simple tyverier ble begått av narkotikabrukere for å finansiere eget forbruk (Tsjekkias nasjonale rapport).

En undersøkelse utført i 2004 blant 15–16-åringene i Finland viste at rundt 7 % av de som hadde brukt cannabis det siste året, hadde finansiert bruken ulovlig, mer enn halvparten ved å selge narkotika og resten hovedsakelig ved å stjele (Kivivuori et al., 2005, sitert i Finlands nasjonale rapport).

To irske studier utført av Garda Research Unit i 1996 og 2000–01 blant et utvalg av narkotikabrukere som var kjent av politiet, anslått at narkotikabrukere sto ansvarlig for 66 % av etterforskede straffbare lovbrudd i 1996 og 28 % i 2000–01 (Keogh, 1997, Furey and Browne, 2003, sitert i Irlands nasjonale rapport). 2000/01-undersøkelsen viste at opioidbrukere sto ansvarlig for 23 % av alle tyverier og 37 % av innbrudd som ble etterforsket.

EU har rutinedata bare om denne siste kategorien lovbrudd – brudd på narkotikalovgivning.

Data om de tre første typene lovbrudd er sjeldne eller usammenhengende i EU. Noe kommer fra lokale ad hoc-studier, som vanskelig lar seg ekstrapolere, mens noe bare refererer til en bestemt type narkotikarelatert kriminalitet.

Data om "rapporter"<sup>(11)</sup> for narkotikalovbrudd er tilgjengelig i alle de europeiske landene som analyseres i denne rapporten. Ikke bare viser de at det er forskjeller i nasjonal lovgivning, men også at det er forskjeller i hvordan loven anvendes og håndheves, hvordan bestemte kategorier lovbrudd prioriteres av politi og domstoler og hvilke ressurser som blir bevilget. I tillegg varierer de nasjonale informasjonssystemene om brudd på narkotikalovningen, særlig når det gjelder rutinene for rapportering og registrering – det vil si hva som registreres hvor og når. Disse forskjellene gjør sammenlikninger mellom EU-land vanskelig<sup>(12)</sup>, og dermed er det lettere å sammenligne trender enn absolutte tall.

I løpet av femårsperioden 1999–2004 økte antallet "rapporter" om narkotikalovbrudd jevnt over i de fleste

<sup>(10)</sup> Se "Nasjonale retningslinjer: evaluering av lover" (<http://ar2004.emcdda.europa.eu/no/page021-no.html>).

<sup>(11)</sup> Begrepet "rapport" i forbindelse med narkotikalovbrudd er satt i anførselstegn fordi det refererer til forskjellige konsepter avhengig av hvilket land det er snakk om. For nøyaktig definisjon, se metodeopplysninger om narkotikalovbrudd i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(12)</sup> En mer utfyllende drøfting av metodologiske spørsmål finnes i metodeopplysninger om narkotikalovbrudd i Statistiske opplysninger 2006.

EU-land (faktisk i alle land som har sendt inn rapporter bortsett fra Italia og Portugal, med en spesielt stor økning – dobling eller mer – i Estland, Litauen <sup>(13)</sup>, Ungarn <sup>(14)</sup> og Polen). I 2004 ble denne oppadgående trenden påvist i de fleste landene <sup>(15)</sup>, selv om et par land rapporterte om nedgang i løpet av det siste året – Den tsjekkiske republikk, Hellas, Latvia, Luxembourg, Portugal, Slovenia (siden 2001), Slovakia, Finland og Bulgaria <sup>(16)</sup>.

I de fleste medlemsstatene i EU er de fleste rapporterte brudd på narkotikalovgivning <sup>(17)</sup> relatert til bruk av eller besittelse med sikte på bruk <sup>(18)</sup>. Tallet varierer fra 61 % av alle narkotikalovbrudd i Polen til 90 % i Østerrike. I Den tsjekkiske republikk, Luxembourg, Nederland og Tyrkia er de fleste rapporterte narkotikalovbrudd relatert til langing eller smugling, med tall fra 48 % narkotikalovbrudd i Luxembourg til 93 % i Den tsjekkiske republikk.

I samme femårsperiode gikk antallet lovbrudd relatert til bruk/besittelse for bruk generelt opp i alle landene unntatt Italia, Portugal, Slovenia, Bulgaria og Tyrkia, som rapporterte en nedadgående trend <sup>(19)</sup>. Andelen disse lovbruddene utgjorde av det totale antallet narkotikalovbrudd gikk også opp i denne perioden, selv om økningen generelt var lav, bortsett fra for Kypros, Polen og Finland, hvor man rapporterte om en mer markert stigende trend. I Luxembourg, Portugal, Bulgaria and Tyrkia derimot, sank andelen narkotikalovbrudd relatert til bruk/besittelse til egen bruk <sup>(20)</sup>.

I de fleste medlemsstatene er cannabis det ulovlige stoffet som oftest er involvert <sup>(21)</sup> i rapporterte narkotikalovbrudd <sup>(22)</sup>. I de landene hvor dette er tilfellet, utgjorde cannabisrelaterte lovbrudd i 2004 34–87 % av alle narkotikalovbrudd. I Den tsjekkiske republikk og Litauen dominerte amfetaminrelaterte lovbrudd, hvor de representerte henholdsvis 50 % og 31 % av alle narkotikalovbrudd,

mens kokain er det hyppigst rapporterte stoffet i Luxembourg (43 % av alle narkotikalovbrudd).

Fra 1999–2004 økte antallet "rapporter" om narkotikalovbrudd som involverte cannabis i de fleste rapporterende landene, mens det fra Italia og Slovenia ble rapportert om nedgang <sup>(23)</sup>. I den samme perioden økte andelen narkotikalovbrudd som omfattet cannabis i Tyskland, Spania, Frankrike, Litauen, Luxembourg, Portugal, Storbritannia og Bulgaria, mens den holdt seg stabil i Irland og Nederland, og sank i Belgia, Italia, Østerrike, Slovenia og Sverige <sup>(24)</sup>. Selv om alle land rapporterer at cannabis forekommer oftere i lovbrudd som gjelder bruk/besittelse enn andre narkotikalovbrudd (bortsett fra i Den tsjekkiske republikk og Bulgaria og Belgia noen få år), har andelen bruksrelaterte lovbrudd som involverer cannabis gått ned i flere land siden 1999 – Kypros (2002–04), Italia, Østerrike, Slovenia og Tyrkia (2002–04) – og gått ned i løpet av det siste året (2003–04) i de fleste landene vi har rapporter fra, noe som muligens tyder på at politiet i disse landene har redusert sitt fokus på cannabisbrukere <sup>(25)</sup>.

I løpet av samme femårsperiode falt antallet "rapporter" og/eller andelen narkotikalovbrudd som involverer heroin i de fleste landene, med unntak av Belgia, Østerrike, Slovenia og Sverige, som rapporterte om stigende trender i antallet "rapporter" som involverte heroin <sup>(26)</sup> og i andelen lovbrudd som involverte heroin <sup>(27)</sup>.

Når det gjelder kokainrelaterte lovbrudd, er trenden den motsatte: både når det gjelder antall "rapporter" <sup>(28)</sup> og andelen av alle narkotikalovbrudd <sup>(29)</sup>, har kokainrelaterte lovbrudd i de fleste landene økt siden 1999. Bulgaria er det eneste landet som rapporterer om en nedadgående trend for kokainlovbruddene (både med hensyn til antall og andelen av alle narkotikalovbrudd).

<sup>(13)</sup> Økningen i Litauen skyldes gjennomføring av den nye straffeloven mai 2003.

<sup>(14)</sup> Økningen i Ungarn kan hovedsakelig tilbakeføres til en endring i straffeloven og straffeprosessloven.

<sup>(15)</sup> Data om "rapporter" for narkotikalovbrudd finnes for alle land for perioden 1999-2004 (ikke alltid for hvert år) bortsett fra for Kypros, Slovakia, Bulgaria, Romania, Tyrkia og Norge, og for 2004 for alle land utenom Irland, Storbritannia og Norge.

<sup>(16)</sup> Se tabell DLO-1 og figur DLO-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(17)</sup> Alle land hadde spesifisert hvilke typer lovbrudd som var begått (ikke alltid for hvert år mellom 1999 og 2004), bortsett fra Danmark, Estland, Latvia, Litauen, Ungarn, Slovakia og Romania.

<sup>(18)</sup> Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(19)</sup> Se tabell DLO-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(20)</sup> Se tabell DLO-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(21)</sup> En analyse av lovbruddene etter stoff var tilgjengelig i alle landene (ikke alltid for hvert år mellom 1999 og 2004) bortsett fra Danmark, Estland, Latvia, Ungarn, Finland, Romania og Norge.

<sup>(22)</sup> Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(23)</sup> Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(24)</sup> Se tabell DLO-6 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(25)</sup> Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(26)</sup> Se tabell DLO-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(27)</sup> Se tabell DLO-7 i Statistiske opplysninger 2006; merk at i Sverige har andelen heroinrelaterte lovbrudd gått ned i perioden 1999-2003.

<sup>(28)</sup> Se tabell DLO-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(29)</sup> Se tabell DLO-8 i Statistiske opplysninger 2006.

**Narkotikapolitikken i Europa: begrenset til illegale rusmidler? EONNs årsrapport for 2006: utvalgte aspekter**

I Europa er rammene for narkotikapolitikken i ferd med å utvides til ikke bare å gjelde illegale rusmidler, men også andre vanedannende stoffer eller til og med atferder. Dette framgår av narkotikapolitikken i enkelte medlemsstater og i EUs narkotikastrategier. Forskningen ser i økende grad på problemet med avhengighet eller avhengighetsatferd uavhengig av de aktuelle stoffene. Den økende oppmerksomheten rettet mot lovlige rusmidler, eller avhengighet som sådan, i nasjonale narkotikastrategier eller policy-dokumenter, omhandles i dette utvalgte aspektet, som har som mål å gi et første innblikk i dette nye fenomenet i Den europeiske union.

Selv om narkotikastrategiene ikke alltid omtaler lovlige rusmidler eller avhengighet, viser det seg at de forebyggende programmene, og i enkelte land også behandlingstiltakene, gjelder både lovlige og ulovlige rusmidler, med barn og unge som prioritert målgruppe. Sakte integrasjon, strategisk eller institusjonelt, av lovlige rusmidler så vel som tiltakene mot illegale rusmidler ser ut til å bli mer og mer vanlig i politikken.

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave ("European drug policies: extended beyond illicit drugs?", in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) og på internett (bare på engelsk) (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Kapittel 2

# En oversikt over responsen på narkotikaproblemet i Europa

### Forebyggende arbeid

Erfaringen fra en del medlemsstater tyder på at narkotikaforebyggende intervensjoner på individuelt plan kan være mer effektive hvis de samtidig ledsages av en politikk som regulerer lovlige rusmidler slik at unge menneskers tilgang til disse stoffene begrenses så vel som reduserer den sosiale aksepten av dem. Dette har ført til at forebyggende strategier som settes inn i miljøene og tar for seg rusmiddelbrukens normative og kulturelle rammer, har vunnet terreng i deler av Europa, med støtte i de første tiltakene på EU-plan, nemlig direktivet om tobakksreklame og WHO's rammekonvensjon om tobakkskontroll (se miljøstrategi-delen i utvalgt aspekt om narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer).

Det er stadig økende erkjennelse for mediekampanjens betydning i bevisstgjøringen av befolkningen (for å underbygge, støtte og forklare begrunnelsen for miljøstrategiene for allmennheten) snarere enn for å påvirke atferden. I så henseende anbefaler en tysk gjennomgang av internasjonal litteratur på området (Bühler og Kröger, 2005, sitert i Tysklands nasjonale rapport) at mediekampanjer brukes som støttetiltak og ikke som eneste tiltak, for å oppnå atferdsendringer.

### Forebyggende folkehelsearbeid

Helsefremmende arbeid – som et rammevilkår for forebygging – tar sikte på å ansopre folk til å ha en sunn livsstil og skape sunne levekår for alle. Likevel blir det nye begrepet "forebyggende folkehelsearbeid" stadig oftere nevnt av en del medlemsstater (Italia, Nederland, Slovakia) og Norge. Forebyggende folkehelsearbeid innebærer en rekke forebyggende tiltak som tar sikte på å forbedre helsen i sårbare deler av befolkningen, og narkotikaforebyggende arbeid er et element i dette. Tiltakene er spesielt rettet mot unge menneskers behov. I denne gruppen er problematferd, inkludert narkotikabruk, sterkt forbundet med sårbarhet (sosial og personlig) og levekår. Siden selektive og indiserte forebyggingsstrategier retter seg mot sosiale og personlige risikofaktorer, henger de naturlig sammen med annen

ungdomsrelevant helsepolitikk (psykiske helsestrategier for ungdom i forhold til atferdsproblemer, ADHD osv.), sosialpolitikk (anskaffelse av fritidslokaler og støtte til sårbar ungdom eller belastede familier), utdanningspolitikk (reduksjon i antallet unge som dropper ut av skolen) osv. Forebyggende folkehelsearbeid går altså på alle sårbarhetsfaktorer som har relevans for håndteringen av narkotikaproblemer, og det involverer derved tjenester og sektorer som normalt ikke har fokus på narkotika.

### Skolebasert forebyggende arbeid

Programbasert forebyggende arbeid holder på å få foffeste innen det skolebaserte forebyggende arbeidet. Programbaserte forebyggende tiltak innebærer et definert antall standardiserte møter, hvert med et definert innhold, og detaljert materiell til lærere og elever. Dette legger til rette for kartlegging og evaluering og øker tiltakenes nøyaktighet, pålitelighet og konsekvens samt sikrer høy kvalitet på gjennomføringen. Som et resultat har flere medlemsstater enn før oppsyn med det skolebaserte forebyggende arbeidet (Den tsjekkiske republikk, Hellas, Spania, Irland, Italia, Kypros, Ungarn, Nederland og Storbritannia). Det første europeiske forsøksprogrammet for forebygging av narkotikamisbruk – European Drug Abuse Prevention Trial ([www.eudap.net](http://www.eudap.net)) – har gitt lovende resultater. Prosjektet finansieres av Europakommisjonen og ble gjennomført og kryssevaluert i syv land, ni regionale sentre og 143 skoler. 7000 elever har vært med (3500 i en forsøksgruppe og 3500 i en kontrollgruppe). EU-Dap rapporterer at det var 26 % mindre sannsynlighet for at elevene i forsøksgruppen røykte daglig, 35 % lavere sannsynlighet for at de ofte var beruset, og 23 % mindre sannsynlighet for at de brukte cannabis, sammenlignet med kontrollgruppen. Et tilsvarende programbasert forskningsprosjekt er "Blueprint" i Storbritannia<sup>(30)</sup>. I tillegg rettes mer oppmerksomhet mot en mer stringent faglig veiledning og bedre dekning for de skolebaserte forebyggende tiltakene (f.eks. i Frankrike og Irland).

### Politi i skolen

Politiets rolle i det skolebaserte forebyggende arbeidet er kontroversiell. I den fransktalende delen av Belgia

<sup>(30)</sup> [www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/](http://www.drugs.gov.uk/young-people/blueprint/)

anbefales det at helsefremmende og forebyggende arbeid gjennomføres av skolemyndighetene, og at politiet ikke involveres i forebyggende programmer. I Storbritannia anbefaler et policy-dokument (ACPO Drugs Committee, 2002) at politiet bare skal operere innen sine fagfelt (sikkerhet, lovbrudd, orden) og ikke involvere seg i det som direkte går på narkotikaopplysning. Portugals nærpolitiprogram, "Escola Segura" (Sikker skole) er basert på de samme prinsippene. I løpet av skoleåret 2004–05 ble 320 polititjenestemenn utplassert i skolesystemet. Målet var å få politiet inn i nærmiljøet og avverge lovbrudd, både på dagtid og nattetid. I Frankrike lærer politiet opp eksperter til å knytte kontakt med ungdom eller voksne for å besøke skoler og andre institusjoner. Til tross for at det anbefales at narkotikaopplysning ikke bør drives av uniformerte polititjenestemenn, da dette noen ganger kan virke mot sin hensikt, er det fremdeles vanlig i flere av medlemsstatene at politiet driver arbeid i skolene.

### Selektiv forebygging

Etter hvert som selektiv forebygging blir anerkjent og bygget ut i de fleste medlemsstatene, etableres det stadig flere tiltak som er særskilt rettet mot sårbare grupper. For eksempel rapporterer Tyskland, Hellas, Luxembourg, Østerrike, Finland og Storbritannia om programmer utformet for unge lovbrøyttere.

Flere land (f.eks. Polen og Slovakia) begynner å vektlegge sårbare grupper. Sverige har foretatt den største satsingen sammenlignet med tidligere år på programmer for risikoutsatte førskolebarn og skolebarn med utagerende atferd. Antallet kommuner som har slike programmer, er omtrent fordoblet. Norge holder på å utarbeide en nasjonal strategi for tidlige tiltak når det gjelder problembruk av narkotika og alkohol, hvor de forebyggende tiltakene spesifikt settes inn mot risikoutsatte målgrupper. Tiltak som ikke er basert på avholdenhet er effektive både når det gjelder å redusere forbruket og å utsette debuten i grupper hvor begynnende narkotikabruk allerede forekommer. Polen har også et landsomfattende program som skal endre narkotikarelatert atferd hos utsatte barn og barn som befinner seg i den første fasen av narkotikabruk. Det polske programmet har som målsetting å hjelpe familier med å løse rusmiddelproblemer. I så henseende har det vist seg nyttig at konseptet selektiv forebygging ikke fokuserer på narkotikabruk og heller ikke stigmatiserer narkotikabruk, men har fokus på sårbarhet i bred forstand.

Medlemsstatene rapporterer om økt fokus på bestemte etniske grupper i det selektive forebyggende arbeidet, og fire land (Belgia, Tyskland, Italia og Luxembourg) rapporterer om nye prosjekter på

dette området. I Italia prioriterer mange prosjekter nå å beskytte barn, mødre og innvandrerfamilier, eller personer som tilhører etniske minoriteter. Luxembourg rapporterer at ungdom og de største innvandrergruppene nå vies særskilt oppmerksomhet, med fokus på språklige og sosiokulturelle særtrekk.

### Selektiv forebygging i skolen

Selektiv narkotikaforebygging retter seg i økende grad mot unge som står i fare for å slutte skolen, og/eller som har atferdsproblemer, f.eks. i Italia, hvor 15 % av tiltakene innenfor det forebyggende arbeidet i skolen er rettet mot sårbare elevgrupper (selektiv og indisert forebygging). Det selektive forebyggingsarbeidet i skolen retter seg hovedsakelig mot elever med sosiale atferdsproblemer, problemer på skolen eller med familien, samt innvandrerelever og elever som tilhører etniske minoriteter. Skoleprestasjoner og frammøte er gode prediktorer for rusmiddelproblemer, og når disse faktorene kartlegges, kan tidlige og nøyaktige tiltak lettere settes inn.

I flere land fokuserer de narkotikaforebyggende programmene på ungdom som dropper ut av skolen. HUP-prosjektet i Storstrøm amt i Danmark har som målsetting å øke andelen elever som gjør ferdig skolen fra 75 % til 95 %, som er det nasjonale målet, ved å fokusere på sårbare elever. Lignende prosjekter rapporteres fra Irland (47 prosjekter), Romania (ett prosjekt) og Norge (undervisningsmateriell). Et av de offisielle målene for Irlands nasjonale strategi er å sikre at færre dropper ut av skolen. Målet er å redusere antallet med 10 % i forhold til 2005–06 i områdene hvor lokale innsatsgrupper mot narkotika (LDTF-områder) er satt inn. Selektive forebyggingsprogrammer på Malta retter seg mot de mest risikoutsatte elevene, mens skolene i Frankrike og Slovakia tilbyr rådgivningstjenester basert på (egen) henvisning.

### Familiebasert forebyggende arbeid

Etter hvert som antallet yngre barn som debuterer med narkotika øker, blir det stadig viktigere å forbedre og intensivere det familiebaserte forebyggende arbeidet. Før tenårene har familien større innflytelse enn barnets jevnaldrende. Familiens rolle når det gjelder å etablere normer og støtte for barn, er viktigere for forebyggingen enn informasjon om ulike rusmidler.

Det familiebaserte forebyggende arbeidet i EU blir stadig mer målrettet og mer behovsbasert. Flere medlemsstater (Tyskland, Spania, Irland, Italia og Storbritannia) har erfart at det kan være vanskelig for institusjoner å henvende seg til problemfamilier. Dette er bakgrunnen for at FRANK-kampanjen i Storbritannia har utarbeidet en tiltakspakke for spesielle narkotika- og alkoholteam og fagfolk innen forebygging for å lette arbeidet med

å nå fram til familiene, og en rekke andre medlemsstater gjennomfører selektive forebyggingsprogrammer rettet mot risikoutsatte familier. Disse programmene benytter ulike teknikker for å trekke til seg slike familier (f.eks. utdeling av mat, økonomiske insentiver, barnevakt), hovedsakelig basert på Kumpfers "Strengthening Families Program" (SFP) (Kumpfer et al., 1996).

I Spania gjennomføres SFP i Palma de Mallorca og Barcelona, og det samme skjer i Nederland (to byer, evalueringsstudie) og Sverige (to byer). I Irland og Italia er opplæringen i gang, og for Italias vedkommende er programmet planlagt bygget ut i flere byer. Norge er i ferd med å evaluere MST, som er et tilsvarende program, i et randomisert kontrollert forsøk. I alle medlemsstatene hvor de er gjennomført er de selektive familiebaserte programmene basert på de samme prinsippene.

Polen og deler av Østerrike har egne programmer for forsømte barn og ungdom fra dårlig fungerende familier. Programmene gjennomføres på lokalsamfunnets arenaer, f.eks. i sosio-terapeutiske miljøer, læresentre, ungdomsklubber og forebyggende sentre.

En del land øker fokuseringen på barn av alkoholikere (Belgia, Tyskland, Østerrike). De øvrige landene fokuserer fremdeles kun på barn av narkotikabrukere.

### Forebyggende arbeid i lokalsamfunnet

De fleste programmene innen selektiv forebygging foregår i lokalsamfunnet, delvis fordi de ulike sosialtjenestene som er involvert, koordineres på dette nivået. I land der lokalsamfunnet har makt og vilje til å håndheve lokale normer, er lokalsamfunnet den naturlige enhet å legge miljøstrategier til. Selektiv forebygging i lokalsamfunnet er vanlig i de nordiske landene og i Belgia, Nederland, Polen og Storbritannia, og blir stadig vanligere i land hvor denne tilnærmingen ikke har vært særlig mye brukt (Frankrike, Italia, Ungarn, Portugal).

Ved å etablere lokalsamfunnsnormer for tilgjengeligheten og inntaket av lovlige rusmidler samt å optimere de lokale tjenestene, fungerer lokale forebyggende miljøstrategier som et godt utgangspunkt for effektive narkotikaforebyggende programmer.

### Kvalitetskontroll i det forebyggende arbeidet

Det blir stadig viktigere med kvalitetskontroll i det forebyggende arbeidet, spesielt siden mange medlemsstater har overført myndighet og ansvar for det forebyggende arbeidet til lokalplanet (Danmark, Italia, Nederland, Polen, Portugal og Slovenia) og/eller har delegert ansvaret for narkotikaforebygging til frivillige

organisasjoner (NGOer) eller halvoffentlige institusjoner (Belgia, Tyskland, Frankrike, Ungarn og Finland). Følgelig rapporterer enkelte medlemsstater om strategier for å sikre felles kvalitetskriterier, standarder og faglig rådgivning på lokalt nivå, med støtte til skole eller lokalsamfunn i utviklingen av skolepolitiske retningslinjer (Belgia, Danmark, Nederland og Storbritannia), gjennomføring av egnede forebyggende programmer og sikring av minstekriterier for kvalitet (Danmark, Frankrike, Litauen, Ungarn, Slovakia, Storbritannia, Romania og Norge).

Hellas og Østerrike fører an når det gjelder å definere spesifikasjoner for akkreditering av behandlingstiltak eller spesialister på forebyggende arbeid.

## Behandlings- og skadereduksjonstiltak

EONNs innsamling av data om skadereduksjon og behandlingstiltak relatert til narkotikaproblemet skjer innenfor rammen av to viktige EU-dokumenter:

- EUs narkotikastrategi 2005–12 og den første handlingsplanen 2005–08, som fastsetter rammene for nasjonale retningslinjer og detaljerte anbefalinger for medlemsstatenes tiltak med sikte på forebygging av narkotikabruk og utvidet dekning av og økt kvalitet på behandlings- og skadereduksjonstjenestene.
- Rådsrekommendasjon av 18. juni 2003 <sup>(31)</sup>, som gir nærmere anbefalinger om tiltak som medlemsstatene bør vurdere å gjennomføre for å forebygge og redusere helseskader forbundet med narkotikaavhengighet, og for å sikre et høyt helsevernivå. Denne rekommendasjonen er styrket ved at den er inntatt som mål nr. 14 i EUs handlingsplan.

For å evaluere i hvilken grad strategien gjennomføres, er det viktig å få fastsatt nivået på tjenestene som ytes og i hvilken grad de benyttes. I siste instans trengs det imidlertid gode anslag over tjenestenes dekning – i hvilken grad målgruppen nås av behandlings- og skadereduksjonstiltakene – for at handlingsplanens mål skal kunne evalueres og skape et grunnlag for å vurdere strategiens betydning.

Gjennom hele strategiens gjennomføringsperiode på åtte år vil EONN støtte Kommissjonen i evalueringsprosessen ved å framskaffe data fra EUs epidemiologiske nøkkelindikator-system samt utvikle og ta i bruk en rekke spesifikke verktøy for datainnsamling for å måle tjenestetilbudet og bruken av behandlings- og skadereduksjonstiltak. Sammenlignet med den gode oversikten over den epidemiologiske situasjonen som er oppnådd takket

<sup>(31)</sup> Rådsrekommendasjon 2003/488/EF.

være EONNs arbeid for å utvikle og gjennomføre indikatorbasert overvåking, er den standardiserte rapporteringen når det gjelder tiltak, begrenset.

### Substitusjonsbehandling med opioider

For heroinbrukere i Europa ble vedlikeholdsbehandling med metadon først tatt i bruk i Sverige (1967), Nederland og Storbritannia (1968) og Danmark (1970), men denne typen behandling var i mange år lite utbredt.

Da man først ble klar over i hvilken grad HIV-epidemien hadde spredt seg blant narkotikabrukere i Vest-Europa, skjedde det i mange land en endring med hensyn til terapeutiske mål og tilnærminger, fra avholdenhet som primær målsetting til målet om å redusere skadene knyttet til narkotikabruk. Behovet for gjentatt behandling ble akseptert, samtidig som man erkjente fordelene ved vedlikeholdsbehandling for å stabilisere og forbedre opioidbrukernes helse og sosiale situasjon, samt fordelene av dette for samfunnet.

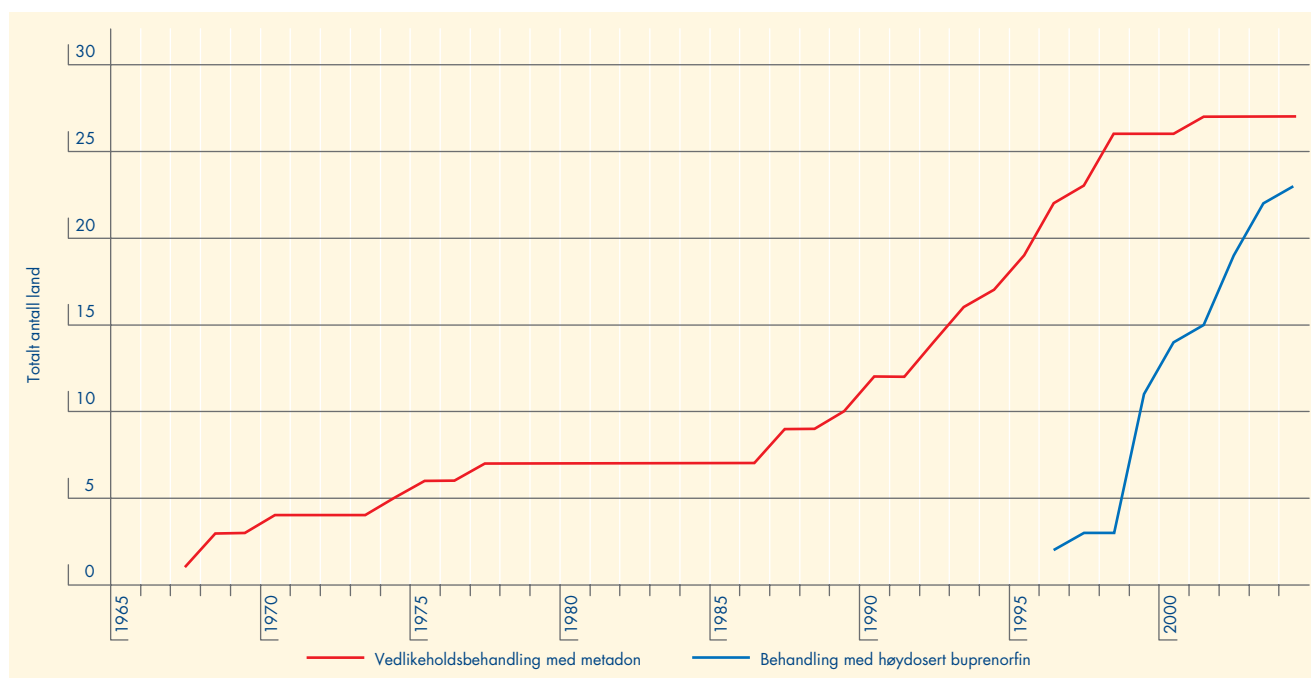
Etter slutten av 1980-tallet ble vedlikeholdsbehandling med metadon en stadig mer benyttet behandlingsmetode. Innen 2001 hadde 24 EU-land samt Bulgaria, Romania og Norge innført denne behandlingsformen (figur 1). Omfanget og dekningen varierer imidlertid svært meget fra land til land (se kapittel 6).

I 1996 fikk bruken av buprenorfinholdige legemidler i behandlingen av heroinbrukere for første gang rettslig hjemmel i en av EUs medlemsstater (se utvalgt aspekt om buprenorfin i årsrapporten for 2005). Denne behandlingsformen er nå tilgjengelig og i bruk i de fleste medlemsstatene. Etersom buprenorfin er underlagt et mindre strengt tillegg til FNs narkotikakonvensjoner, har landene større mulighet for å skrive ut resepter på slike legemidler. I noen land har dette behandlingstilbudet ført til en rask økning i antall klienter som behandles. Nye farmakoterapeutiske behandlingstilbud som går ut over ren substitusjonsbehandling med agonister, er under utvikling, og forskningen fokuserer nå på å utvikle behandlingstiltak for kokain- og crackbrukere. Mange av disse bruker også heroin eller har tidligere brukt heroin (se også kapittel 5).

Det anslås at over en halv million opioidbrukere i EU mottok substitusjonsbehandling i 2003, eller én tredel av EUs anslagsvis 1,5 millioner opioidbrukere (EONN, 2005a). De nye medlemsstatene og søkerlandene har bare en liten andel av alle Europas klienter i substitusjonsbehandling, noe som delvis kan skyldes det lave antallet opioidbrukere i disse landene. Selv om tilbudet av substitusjonsbehandling samlet sett er lite i disse landene, finnes det indikasjoner på økninger i Estland, Litauen og Bulgaria.

På grunnlag av informasjon som er lagt fram, ser vi at i en del land har økningen i antallet personer som

**Figur 1:** Innføring av vedlikeholdsbehandling med metadon og behandling med høydosert buprenorfin i EUs medlemsstater, søkerland og Norge



Kilder: Nasjonale kontaktpunkter.



får metadonbehandling fortsatt, mens antallet har vært stabilt eller synkende i åtte land <sup>(32)</sup>. Fire av disse landene – Danmark, Spania, Malta og Nederland – har en profil som viser lang tids bruk av heroin og et godt utbygget tilbud om substitusjonsbehandling med metadon. De fire andre landene – Latvia, Ungarn, Polen og Romania – kjennetegnes av at substitusjonsprogrammene har dårlig geografisk dekning, og at det noen steder er ventelister for å få behandling.

Det er vanskelig å si om et synkende antall klienter som mottar metadonbehandling betyr at disse klientene bytter til buprenorfinbehandling der det er tilgjengelig. I hvilket omfang allmennleger tilbyr behandling for narkotikaavhengighet, er ofte ikke kjent på nasjonalt plan.

### Tilbud og typer av behandling for narkotikaavhengighet

I en undersøkelse blant nasjonale kontaktpunkter (NFP) i 2005 ble den generelle behandlingssituasjonen i Europa vurdert. Nasjonale eksperter ble spurt om majoriteten av opioidbrukere mottok stoff-fri behandling eller legemiddelassistert rehabilitering, eller om begge behandlingsmåter var like utbredt.

Resultatene viser at legemiddelassistert rehabilitering langt er mest utbredt, og at metadon er det stoffet som brukes mest (bortsett fra i Den tsjekkiske republikk og Frankrike. For ytterligere opplysninger, se kapittel 6). Videre viser resultatene at narkotikabehandling hovedsakelig skjer poliklinisk – bare i Latvia og Tyrkia er innleggelse mest utbredt. Tradisjonelle psykoterapeutiske behandlingsmetoder (psykodynamisk terapi, kognitiv atferdsterapi, systemisk/familieterapi eller gestaltterapi) er de mest brukte metodene innen poliklinisk behandling i Irland, Latvia, Storbritannia, Bulgaria og Tyrkia. Ni land rapporterer at de hovedsakelig tilbyr "understøttende" metoder (som kan inkludere rådgivning, sosialpedagogisk behandling og miljøterapi, motiverende intervjueteknikk eller avslapningsteknikker og akupunktur), og 10 land kombinerer de forskjellige metodene i sitt polikliniske arbeid.

Når det gjelder innleggelser, blir den såkalte 12-trinns Minnesota-modellen hyppig brukt i institusjonsbehandlingen i Irland, Litauen, Ungarn og Tyrkia, mens seks land hovedsakelig benytter psykoterapeutiske behandlingsmetoder, fem land

"understøttende" metoder, og 10 land en kombinasjon av disse.

I løpet av det siste tiåret, og spesielt i de siste fem årene, har mange europeiske land "åpnet dørene" til behandling ved å utvide tilbudet om substitusjonsbehandling og senke terskelen for inntak. Aldri før har rusmiddelomsorgen nådd ut til så mange narkotikabrukere. Mange, men ikke alle, trenger mer hjelp enn bare behandling av avhengigheten, og mange synes å trenge lavterskelstjenester så vel som omfattende støtte til reintegrasjon.

### Skadereduksjonstiltak

Da det å nå ut til klientene og holde kontakten med dem ble et mål i seg selv, fikk oppsøkende arbeid og lavterskelstjenester anerkjennelse og støtte. Nå har disse tilnærmingene blitt en integrert del av et helhetlig arbeid i mange medlemsstater. Når det gjelder å forebygge infeksjonssykdommer blant narkotikabrukere og redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall, avdekkes felles responsprofiler i Europa (se kapittel 7).

For seks år siden ble en reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall for første gang definert som et mål for europeisk narkotikapolitikk, og det er også et mål i EUs innværende handlingsplan mot narkotika <sup>(33)</sup>. Antallet land som i sine nasjonale retningslinjer har en direkte henvisning til målet om å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall, har økt i de senere år. Med de åtte landene som vedtok slike strategier i løpet av 2004 og 2005, er det totale antallet nå oppe i 15. I tillegg til nasjonale retningslinjer er det vanlig med supplerende tiltak på kommunalt plan: flere hovedsteder (herunder Aten, Berlin, Brussel, Lisboa og Tallinn), men også flere halvurbane regioner (f.eks. den østlige delen av Irland, rundt Dublin) har egne strategier for å få ned antallet narkotikarelaterte dødsfall. I Den tsjekkiske republikk, Italia, Nederland og Storbritannia rapporteres det om lokale og regionale retningslinjer, og i Bulgaria har ni byer utarbeidet lokale strategier.

Som i tidligere narkotikastrategier og handlingsplaner for EU er forebygging av spredningen av smittsomme sykdommer et viktig mål i den innværende strategien, og forebygging er definert som mål nr. 16 i handlingsplanen for 2005–08. Av dette ser vi hvor høyt Europas regjeringer og Kommisjonen vektlegger fortsatt innsats mot helserelaterte konsekvenser av narkotikabruk <sup>(34)</sup>.

<sup>(32)</sup> Se tabell NSP-7 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(33)</sup> Mål nr. 17 i EUs handlingsplan for 2005–08 forutsetter at en reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall skal settes opp som et eget mål på alle plan, med intervensjoner spesielt utformet for formålet.

<sup>(34)</sup> Mål nr. 16 i handlingsplanen for 2005–08 refererer spesielt til forebygging av smittsomme sykdommer. Mål nr. 14 oppfordrer til gjennomføring av rådsrekommendasjon 2003/488/EF om forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet, som ble vedtatt i 2003. En rapport fra Kommisjonen om gjennomføring av denne rekommendasjonen, som inneholder informasjon fra beslutningstakere og nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet, skal foreligge i 2007 som et innspill til evalueringen av EUs narkotikastrategi.

### Tiltak og intervensjoner for narkotikabrukere i fengsel i de nye medlemsstatene

Dataene er hentet fra et felles datainnsamlingsprosjekt gjennomført i regi av EONN-WHO/Europa i 2005 (<sup>1</sup>).

Størstedelen av de nye medlemsstatene rapporterer om narkotikatesting i fengslene, men hvilke ordninger de benytter, kan variere. Bare i Den tsjekkiske republikk, Malta og Slovenia testes de innsatte ved innsettelse. Malta og Slovenia er også de eneste landene som tester innsatte før permisjon. Vilkårleg narkotikatesting utføres i alle fengsler i Den tsjekkiske republikk, Malta, Slovenia og Slovakia og i under halvparten av fengslene i Ungarn.

Stoff-frie behandlingsmetoder dominerer intervensjonene i fengslene i de nye medlemsstatene, men intervensjonenes dekning er begrenset. Ifølge rapporter tilbys stoff-fri behandling med psykologisk støtte i under 50 % av fengslene i Den tsjekkiske republikk, Estland, Litauen, Ungarn, Polen og Slovakia. Stoff-frie enheter finnes i de fleste land, men kun Den tsjekkiske republikk og Slovenia rapporterer om slike tilbud i over 50 % av fengslene. Kortvarig avrusning med medisiner er mer utbredt (alle fengsler i Latvia, Ungarn, Malta, Slovenia og Slovakia).

I de nye medlemsstatene er tallet på innsatte som har tilgang til behandling med antagonist og substitusjonsbehandling, generelt lavt. Behandling med antagonist ser ikke ut til å eksistere bortsett fra i nødsituasjoner, og noen få land

rapporterer om tilbud om substitusjonsbehandling med opioider for akutt avrusning i fengsel (Ungarn, Malta, Polen og Slovenia). Narkotikarelaterte intervensjoner før løslatelse tar hovedsakelig form av rådgivning og informasjonsformidling (Den tsjekkiske republikk, Latvia, Litauen, Ungarn, Polen, Slovenia og Slovakia). Substitusjonsbehandling som intervensjon før løslatelse er tilgjengelig i alle fengsler i Slovenia og i under halvparten av fengslene i Polen.

Noen få fengsler i de nye medlemsstatene rapporterer om skadereduserende tiltak for sprøytebrukere. Sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer i fengslene er ikke innført i noen av de nye medlemsstatene, og kun Estland, Litauen og Slovenia rapporterer om utdeling av desinfiserende midler for å rense sprøytene. Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer blir likevel behandlet i fengslene. Vaksine mot hepatitt B er tilgjengelig i alle fengsler i seks nye medlemsstater (Den tsjekkiske republikk, Estland, Ungarn, Malta, Slovenia og Slovakia), og fem land rapporterer at de tilbyr antiviral behandling for hepatitt C-positive i alle fengsler (Den tsjekkiske republikk, Litauen, Polen, Slovenia og Slovakia). Alle de nye medlemsstatene rapporterer om antiretroviral behandling for HIV-positive innsatte (<sup>2</sup>).

(<sup>1</sup>) Data ble lagt fram av Den tsjekkiske republikk, Estland, Latvia, Litauen, Ungarn, Malta, Polen, Slovenia og Slovakia. For ytterligere referanser, se EONN (2005c).

(<sup>2</sup>) Ingen data tilgjengelig for Kypros.

Et stort flertall av EU-landene og Norge har forklart hvilke tilnærminger de bruker for å forebygge smittsomme sykdommer blant narkotikabrukere, og har satt opp konkrete målsettinger eller oppgaver i sine nasjonale narkotikastrategier eller vedtatt egne retningslinjer for hvordan forebygging av smittsomme sykdommer blant narkotikabrukere skal gjennomføres (Spania, Latvia, Luxembourg, Sverige), eventuelt begge deler (Estland, Frankrike, Storbritannia). Malta og Østerrike planlegger å utarbeide egne retningslinjer for arbeidet på dette området.

I Tyskland og Hellas omfatter den nasjonale narkotikastrategien konkrete tiltak for forebygging av infeksjonssykdommer, men forebygging av infeksjonssykdommer er likevel ikke eksplisitt definert som en målsetting.

Strategiene for forebygging av infeksjonssykdommer er i de fleste tilfeller ganske nye, og i en rekke land ble disse strategiene vedtatt samtidig med EUs foregående narkotikastrategi (2000–04), hvor

reduksjon av forekomsten av infeksjonssykdommer blant narkotikabrukere for første gang ble et europeisk mål.

Ifølge rapporter fra de nasjonale kontaktpunktene (<sup>35</sup>) er det en høy grad av sammenfall mellom målsettinger og målgrupper i de nasjonale strategiene i Europa. I tillegg til sprøytebrukere omfatter målgruppene også sexarbeidere og fengselsinnsatte. I de nye sentraleuropeiske medlemsstatene spesielt, men også i Norge, er ungdom og ikke-sprøytebrukere viktige målgrupper for det infeksjonsforebyggende arbeidet. Danske og estiske retningslinjer har utvidet målgruppene til å også omfatte personer som har nærkontakt med narkotikabrukere.

I mange EU-land er strategiene som tar sikte på å redusere infeksjonssykdommer, klart rettet mot HIV/AIDS. Spesielt gjelder dette Estland, Spania, Kypros, Latvia og Litauen. Ti land (37 %) nevner imidlertid eksplisitt forebygging av hepatitt C blant narkotikabrukere (<sup>36</sup>) i sine strategier mot infeksjonssykdommer. Irland lanserte i 2004 en høringsprosess for sin strategi, og i Tyskland ble det sendt ut anbefalinger om forebygging

(<sup>35</sup>) Analysen baserer seg hovedsakelig på nasjonal rapportering på grunnlag av et strukturert spørreskjema (SQ 23), oppdatert med informasjon fra de nasjonale kontaktpunktene i de nasjonale rapportene.

(<sup>36</sup>) Inkludert Frankrike og England, som begge har fått på plass fullt utviklede strategier for hepatitt C, henholdsvis *Plan National Hepatitis Virales C et B (2002–2005)* (<http://www.sante.gouv.fr/him/actu/hepatites/situation.htm>) og *Hepatitis C: Action Plan for England, 2004* (<http://www.dh.gov.uk/>).

og behandling. I Østerrike fikk debatten både blant fagfolk og i offentligheten ny giv da det ble avholdt en internasjonal konferanse om emnet i Wien i 2005.

Skadereduksjonsstrategier er en viktig del av dagens europeiske tiltak mot narkotikabruk, og å forbedre tilgangen til tjenester med sikte på forebygging og reduksjon av helseskade er en viktig prioritet i EUs narkotikastrategi for 2005–12.

Den felles strategiske plattformen for reduksjon av helseskade som EUs narkotikastrategi står for, gjenspeiles i mange nasjonale retningslinjer i hele EU og har støttet en integrasjon av evidensbaserte tiltak på området.

I 2004 ble det dokumentert en forbedring i kartleggingen av tilgjengeligheten av sprøyter på europeisk plan. Informasjon om tilgjengelighet, bruk og dekning av alle de andre viktige tjenestene som inngår i lavterskeltilbudet, blir derimot knapt registrert på nasjonalt plan i de fleste landene. Det er vanskelig å få oversikt over hvordan situasjonen er på europeisk plan. Et prosjekt som skal forbedre datasituasjonen er beskrevet i boksen "Lavterskeltjenester som en viktig datakilde".

### Måltrettet behandling og kvalitetsstyring

EUs gjeldende handlingsplan etterlyser høykvalitets behandlings- og skadereduksjonstjenester.

Bruken av kvalitetsstyringsverktøy i planleggingen av behandling og skadereduksjon har gjort tjenestene mer måltrettet i forhold til målgruppen. For eksempel tas det mer hensyn til behovsforskjeller mellom kjønnene (se utvalgt aspekt om kjønn).

I EU er det vanlig med behandlingssenheter eller -programmer som kun tilbyr tjenester til en bestemt målgruppe. Barn og unge under 18 behandles av spesialiserte tjenester i 23 land: narkotikabrukere med psykiatriske tilleggs lidelser behandles i spesialiserte tjenester i 18 land, og alle land utenom Kypros, Latvia, Litauen, Bulgaria og Tyrkia har tjenester som utlukkende er forbeholdt kvinner. Det er mindre vanlig med tjenester som retter seg mot narkotikabrukere med innvandrerbakgrunn, som tilhører bestemte språkgrupper eller har ulik religiøs eller kulturell bakgrunn, men det rapporteres likevel om slike tilbud i Belgia, Tyskland, Hellas, Spania, Litauen, Nederland, Finland, Sverige og Storbritannia.

Tretten land rapporterer om enheter som har spesialisert seg på behandling av cannabis- eller kokainbrukere, og særskilte behandlingsprogrammer for disse gruppene finnes i åtte land. Tilgjengeligheten av og tilgangen til slike tjenester er likevel lav i de fleste av disse landene.

### Lavterskeltjenester som en viktig datakilde

Lavterskeltjenester spiller en avgjørende rolle når det gjelder å øke narkotikabrukernes tilgang til pleie og omsorg. For grupper av narkotikabrukere som er "skjulte" eller vanskeligere å nå, eller som har mistet kontakten med helsevesenet, kan disse tjenestene fungere som et kontaktpunkt og et miljø der medisinske og sosiale tjenester tilbys.

Selv om lavterskeltjenestene har et visst system for å dokumentere tjenestene som benyttes hos dem, og selv om kartleggingen og rapporteringen kan være omfattende, er disse aktivitetene primært forbundet med rapporteringsplikten de har til finansierende organer og mindre med intern kvalitetsstyring eller planlegging og evaluering av tilbudene. Altfor ofte forblir verdifull informasjon hos lavterskeltjenesten. Til tross for at informasjonen kunne ha spilt en viktig rolle i kartleggingen av bruksmønstre, trender og tjenestetilgang, synes det som om lavterskeltjenestemiljøet for en stor del er dårlig utnyttet. En av de største hindringene er mangelen på standardisering og sammenlignbarhet av de innsamlede dataene.

For å forbedre kvaliteten på dataene som er tilgjengelige når det gjelder tilbud og bruk av skadereduksjonstjenestene, er det viktig at det finnes et verktøy for datainnsamling som er tilpasset lavterskeltjenestene og som samtidige gir resultater som er relevante i forhold til nasjonale og europeiske kartleggingsmål. Et tiltak i denne retningen er det felles EONN – Correlation-prosjektet, der eksperter fra de nasjonale kontaktpunktene i Frankrike, Irland, Ungarn og Norge bidrar. Correlation-nettverket (European Network for Social Inclusion and Health, [www.correlation-net.org](http://www.correlation-net.org)) representerer statlige og frivillige organisasjoner i 27 europeiske land og finansieres av Europakommisjonens folkehelseprogram (DG SANCO).

Et lignende spesialprogram for amfetaminbrukere finnes i Spania, Slovakia og Storbritannia.

Konkrete trinn for å heve kvaliteten på behandlings- og omsorgstilbudet innbefatter individuell case management, formidling av spesialiserte tjenester (f.eks. behandling av tilleggs lidelser), og preterapeutisk vurdering av klientene for å sikre bedre samsvar mellom klientprofil og behandlingen som tilbys, for å øke gjennomføringsgraden og oppnå økt behandlingseffektivitet.

Til tross for at behandlingstilbudet utvides, er arbeidet med visse grupper narkotikabrukere en stadig utfordring for rusmiddeltjenesten, spesielt narkotikabrukere som har langvarige eller kroniske problemer. Oppsøkende virksomhet og lavterskeltilbud er vanlige tiltak når det gjelder å få kontakt og å arbeide med disse gruppene, som kan være vanskelige å nå. En mer kontroversiell tilnærming er utviklingen man ser i enkelte land som har etablert sprøyterom med tilsyn. Noen steder er dette

tilbudet også bygget ut for røyking av crack eller heroin (se EONN, 2004c). Et annet kontroversielt tema innen utbyggingen av tjenester og eksperimentering er bruk av heroin som virkestoff i substitusjonsbehandling som noen land har innført. Generelt er det liten aktivitet på dette området sammenlignet med andre behandlingstilbud, men noen studier tyder på at forskrivning av heroin kan være gunstig for klienter som ikke har hatt utbytte av metadonbasert substitusjonsbehandling. For eksempel rapporterte et randomisert kontrollert forsøk med heroinassistert behandling i Tyskland (Naber og Haasen, 2006) om positive resultater både med hensyn til helse og med hensyn til en reduksjon i bruken av illegale rusmidler. Likevel er det ingen klar tendens i Europa når det gjelder kostnadene og fordelene ved denne tilnærmingen, og den er fremdeles gjenstand for debatt i politiske og vitenskapelige kretser.

Etter hvert som tilgjengeligheten av og kvaliteten på behandlingen har økt, har fokuset i enkelte europeiske byer blitt flyttet over på reduksjon av de samfunnsmessige konsekvensene av narkotikabruk. Aktivt oppsøkende (assertive outreach) arbeid og en rekke attraktive lavterskelstilbud har gitt lovende resultater på lokalt plan (se "Skadereduksjon" i kapittel 5), og kan vise seg å bli verdifulle og effektive modeller som kan brukes mer generelt for å gjenopprette kommunikasjonen med marginaliserte grupper og deretter kanalisere dem inn i behandlingsapparatet.

Utviklingen av "tryggere" substitusjonsprodukter (dvs. stoffer som har mindre sannsynlighet for å havne på svartebørsmarkedet) øker sannsynligheten for at allmennlegen kan bli viktigere i avhengighetsbehandlingen. Dette er også en normaliseringsprosess som gjør at narkotikaavhengighet kan behandles som en kronisk sykdom på linje med diabetes.

Enkelte land rapporterer at den store gruppen heroinbrukere som mottar substitusjonsbehandling, skaper et tilsvarende behov for støtte til sosial reintegrasjon, spesielt når det gjelder betalt arbeid. Grunnet den økonomiske situasjonen kan det være vanskelig for mange land å møte behovet for yrkesrettet reintegrasjon når det gjelder eldre heroinbrukere, selv om de er stabilisert på vedlikeholdsbehandling. Situasjonen forverres av at denne gruppen har høy sykkelighet.

## Sosial reintegrasjon

Tilgjengelig litteratur, fakta og tall fra medlemsstatene peker i samme retning: narkotikabrukernes livssituasjon er mer problematisk og prekær enn for befolkningen generelt. I EUs to siste handlingsplaner har sosial reintegrasjon vært et av de fremste målene for å forbedre narkotikabrukernes helse og sosiale status.

Handlingsplanen for 2005–08 oppfordrer alle medlemsstatene til å "forbedre tilgangen til og dekningen av rehabiliteringsprogrammer og programmer for sosial reintegrasjon". Selv om sosiale tiltak ikke er en like veletablert respons mot problembruk som behandling, anser fagfolk en kombinasjon av behandling og helsemessige og sosiale tiltak å være den beste løsningen for rehabilitering av narkotikabrukere.

Det finnes lite data om sosial reintegrasjon i Europa <sup>(37)</sup>. Dette skyldes hovedsakelig at det er vanskelig å innhente kvantitativ informasjon på området. Derfor er mesteparten av informasjonen basert på kvalitative vurderinger med fokus på retningslinjer, gjennomføring og kvalitetssikring i medlemsstatene <sup>(38)</sup>.

Som svar på EUs handlingsplan hadde 20 av de 28 rapporterende landene <sup>(39)</sup> i 2004–05 en strategi for narkotikarelatert sosial reintegrasjon. Fire andre behandler ikke eksplisitt dette i sine nasjonale narkotikastrategier eller andre narkotikarelaterte policy-dokumenter, men har likevel regionale eller lokale strategier på plass. Tre land har ingen av delene.

I elleve land kommer finansieringen fra statlig/nasjonalt hold, mens åtte land rapporterer om regional/lokal finansiering. Åtte andre land finansieres fra begge hold, uten at ett område dominerer, eller gjennom trygdeordninger.

I EUs medlemsstater har problembrukere tilgang til sosiale tiltak gjennom ordninger som enten retter seg kun mot narkotikabrukere, eller mot grupper i sosial nød. Boligformidling er en av hovedpilarene i disse tiltakene. Tjenesten som oftest tilbys hjemløse narkotikabrukere, er tilbud om "generell boligformidling" (i 21 land), mens 18 land har en egen boligformidling for problembrukere og 13 land kombinerer de to systemene. Det er likevel tvil om hvorvidt hjemløse problembrukere i praksis har tilgang til tilbudet. Lav tilgjengelighet, lokal motstand mot å gi narkotikabrukere nye fasiliteter, strenge tilgangskriterier,

<sup>(37)</sup> Sosial reintegrasjon defineres som "ethvert sosialt tiltak som tar sikte på å integrere tidligere eller nåværende problematiske narkotikabrukere i samfunnet". De tre "pilarene" i sosial reintegrasjon er 1) bolig, 2) utdanning og 3) arbeid (herunder yrkesrettet opplæring). Andre tiltak, som rådgivning og fritidsaktiviteter, kan også brukes som et ledd i sosial reintegrasjon.

<sup>(38)</sup> For ytterligere informasjon, se <http://www.emcdda.europa.eu/?nodeid=1573>.

<sup>(39)</sup> Medlemsstatene pluss Bulgaria, Romania, Tyrkia og Norge. Ingen informasjon tilgjengelig for Estland.

samt det at hjemløse narkotikabrukere har problemer med å følge reglene, er blant problemene som rapporteres.

Å få hjemløse narkotikabrukere inn i stabile boligforhold er første steg på veien mot stabilisering og rehabilitering. Basert på et anslag over antallet problembrukere og

andelen hjemløse blant klienter i behandling, finnes det anslagsvis 75 600 til 123 300 hjemløse problembrukere i Europa. Ettersom de fleste land nå har slike fasiliteter, og en del land stadig bygger ut nye strukturer, vil effekten av tiltakene være avhengig av hvorvidt hjemløse narkotikabrukere faktisk har tilgang til disse tjenestene.

### **Narkotikabruk og narkotikatiltak i et kjønnsperspektiv, i EONNs årsrapport for 2006: utvalgte aspekter**

Det er generelt langt flere menn enn kvinner som bruker narkotika. I EUs medlemsstater er ikke bare bruken av illegale rusmidler mer utbredt blant menn, men menn har også mye større sansynlighet for å utvikle problemer, søke behandling og å dø av narkotikabruken.

Dette utvalgte aspektet ser på narkotikabruk og relaterte problemer i et kjønnsperspektiv og tar blant annet opp

følgende viktige spørsmål: Hvilke kjønnsforskjeller er det i bruken av narkotika, og er kjønnsforskjellene i ferd med å reduseres? Har medlemsstatene utviklet kjønnsespesifikke tilbud når det gjelder narkotikaforebygging, behandling, sosial rehabilitering og skadereduksjon? Er kjønnsespesifikke tiltak like viktig for kvinner som for menn?

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave ("A gender perspective on drug use and responding to drug problems", in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) og på internett (bare på engelsk) (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).



## Kapittel 3

# Cannabis

### Tilbud og tilgjengelighet

#### Produksjon og handel

Cannabis er fortsatt det plantebaserte ulovlige stoffet som produseres og selges mest i verden (CND, 2006).

Storskalaproduksjon av cannabisharpiks skjer hovedsakelig i noen få land, framfor alt i Marokko, men også i Pakistan og Afghanistan. Den totale globale produksjonen av cannabisharpiks er anslått til 7400 tonn årlig (CND, 2006). Det meste av cannabisharpiksen som brukes i EU kommer fra Marokko, og smugles først og fremst over den iberiske halvøy, men Nederland er også viktig distribusjonssenter for videre transport til EU-landene. Omfanget av cannabisproduksjonen i Marokko ble undersøkt for andre gang i 2004, og funnene avslørte en nedgang på 10 % sammenlignet med 2003, hovedsakelig som et resultat av tiltak regjeringen har satt inn. I 2004 var det totale dyrkningsarealet

i Rif-regionen på 120 500 hektar, som potensielt gir en produksjon på 2 760 tonn cannabisharpiks (UNODC og Marokkos regjering, 2005).

Andre land som nevnes som opprinnelsesland for cannabisharpiks beslaglagt i EU i 2004, er Albania, Portugal, Senegal, Afghanistan, Pakistan og land i Sentral-Asia (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

Den globale potensielle produksjonen av cannabisplanter var i 2003 på anslagsvis 40 000 tonn (CND, 2005), med opprinnelsesland over hele verden. Cannabisplantene som ble beslaglagt i EU i 2004, rapporteres å komme fra en forskjellig land, særlig Nederland og Albania, men også Angola, Sør-Afrika, Jamaica og Thailand (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006). I tillegg dyrkes og produseres cannabisprodukter (innen- eller utendørs) lokalt i nesten alle medlemsstatene i EU.

#### Tolking av beslags- og markedsdata

Narkotikabeslagene i et land betraktes gjerne som en indirekte indikator på tilgjengeligheten av narkotika og tilbudssituasjonen, selv om beslagene også gjenspeiler rapporteringsrutiner så vel som politi- og tollmyndighetenes ressurser, prioriteringer og strategier, og likeledes i hvilken grad nasjonale og internasjonale tilbudsreducerende tiltak virker inn på omsetningsleddene. Mengdene som beslaglegges kan variere fra år til år, f.eks. hvis noen av beslagene et år er svært store. Derfor er antall beslag noen ganger en bedre indikator på trender. I alle land omfatter antallet beslag til en stor del små beslag på detaljistnivå (gatenivå). Der dette er kjent, vil opprinnelse og destinasjon for beslaglagte stoffer gi en indikasjon på smuglerruter og produksjonsområder. Stoffenes pris og renhet/styrke på detaljistnivå rapporteres av de fleste medlemsstatene, men opplysningene kommer fra en rekke ulike kilder som ikke alltid er jevnførbare, og dette gjør det vanskelig å foreta nøyaktige sammenligninger landene imellom.

#### Beslag

På verdensbasis ble totalt 1 417 tonn cannabisharpiks og 6 189 tonn cannabisplanter beslaglagt i 2004. Vest- og Sentral-Europa (74 %) og Sørvest-Asia og Nær- og Midtøsten (19 %) står fortsatt for de fleste beslagene av cannabisharpiks, mens mesteparten av beslagene av cannabisplanter skjer i Nord-Amerika (54 %) og Afrika (31 %) (UNODC, 2006).

I 2004 ble det gjort anslagsvis 275 000 beslag av cannabisharpiks i EU, tilsvarende 1 087 tonn. Spania rapporterer om flest beslag (halvparten av alle beslag og tre firedeler av totalt beslaglagt kvantum i EU), etterfulgt av Frankrike og Storbritannia <sup>(40)</sup>. Selv om antallet harpiksbeslag i EU som helhet gikk ned mellom 1999 og 2003, tyder trender i de rapporterende landene på at antallet økte på EU-nivå i 2004 <sup>(41)</sup>. Den totale mengden harpiks som ble beslaglagt i EU, viser en vedvarende stigende kurve i perioden

<sup>(40)</sup> Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2004 så snart disse foreligger. Data om både antall cannabisbeslag og mengden cannabis beslaglagt i 2004 manglet for Irland og Storbritannia, og data om antall cannabisbeslag i 2004 manglet for Nederland. Anslagene er derfor beregnet med utgangspunkt i data for 2003. Data om beslaglagte kvanta i 2004 fra Nederland var kun anslag og kunne derfor ikke tas med i trendanalysen for 2004.

<sup>(41)</sup> Se tabell SZR-1 i Statistiske opplysninger 2006.

1999–2004, selv om de fleste landene (utenom Spania) rapporterte om nedgang i 2004 <sup>(42)</sup>.

Beslag av cannabisplanter er mindre vanlig i EU. I 2004 ble det gjort anslagsvis 130 000 beslag, eller tilsvarende 71 tonn. De fleste beslagene ble gjort i Storbritannia <sup>(43)</sup>. Antall beslag av cannabisplanter i EU har gått jevnt opp siden 1999 <sup>(44)</sup>, selv om mengdene har gått ned i de rapporterende landene siden 2001 <sup>(45)</sup>. Bildet av situasjonen er kun foreløpig, da Storbritannia ennå ikke har tilgjengelig data for 2004.

De anslagsvis 12 800 beslagene som ble gjort i EU og søkerlandene i 2004, omfatter ca. 22 millioner cannabisplanter, eller 9,5 tonn. De største beslagene ble gjort i Tyrkia <sup>(46)</sup>. Antallet beslag av cannabisplanter har økt siden 1999, og ut fra innrapporterte data fortsetter økningen i 2004.

### Pris og styrke

I 2004 lå gjennomsnittsprisen på cannabisharpiks på mellom 2,3 euro pr. gram i Portugal, til over 12 euro pr. gram i Norge. Prisen på cannabisplanter lå på mellom 2,7 euro pr. gram i Portugal til 11,6 euro pr. gram på Malta, mens de fleste landene rapporterte om priser på cannabisprodukter et sted mellom 5 og 10 euro pr. gram <sup>(47)</sup>.

Gjennomsnittsprisen på cannabisharpiks, korrigert for inflasjon <sup>(48)</sup>, gikk ned i løpet av perioden 1999–2004 i alle de rapporterende landene <sup>(49)</sup>, bortsett fra i Tyskland og i Spania, hvor prisene var stabile, og i Luxembourg, hvor prisen gikk litt opp. Gjennomsnittsprisen på cannabisplanter, korrigert for inflasjon <sup>(50)</sup>, av uspesifisert type eller importert, falt i løpet av samme periode i de fleste landene, men var stabil i Spania og Nederland. og økte i Tyskland, Latvia, Luxembourg og Portugal.

Bare to land, Nederland og Storbritannia, har gitt opplysninger om gjennomsnittsprisen på lokalt produserte cannabisplanter, og i begge land har prisen gått ned.

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av  $\Delta^9$ -tetrahydrocannabinol (THC), som er det viktigste virkestoffet (EONN, 2004b). I 2004 varierte det gjennomsnittlige THC-innholdet i cannabisharpiks på detaljnivå fra under 1 % (Bulgaria) til 16,9 % (Nederland), mens cannabisplanter inneholdt fra 0,6 % (Polen) til 12,7 % (England og Wales) <sup>(51)</sup>. Styrken på lokalproduserte cannabisplanter var på 17,7 % i Nederland <sup>(52)</sup>.

## Prevalens og bruksmønstre for cannabis

Cannabis er det mest brukte illegale stoffet i Europa. Bruken økte i nesten alle EU-land i løpet av 1990-tallet, spesielt blant ungdom, inkludert skoleelever.

Det antas at om lag 65 millioner voksne i Europa, det vil si omtrent 20 % av alle mellom 15 og 64 år, har prøvd stoffet minst én gang <sup>(53)</sup>, selv om det må tas hensyn til at flesteparten ikke bruker cannabis på det nåværende tidspunkt. Nasjonale tall varierer fra 2 % to 31 %. De laveste tallene kommer fra Malta, Bulgaria og Romania, og de høyeste fra Danmark (31 %), Spania (29 %), Frankrike (26 %) og Storbritannia (30 %) <sup>(54)</sup>. Av de 25 landene som hadde informasjon tilgjengelig, presenterte 13 en livstidsprevalens i området 10–20 % <sup>(55)</sup>.

Bruk siste år var klart lavere enn livstids erfaring. Det anslås at om lag 22,5 millioner europeiske ungdommer har brukt cannabis i løpet av det siste året, eller ca. 7 % av alle i alderen 15–64. Nasjonale tall varierer fra 1 % til 11 %. De laveste tallene kommer fra Hellas,

<sup>(42)</sup> Se tabell SZR-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(43)</sup> Se fotnote (40) Data om antall cannabisbeslag i 2004 var ikke tilgjengelig for Polen.

<sup>(44)</sup> Se tabell SZR-3 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(45)</sup> Se tabell SZR-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(46)</sup> Se fotnote (40).

<sup>(47)</sup> Se tabell PPP-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(48)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(49)</sup> I perioden 1999–2004 var data over prisen på harpiks/planter tilgjengelig for minst tre påfølgende år for Belgia, Kypros, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Latvia, Litauen, Luxembourg, Nederland, Polen, Portugal, Slovenia, Sverige, Storbritannia, Bulgaria (bare planter), Romania, Tyrkia og Norge. Trendene for Den tsjekkiske republikk er ikke analysert grunnet metodologiske begrensninger ved innsendte data.

<sup>(50)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(51)</sup> Se figur PPP-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(52)</sup> Se tabell PPP-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(53)</sup> Gjennomsnittsprosenten er beregnet på grunnlag av nasjonale prevalenstall vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. Totale tall ble beregnet ved å multiplisere prevalens i den aktuelle befolkningen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig ble gjennomsnittlig prevalens lagt til grunn. Tallene er sannsynligvis minimumstall, da det kan forekomme underreportering.

<sup>(54)</sup> I denne teksten er tallene fra Storbritannia av praktiske hensyn basert på 2005 British Crime Survey (England and Wales). I de statistiske opplysningene vil man også finne tall for Skottland, Nord-Irland og et kombinert estimat for Storbritannia (presentert i Statistiske opplysninger).

<sup>(55)</sup> Se tabell GPS-1 i Statistiske opplysninger 2006.



### Anslag over narkotikabruk i befolkningen

Cannabisbruk i befolkningen generelt eller blant skoleelever, vurderes gjennom undersøkelser som gir anslag over den andelen av befolkningen som oppgir å ha brukt narkotika i løpet av et gitt tidsrom – livstid, siste år eller siste måned.

Sammen med nasjonale eksperter har EONN utarbeidet et sett felles kjerne-“items” til den europeiske spørreskjema-modellen (“European Model Questionnaire” EMQ) for bruk i undersøkelser blant voksne, og dette er implementert i de fleste av EUs medlemsstater. Opplysninger om EMQ finnes i “Håndbok i undersøkelser om narkotikabruk i befolkningen generelt” (<http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1380>). Det er imidlertid fortsatt forskjeller mellom landene når det gjelder metodikk og året da dataene ble samlet inn, og små forskjeller landene imellom bør tolkes med varsomhet (!).

“Livstidsbruk” er av begrenset verdi for å vurdere aktuell narkotikabruk blant voksne (selv om det kan være en fornuftig indikator blant skoleelever), men det kan gi kunnskap om bruksmønstre. “Bruk siste år” og “bruk siste måned” gjenspeiler dagens situasjon mer nøyaktig, der sistnevnte er tyngre vektet mot personer som bruker rusmiddelet ofte.

Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) er en viktig informasjonskilde om narkotika- og alkoholbruk blant skoleelever i Europa og uvurderlig for registrering av trender over tid. ESPAD-undersøkelser ble gjennomført i 1995, 1999 og 2003. Den neste undersøkelsen skal gjennomføres i 2007.

ESPAD bruker standardiserte metoder og verktøy på nasjonalt representative utvalg av skoleelever i alderen 15–16 år for å gi sammenlignbare resultater. Deltakelsen i ESPAD har vokst for hver undersøkelse. I 1995 deltok 26 europeiske land, i 1999 deltok 30 og i 2003 deltok 35 land, inkludert 22 av EUs medlemsstater og fire søkerland (Bulgaria, Kroatia, Romania og Tyrkia). Spørsmålene i undersøkelsen fokuserer på alkoholforbruk og bruk av illegale rusmidler med standard tidsrammer og bruksfrekvens.

Informasjon om ESPAD og rapporter finner du på ESPADs nettsted ([www.espad.org](http://www.espad.org)).

(!) For ytterligere informasjon om metoder for befolkningsundersøkelser og metoder brukt i den enkelte nasjonale undersøkelse, se Statistiske opplysninger 2006.

Malta og Bulgaria, og de høyeste fra Spania (11,3 %), Frankrike (9,8 %) og Storbritannia (9,7 %) <sup>(56)</sup>.

Prevalensestimater for siste måned gir sikrere tall for regelmessig bruk av cannabis. Anslagsvis 12 millioner europeiske voksne har brukt stoffet i løpet av de siste 30 dagene, dvs. 4 % av alle voksne. Nasjonale tall ligger mellom 0,5 % og 7,5 %, eller 15 ganger så høyt. De laveste tallene ble rapportert fra Litauen, Malta, Sverige og Bulgaria, og de høyeste fra Den tsjekkiske republikk (4,8 %), Spania (7,6 %) og Storbritannia (5,6 %) <sup>(57)</sup>.

Bruken av illegale rusmidler, inkludert cannabis, er hovedsakelig et ungdomsfenomen. I 2004 hadde mellom 3 % og 44 % av alle europeere i alderen 15–34 prøvd cannabis, 3–20 % hadde brukt stoffet i løpet av siste år, og 1,5–13 % hadde brukt det i løpet av siste måned. De høyeste tallene kom igjen fra Den tsjekkiske republikk, Spania og Storbritannia. Europeiske gjennomsnittstall for denne aldersgruppen er 32 % for livstidsbruk, 14 % for bruk siste år (mot 2 % for aldersgruppen 35–64) og over 7 % for bruk siste måned (mot 1 % for aldersgruppen 35–64) <sup>(58)</sup>.

Cannabisbruk er enda mer utbredt i aldersgruppen 15–24, med en livstidsprevalens på 3 % til 44 % (de fleste land rapporterer tall i området 20–40 %), bruk siste år fra 4 % til 28 % (10–25 % i de fleste land) (figur 2) og bruk siste måned mellom 1 % og 15 % (5–12 % i de fleste land). Tallene var høyere for menn enn for kvinner. I de nye medlemsstatene ligger cannabisbruken blant unge voksne i aldersgruppen 15–24 typisk på samme nivå som i EU-15, mens bruken faller drastisk i de eldre aldersgruppene <sup>(59)</sup>.

I den nasjonale undersøkelsen av narkotikabruk og helse gjennomført i USA i 2004 <sup>(60)</sup> rapporterte til sammenligning 40,2 % av alle voksne (12 år eller eldre) om livstidsbruk, mot EUs gjennomsnittlige 20 %. Dette er høyere enn selv de europeiske landene som har de høyeste tallene for livstidsprevalens (Danmark 31,3 % og Storbritannia 29,7 %), selv om forskjellene i bruk siste år er mindre markert: her er tallet 10,6 % for USA, mot et europeisk gjennomsnitt på 7 %, og flere europeiske land rapporterte om tall på nivå med det som ble funnet i USA.

Fem av EUs medlemsstater (Belgia, Spania, Kypros, Italia og Storbritannia) la fram nye data fra nasjonale skoleundersøkelser, og Bulgaria rapporterte data fra skoleundersøkelser i to store byer. Alt i alt er cannabisbruken blant skoleelever i Europa uendret. Den høyeste livstidsprevalensen for cannabisbruk

<sup>(56)</sup> Se tabell GPS-3 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(57)</sup> Se tabell GPS-5 i Statistiske opplysninger 2006.

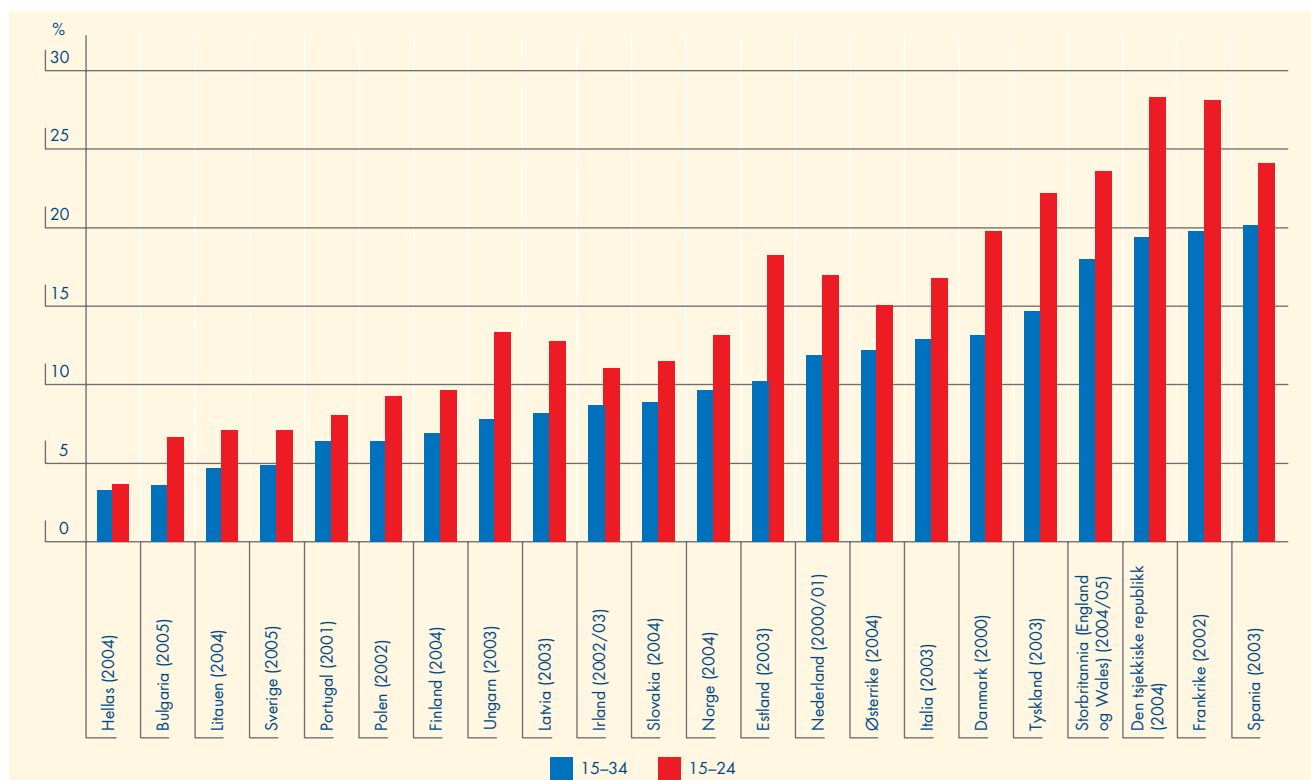
<sup>(58)</sup> Se tabell GPS-2, GPS-4 og GPS-6 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(59)</sup> Se tabell GPS-14, GPS-15 og GPS-16 og figur GPS-2, GPS-3, GPS-11, GPS-12, GPS-13 og GPS-26 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(60)</sup> Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>).

Merk at aldersspredningen i gruppen “alle voksne” i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen i europeiske undersøkelser (15–64 år).

**Figur 2:** Siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne (15–34 og 15–24 år)



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-8, GPS-11 og GPS-18 i Statistiske opplysninger 2006 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

i 15–16-årsalderen finner vi i Den tsjekkiske republikk og Spania (med henholdsvis 44 % og 41 %). Land med prevalenstall over 25 % omfatter Tyskland, Italia, Nederland, Slovakia og Slovenia (27–28 %), samt Belgia, Frankrike, Irland og Storbritannia, hvor livstidsprevalensen er mellom 32 % og 40 %. De laveste anslagene for livstidsprevalens (under 10 %) kommer fra Kypros, Hellas, Sverige, Romania, Tyrkia og Norge <sup>(61)</sup>.

Prevalensestimater for 15–16-årige skoleelever bør ikke ekstrapoleres til eldre elever, for en liten økning i alder kan bety en stor økning i utbredelse.

Blant 17–18-åringene er anslagene for livstidsprevalens 50 % i Den tsjekkiske republikk, Spania og Frankrike <sup>(62)</sup>.

I Sverige, hvor prevalenstallene er lave sammenlignet med mange andre medlemsstater, er livstidsbruken av cannabis blant 17–18-åringene på 14 %, eller mer enn dobbelt så høyt som blant 15–16-åringene (6 %) <sup>(63)</sup>.

### Bruksmønstre for cannabis

Bruken av cannabis foregår oftest sporadisk og usammenhengende i noen tid etter debuten. I gjennomsnitt har 33 % av alle europeere som noen gang har prøvd cannabis, også brukt stoffet det siste året, mens bare 16 % har brukt det siste 30 dager. Tallene, eller "fortsettelsesratene", varierer fra land til land, og ligger mellom 20 % og 45 % for fortsettelse siste år, og fra 10 % til 25 % for fortsettelse siste 30 dager <sup>(64)</sup>.

Selv om cannabisbruk er vanligst blant unge mennesker, antyder data fra Spania og Storbritannia at folk fortsetter å bruke stoffet inn i 30- og 40-årsalderen. Dette kan representere en viktig langtidsendring i bruksmønsteret for cannabis, som fortjener mer oppmerksomhet.

Bruk av cannabis, som av andre illegale rusmidler, er betydelig høyere blant menn enn blant kvinner. Kjønnsforskjellen er klarere når det gjelder bruk siste år eller siste måned enn for livstidsbruk, men mindre blant unge mennesker enn blant eldre voksne (se utvalgt aspekt om kjønn). Cannabis er også vanligere i urbane

<sup>(61)</sup> Se tabell EYE-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(62)</sup> ESCAPAD-undersøkelsen av 17–18-åringene som ikke går på skole.

<sup>(63)</sup> Se tabell EYE-3 og figur EYE-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(64)</sup> Se figur GPS-24 i Statistiske opplysninger 2006.

områder og i områder med høy befolkningstetthet. Det har blitt framsatt hypoteser om at bruken er i ferd med å spre seg til mindre byer og til distriktene, en trend Polen har dokumentert i sin nasjonale rapport for 2005.

Til tross for økt bekymring rundt regelmessig eller intensiv cannabisbruk <sup>(65)</sup> finnes det veldig lite informasjon på europeisk nivå. Et grovt overslag i årsrapporten for 2004 (EONN, 2004a) tilsier at 1 % av europeiske voksne, om lag 3 millioner mennesker, kan sies å være daglige eller nesten daglige brukere av cannabis. Flere land rapporterte en økning i regelmessig eller intensiv cannabisbruk, men bare Spania rapporterte tilsvarende data for daglig bruk, med en økning i perioden fra 1997–99 (0,7–0,8 % av voksne) til 2001 (1,5 %), etterfulgt av en stabilisering i 2003 (1,5 %). Det ville vært nyttig med informasjon fra andre land og for enkelte aldersgrupper (f.eks. 15–24 år). Den franske ESCAPAD-studien fra 2003 fant at 14 % av alle 17–18-åringene (9 % av jentene og 18 % av guttene) ble i henhold til en spesifikk skala (CAST) ansett å være i risikozonen for å utvikle problembruk. Andre land jobber også med skalaer for vurdering av intensiv cannabisbruk (Tyskland, Nederland, Polen og Portugal), og EONN anbefaler samarbeid på dette området.

### Trender i cannabisbruk blant voksne

Mangelen på pålitelige tidsserier gjør det vanskelig å kartlegge langtidstrender for narkotikabruk i Europa. Siden begynnelsen på 1990-tallet har imidlertid stadig flere land igangsatt undersøkelser, og en del av disse begynner nå å gi verdifull innsikt i trender over tid.

Det er vanlig å anta at cannabisbruken begynte å spre seg i en del land i Europa på 1960-tallet, og at det ble populært på 1970- og 1980-tallet. Nyere nasjonale undersøkelser viser en signifikant livstidserfaring i aldersgruppen 45–54 i Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, Nederland, Sverige og Storbritannia, noe som tyder på at mange begynte å bruke cannabis på slutten av 1960- og 1970-tallet. En analyse av begynnende cannabisbruk fant markert økning i bruken i Spania på 1970-tallet, i (Vest-) Tyskland på 1980-tallet, og i Hellas på 1990-tallet <sup>(66)</sup>. Svenske data dokumenterer et relativt høyt nivå av eksperimentering blant vernepliktige på 1970-tallet (15–20 %).

### Helseeffekter av cannabisbruk

I de senere år har cannabisbrukens potensielle sosiale og helsemessige konsekvenser gitt grunn til økt bekymring. Selv om den tilgjengelige dokumentasjonen ikke gir en entydig forståelse av problemene, kan man trekke noen konklusjoner. Det er f.eks. åpenbart at intensiv cannabisbruk er forbundet med psykiske lidelser, men spørsmålet om tilleggslidelser henger sammen med spørsmålene om årsak og virkning. Kompleksiteten ved denne sammenhengen utredes og drøftes i en forestående EONN-monografi.

Det faktum at intensiv cannabisbruk ofte forekommer samtidig med ikke-stoff-spesifikke psykiske problemer, har praktiske konsekvenser. Under utarbeidelsen av en behandlingsplan for cannabisbrukere kan det være vanskelig for klinikere å vite om de skal starte med narkotikabruken eller med de psykiske helseproblemene. Studier av effekten av behandling for problembruk av cannabis er fremdeles sjeldne, og de få som eksisterer, dekker bare spesifikke psykososiale behandlingstilbud. Alle andre behandlingsopplegg har enten overhodet ikke vært undersøkt eller har ikke vært undersøkt i tilstrekkelig grad. Dermed har vi heller ingen dokumentasjon på effekten og effektiviteten av behandlingsoppleggene.

Nasjonale og lokale befolkningsundersøkelser, skoleundersøkelser og undersøkelser blant vernepliktige har vist at bruken av cannabis økte kraftig i løpet av 1990-årene i nesten alle EU-land, spesielt blant ungdom. Denne økningen fortsatte inntil nylig i nesten alle landene, selv om det i noen tilfeller er tegn til en stabilisering av utviklingen eller til og med en nedgang.

Storbritannia hadde høyest nyere bruk av cannabis blant unge voksne (i aldersgruppen 15–34) i Europa på begynnelsen av 1990-tallet, men prevalensen gikk sakte ned fra 1998 til 2004–05 <sup>(67)</sup>. I Spania og Frankrike har imidlertid nivået nylig (2002 eller 2003) nådd samme nivå som i Storbritannia (figur 3). Den tsjekkiske republikk har rapportert om tilsvarende høye prevalenstall.

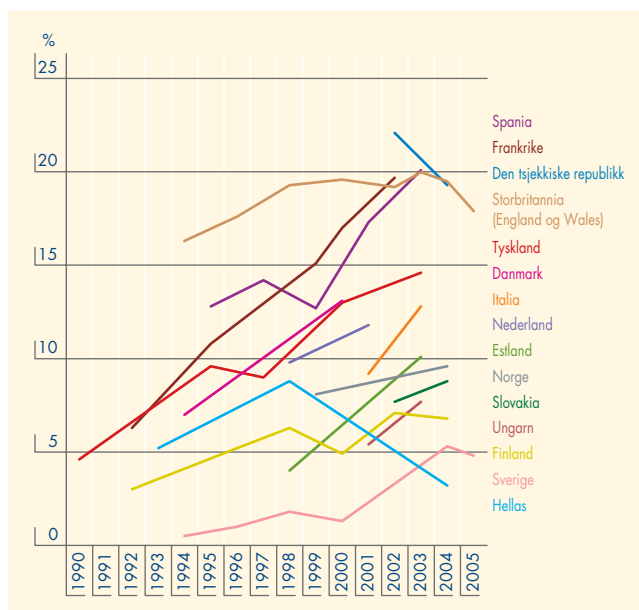
Bruksnivåene er lavere i Danmark, Tyskland, Estland, Italia, Nederland og Slovakia, men alle disse landene har rapportert om en økning i bruk siste år blant unge voksne. Det samme har Ungarn, men i mindre grad. Det anføres imidlertid at de danske (2000) og nederlandske (2001) tallene nå er relativt gamle, og at dagens situasjon derfor er mindre klar.

<sup>(65)</sup> Det finnes ingen universelt akseptert definisjon av "intensiv cannabisbruk", og definisjonen varierer fra en studie til en annen. Det er imidlertid et bredt begrep som viser til cannabisbruk som forekommer med en viss hyppighet. Det impliserer ikke nødvendigvis "avhengighet/misbruk" eller andre problemer, men anses å øke risikoen for negative konsekvenser, herunder avhengighet. I dette kapitlet viser tallene til "daglig eller nesten daglig bruk" (definert som bruk 20 eller flere dager av siste 30 dager). Dette målet er ofte brukt i studier og kan utledes av den europeiske spørreskjemamodellen. Risikoen for avhengighet faller jo sjeldnere stoffet brukes.

<sup>(66)</sup> Se figur 4 i årsrapporten for 2004.

<sup>(67)</sup> Siden 1994, som var det første året med informasjon basert på British Crime Survey for England and Wales.

**Figur 3:** Trender i siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne (15–34 år)



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2006 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

Finland og Sverige har relativt lave prevalenstall, men også her synes det å være en økning. Forskjellen observert i Sverige mellom 2000 (1,3 %) og 2004 (5,3 %) er imidlertid vanskelig å tolke på grunn av endring av metode <sup>(68)</sup>.

Estimater av bruk siste måned har generelt vist en økning det siste tiåret, selv om bare Belgia og Spania har hatt noen uttalt økning. Storbritannia har nylig rapportert om en nedgang i bruk siste måned, mens de der tidligere har hatt det høyeste nivået i Europa siden begynnelsen av 1990-tallet. Slovakia rapporterte en nedgang mellom 2002 og 2004. I Den tsjekkiske republikk og Frankrike var det ikke mulig å avdekke noen trend.

I tillegg kan skoleundersøkelser i narkotikabruken blant samfunnets yngste, gi verdifull informasjon om trender som kan bidra til å forutsi framtidige trender blant unge voksne. I de fleste land har det siden 1995 vært en generell økning i antallet skoleelever som noen gang har prøvd cannabis.

Det er imidlertid store geografiske variasjoner i trendene. Trender for livstidsbruk av cannabis blant skoleelever i alderen 15–16 kan inndeles i tre geografiske grupper: Irland og Storbritannia, hvor cannabisbruk har pågått i lange tider, har høy livstidsprevalens, men den har vært stabil det siste tiåret (rundt 37–39 %). I de østlige og sentraleuropeiske medlemsstatene og i Danmark, Spania, Frankrike, Italia og Portugal var livstidsprevalensen for cannabisbruk i 2003 betydelig høyere enn i 1995. I den tredje gruppen medlemsstater (Finland og Sverige i nord, Hellas, Kypros og Malta i sør) samt Norge har estimatene for livstidsprevalens blant skoleungdom holdt seg på et relativt lavt nivå (rundt 10 % og under) <sup>(69)</sup>.

## Behandlingsbehov i tall <sup>(70)</sup>

Av det totale antallet på om lag 380 000 behandlingssøknader rapportert i 2004 (data tilgjengelig fra 19 land) var cannabisbruk den primære årsaken til henvisning i ca. 15 % av tilfellene. Dette gjør cannabis til det hyppigst rapporterte stoffet etter heroin <sup>(71)</sup>.

Alt i alt er cannabis også det nest oftest nevnte stoffet i rapporter på personer som tas inn i behandlingsapparatet for første gang, og representerte 27 % av alle klienter i 2004. Det er imidlertid betydelige variasjoner mellom landene, for cannabis nevnes av mindre enn 5 % av nye klienter i Litauen, på Malta og i Romania, men av over 40 % av nye klienter i Tyskland, Danmark, Ungarn og Finland <sup>(72)</sup>. I løpet av perioden 1999–2004 økte andelen nye klienter som søkte behandling for cannabis i de fleste landene som rapporterte tall <sup>(73)</sup>.

I nesten alle land som har lagt fram data, er andelen nye klienter som søker behandling for cannabisbruk høyere enn andelen av alle klienter, med unntak av et par land der andelen er omtrent like store <sup>(74)</sup>. Det mest etterspurte behandlingstilbudet for cannabisbruk er poliklinisk behandling <sup>(75)</sup>.

Flere faktorer spiller inn når det gjelder det økte behovet for cannabisbehandling, og det er fremdeles behov for forskning på området. Det er flere mulige årsaker til denne utviklingen, blant annet en økning i intensivt cannabisbruk og problemer relatert til dette

<sup>(68)</sup> Se figur GPS-4 og GPS-14 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(69)</sup> Se tabell EYE-5 (del i) og figur EYE-1 (del ii) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(70)</sup> Analysen av den generelle distribusjonen og trendene er basert på antall klienter som søker behandling i alle behandlingssentre. Analysen av klientprofil og bruksmønstre er basert på data fra polikliniske behandlingssentre. En analyse etter kjønn finnes i utvalgt aspekt om kjønn, som publiseres sammen med EONNs årsrapport for 2006.

<sup>(71)</sup> Se figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(72)</sup> Se tabell TDI-4 (del ii) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(73)</sup> Se figur TDI-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(74)</sup> Se tabell TDI-3 (del iii) og TDI-4 (del iii) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(75)</sup> Se tabell TDI-25 i Statistiske opplysninger 2006.

i befolkningen, økt bevissthet omkring risikoene ved cannabisbruk, et økt antall behandlingshenvisninger fra rettssystemet (noe som tydelig har vært viktig i flere land) samt endringer i rapporteringssystem og/eller rapporteringssystemets dekning <sup>(76)</sup>.

Generelt kan cannabis klientene deles inn i tre grupper: sporadiske brukere (34 %), personer som bruker stoffet én eller flere ganger i uken (32 %), og daglige brukere (34 %). Det er store forskjeller landene imellom når det gjelder hyppigheten av cannabisbruk blant nye klienter. Den største andelen daglige cannabisbrukere rapporteres i Nederland og Danmark, og den største andelen sporadiske brukere eller personer som ikke har brukt cannabis i måneden før behandlingen, finnes i Tyskland, Hellas og Ungarn. Forskjellene gjenspeiler sannsynligvis forskjeller i henvisningspraksis (dvs. flere henvisninger fra rettssystemet eller fra sosiale nettverk) <sup>(77)</sup>.

I hvilken grad cannabisbrukere i behandling oppfyller de diagnostiske kriteriene for enten avhengighet eller skadelig narkotikabruk, er et viktig spørsmål. For tiden er dette et område som krever videre undersøkelser. Siden henvisningspraksis varierer fra land til land, er det behov for studier som dokumenterer de forskjellige kliniske karakteristikkene av personer som mottar behandling for cannabisbruk.

Noen klienter søker behandling for cannabisbruk i kombinasjon med andre narkotika- eller alkoholproblemer, og noen ganger er søknaden om behandling relatert til mer generelle problemer, f.eks. atferdsproblemer hos unge. Videre har en del nye studier også rapportert at det har vært en økning i antall ungdommer som også har psykiske problemer, som søker behandling for cannabisbruk, og at dette kan være en viktig faktor som påvirker behandlingsetterspørselen <sup>(78)</sup>.

Det er også viktig å få en bedre forståelse av behovene blant cannabisbrukere på befolkningsnivå. EONN har anslått at det finnes rundt 3 millioner intensive cannabisbrukere (definert som daglige eller nesten daglige brukere) i EU. Hvor mange av disse som søker behandling er ikke kjent, men antallet cannabisrelaterte behandlingssøknader er lavt i forhold.

Tilgjengelige data viser at cannabis klienter i polikliniske behandlingssentre har en tendens til å være relativt unge – så godt som alle nye cannabis klienter i behandling er under 30 år. Det er større sannsynlighet for at tenåringer i det spesialiserte behandlingsapparatet

har et primært cannabisproblem enn klienter i andre aldersgrupper. Cannabis står for 75 % av behandlingssøknadene blant de som er under 15 år og 63 % i aldersgruppen 15–19 år <sup>(79)</sup>.

De fleste klientene oppgir å ha brukt cannabis for første gang mens de befant seg i den yngste aldersgruppen. 36,8 % brukte stoffet for første gang før fylte 15 år. Nesten ingen som søker behandling rapporterer å ha brukt cannabis for første gang etter fylte 29 år <sup>(80)</sup>.

## Forebyggende arbeid

Fungerende generelle forebyggingsprogram kan utsette eller redusere unge menneskers debut med hensyn til bruk av tobakk, alkohol og cannabis. Viktigheten av dette understrekes av at de som debuterer tidlig (barn og ungdom opp til midt i tenårene), synes å ha betraktelig større risiko for å utvikle et narkotikaproblem, inkludert avhengighet (Von Sydow et al., 2002; Chen et al., 2005). I kampen for å forebygge eller utsette første gangs bruk av cannabis bør det tas med i betraktningen at ungdom er mer utsatt for cannabisforgiftning.

Profilen til unge cannabisbrukere, i alle fall når det gjelder de tidlige fasene av bruken, skiller seg ikke fra profilen til unge som bruker alkohol eller tobakk. Dette understøtter tanken om at generelt forebyggingsarbeid for ungdom ikke bør fokusere utelukkende på cannabis, men også bør rette seg mot bruk av alkohol og tobakk.

Kjønn er viktig når det gjelder cannabisforebygging (se utvalgt aspekt om kjønn). Gutter har større risiko for å gå videre til mer intensiv bruk, kanskje fordi jenter lettere lar seg påvirke av foreldrenes misbilligelse, i tillegg til at de velger sin omgangskrets med mer omhu. Dette endrer seg imidlertid etter hvert som tradisjonelle kjønnsroller endrer seg i det moderne samfunn. I flere europeiske land fokuserer prosjekter som skal forebygge bruken av cannabis og alkohol (Bagmændene, Danmark; Beer-Group, Tyskland; og Risflecting, Østerrike), på gutters manglende kommunikasjonsevne. En kjent årsak til intensivt inntak av alkohol og cannabis blant gutter er vanskelighetene de har med å forholde seg til jenter, og derfor tilbyr disse prosjektene også opplæring i flørting.

Selektiv forebygging i skolen retter seg mot risikofaktorer forbundet med narkotikabruk, som at man avslutter skolegangen tidlig, antisosial atferd, dårlige skoleresultater, vanskeligheter med

<sup>(76)</sup> En EONN-monografi om cannabis skal publiseres i 2007. Tre kapitler vil gå spesielt på økningen i etterspørselen etter behandling for cannabis.

<sup>(77)</sup> Se tabell TDI-18 i Statistiske opplysninger 2006.

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

<sup>(79)</sup> Se tabell TDI-10 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(80)</sup> Se tabell TDI-11 (del ii) i Statistiske opplysninger 2006.

å knytte bånd til andre, lavt oppmøte på skolen og læringsvansker som følge av narkotikabruk.

Det tyske prosjektet "Stoned at School" (Ruset på skolen) har som mål å gi lærere opplæring i tidlig oppdaging og inngripen, forebygge cannabisbruk og etablere kontakt mellom skoler og narkotikarådgivningstjenester. Som lignende prosjekter i Østerrike er dette et opplæringsprogram på 10 moduler som skal øke lærernes bevissthet om cannabisbruk og identifisere elever i risikozonen.

Egne narkotikarådgivningssentre er vanlige i Tyskland, Frankrike og Nederland. Siden januar 2005 er mer enn 250 "cannabis-konsultasjonsklinikker" opprettet i Frankrike. Rådgivningen er anonym, gratis og åpen for alle, og tilbudet er rettet mot tenåringer som har problemer i forbindelse med bruken av cannabis eller andre stoffer, og deres foreldre. For å være lett tilgjengelig finnes tilbudet i de store byene i Frankrike. De ansatte er fagfolk som har trening i å bruke evalueringsverktøy og korte intervensjoner i behandlingen av avhengige. De kan også vurdere hvilke sosiale, medisinske eller psykiatriske tjenester som klienter med spesielle behov må vises videre til. Denne nye typen strukturer skal vurderes i en oppfølgingsstudie. Tilgjengelige tall for de første 2–3 månedenes drift viser at mellom 3 500 og 4 000 personer har henvendt seg til disse sentrene hver måned. Av disse var 2 000–2 500 cannabisbrukere (de andre var foreldre, slektninger og ungdomsarbeidere). En alternativ strategi er å tilby korte, men strukturerte kurs med ca. 10 gruppemøter (Tyskland, Danmark, Nederland, Østerrike). Det tysk/nederlandske prosjektet EUREGIO har utgitt håndboken SKOLL ("self-control training" – trening i selvkontroll) til bruk i dette opplegget.

Cannabisspesifikke "kurs" tar ofte utgangspunkt i at bruk og besittelse av cannabis er ulovlig, og deltakerne henvises via rettssystemet. Motiveringen for å være med er ofte at deltakelse på kurset er en ubetinget del av dommen. Uansett sikrer disse metodene at det opprettes kontakt med i det minste en del av en risikoutsatt gruppe.

Mange selektive forebyggingstiltak i Europa baserer seg på å gi informasjon om cannabis. Andre mer evidensbaserte tilnærminger, inklusive normativ restrukturering (dvs. lære at ens jevnaldrende er imot bruk), selvhedlestrening, motivering og målsetting, så vel som korrigerende av myter (om verdien forbundet med cannabis), er ennå ikke etablert som standardelementer i forebyggingprogrammer for cannabis. En fersk metaanalyse av forebyggende programmer for sårbar ungdom (Roe og Becker, 2005) fant at informasjonsbaserte tilnærminger har liten eller ingen effekt på rusatferd, verken når det gjaldt generell eller selektiv forebygging. De samme forfatterne fant at de generelle forebyggende programmene som baserer seg på sosial påvirkning, har god effekt på sårbar ungdom.

Et viktig poeng vi kan se av de få tilgjengelige vurderingene av europeiske selektive cannabisforebyggende prosjekter (FRED, Way-Out, Sports for Immigrants og andre – se over, samt EDDRA på <http://eddra.emcdda.europa.eu>), er at generelle teknikker for sosial påvirkning fungerer effektivt. Blant de positive effektene som kommer ut av disse teknikkene, er reduksjon i inntaksnivå, økt egenoppfatning av problembruken, en reduksjon i hovedrisikofaktorer og problemer i den forbindelse, så vel som økt selvkontroll og motivasjon.

### Kortvarig intervensjon for cannabisbrukere

Kortvarig intervensjon er en metode som har som mål å få folk til å reflektere over egen narkotikabruk og sette dem i stand til å kontrollere den. Konseptet er hovedsakelig basert på motiverende intervjueteknikk, en ikke-fordomsfull, ikke-konfronterende tilnæringsmåte som utforsker klientens verdier, mål og egenvurdering av bruk, og som gir tilbakemelding om samsvaret mellom klientens selvbilde og faktiske status.

Kortvarig intervensjon brukes ofte på et tidlig stadium av en persons alkohol- eller narkotikabruk for å forebygge utviklingen av alvorlige rusproblemer senere. Det er dokumentert at kortvarig intervensjon kan være effektiv når det gjelder å forebygge alkohol- og tobakksmisbruk, og det er en økende interesse for å benytte denne tilnæringsmåten for andre rusmidler.

Kortvarig intervensjon har vist seg å være svært nyttig i selektive forebyggings tiltak for cannabisbrukere som ikke vanligvis ville ha kommet i kontakt med behandlingsmiljøene. Når det gjelder intensive cannabisbrukere, er det ikke sikkert at opplæringsbaserte programmer som vektlegger rusfrihet, er effektive.

Kortvarige intervensjoner er kostnadseffektive og kan være spesielt hensiktsmessige for cannabisbrukere, og de har vist seg å fungere bra for narkotikabrukere som:

- har små problemer med narkotikabruken
- har lav grad av avhengighet
- har en kort historie med narkotikabruk
- har stabil bakgrunn (sosialt, skole, familie)
- er usikre på om de vil, eller har et ambivalent forhold til å, endre narkotikabruken

Denne tilnæringsmåten brukes nå i flere land, herunder Tyskland, Nederland, Østerrike og Storbritannia, hvor intervensjonene kan ta form av rådgivning, "cannabiskurs" eller til og med selvhjelps-nettsteder. Det tyske internettbaserte rådgivningsprogrammet "Quit the Shit" ([www.drugcom.de](http://www.drugcom.de)) er et nyskapende telematikkbasert tilbud til cannabisbrukere som ønsker å redusere eller slutte å bruke narkotika. Lignende nettsteder med selvhjelps-komponenter er bl.a. [www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html](http://www.jellinek.nl/zelfhulp/cannabis/frameset.html) av Jellinek (Nederland) og [www.knowcannabis.org.uk/](http://www.knowcannabis.org.uk/) av HIT (Storbritannia).





## Kapittel 4

# Amfetamin, ecstasy og andre psykotrope stoffer

I mange europeiske land er det nest vanligste illegale stoffet som brukes en eller annen form for syntetisk produsert stoff. Bruken av disse stoffene i befolkningen generelt er typisk lav, men prevalensen i yngre aldersgrupper er signifikant høyere, og i noen sosiale miljøer eller kulturelle grupper kan bruken av slike stoffer være særlig utbredt. Globalt sett er amfetamin (amfetamin og metamfetamin) og ecstasy de mest brukte syntetiske stoffene.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet. Av disse to er amfetamin det stoffet som er lettest tilgjengelig i Europa. På verdensbasis er den økende bruken av metamfetamin meget bekymringsverdig, ettersom stoffet er forbundet med en lang rekke alvorlige helseproblemer. I Europa synes omfattende bruk av metamfetamin å være begrenset til Den tsjekkiske republikk.

Ecstasy er et syntetisk stoff som er kjemisk beslektet med amfetamin, med til dels andre virkninger. Det mest kjente stoffet i ecstasygruppen er 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA), men det er også påvist andre analoger i ecstasytabletter (MDA, MDEA osv.). Disse stoffene omtales av og til som entaktogener, noe som refererer til deres spesielle humørendrende effekt. Noen ganger framkaller de effekter som typisk assosieres med hallusinogene stoffer.

Historisk sett har lysergsyredietylamid (LSD) vært det mest kjente hallusinogene stoffet, men bruken av LSD har generelt vært lav og ganske stabil over lengre tid. I det siste har det framkommet bevis for at tilgjengeligheten og bruken av naturlig forekommende hallusinogener, spesielt hallusinogene sopper, har økt.

EU har fått på plass et system for tidlig varsling for å identifisere nye stoffer som kommer på det europeiske narkotikamarkedet. Systemet kartlegger også potensielt skadelige nye trender innen bruken av psykoaktive stoffer.

## Tilbud og tilgjengelighet <sup>(81)</sup>

Det er vanskelig å si noe om omfanget av produksjonen av amfetamin og ecstasy, for "den er basert på lett tilgjengelige kjemikalier i laboratorier som lett kan skjules" (UNODC, 2003a). Ifølge det siste estimatet er den årlige produksjonen av amfetamin og ecstasy 520 tonn på verdensbasis (UNODC, 2003b). Globale beslag av slike stoffer toppet seg i 2000 da 46 tonn ble beslaglagt. Etter en nedgang i 2001 og 2002 økte beslagene igjen i 2003 til 34 tonn. I 2004 gikk beslagmengden igjen noe ned, til 29 tonn. Andelen metamfetamin av alle beslag av amfetamin og ecstasy falt i 2004 til 38 % (fra 66 % i 2003). Beslag av ecstasy utgjorde 29 % og amfetamin 20 % (CND, 2006).

## Amfetamin

På verdensbasis er produksjonen av amfetamin konsentrert til Vest- og Sentral-Europa, da særskilt Belgia, Nederland og Polen. I denne regionen spiller også Estland, Litauen og Bulgaria en viktig rolle i den ulovlige produksjonen av amfetamin, og også i noen grad Tyskland, Spania og Norge, noe destrueringen av amfetaminlaboratorier i disse landene i 2004 viste (UNODC, 2006) <sup>(82)</sup>. Utenfor Europa produseres amfetamin hovedsakelig i Nord-Amerika og Oseania (CND, 2006). Amfetaminhandelen var i 2004 primært intraregional. Mesteparten av amfetaminet som finnes på det ulovlige markedet i Europa kommer fra Belgia, Nederland og Polen, i tillegg til Estland og Litauen (i de nordiske landene) (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; WCO (Verdens tollorganisasjon), 2005).

Av de 6 tonnene amfetamin som ble beslaglagt på verdensbasis i 2004, ble 97 % beslaglagt i Vest-/Sentral-Europa og Sørøst-Europa (henholdsvis 67 % og 26 % av globale beslagmengder) (CND, 2006).

I 2004 ble det gjort anslagsvis 33 000 beslag av amfetamin i EU, noe som utgjør 5,2 tonn og 9,5 millioner enheter. Når det gjelder antall beslag og vekten på amfetaminet som ble beslaglagt, har

<sup>(81)</sup> Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 37.

<sup>(82)</sup> Antallet laboratorier destruert i forskjellige land, i tillegg til antallet produksjonssteder, gjenspeiler politiets og tollvesenets aktivitetsnivå og prioriteringer så vel som rapporteringspraksis.

Storbritannia konsekvent gjort de fleste og største amfetaminbeslagene i EU <sup>(83)</sup>. Tyrkia rapporterte å ha beslaglagt 9,5 millioner enheter amfetamin i 2004. Til tross for noen svingninger har både antallet amfetaminbeslag <sup>(84)</sup> og mengdene <sup>(85)</sup> økt i EU siden 1999. Basert på funn fra de rapporterende landene synes denne oppadgående trenden å ha fortsatt i 2004.

I 2004 varierte gjennomsnittsprisen på amfetamin på gatenivå fra 4 euro pr. gram i Slovenia til 64 euro pr. gram på Malta <sup>(86)</sup>. I løpet av perioden 1999–2004 gikk prisen på amfetamin, korrigert for inflasjon <sup>(87)</sup>, generelt ned i Tyskland, Spania, Irland, Latvia, Litauen, Sverige, Storbritannia, Bulgaria, Tyrkia og Norge <sup>(88)</sup>.

Gjennomsnittlig renhet for amfetamin varierte fra 5–6 % i Bulgaria til 44 % i Norge <sup>(89)</sup>. Tilgjengelige data <sup>(90)</sup> om gjennomsnittlig renhet i perioden 1999–2004 viser en fallende trend i Latvia, Litauen, Luxembourg, Finland og Norge, og en stigende trend i Belgia, Tyskland, Frankrike, Italia, Ungarn og Østerrike.

### Metamfetamin

Når det gjelder mengdene som produseres og selges, er metamfetamin viktigere på verdensbasis enn amfetamin og ecstasy, selv om dette stoffet sto for en synkende andel av alt beslaglagt stoff i 2004. Det produseres fremdeles mest i Øst- og Sørøst-Asia (Kina, Filippinene, Myanmar, Thailand), etterfulgt av Nord- og Sentral-Amerika (USA, Canada, Mexico). I 2004 ble det beslaglagt 11 tonn metamfetamin i verden, hvorav 59 % i Øst- og Sørøst-Asia og 37 % i Nord-Amerika (CND, 2006). I Europa produseres metamfetamin hovedsakelig i Den tsjekkiske republikk, hvor det siden midten av 1980-årene har blitt produsert under det lokale navnet "pervitin". I 2004 ble det imidlertid rapportert om produksjon også i Slovakia og Bulgaria, hvor laboratorier ble destruert (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; UNODC, 2006).

Mesteparten av det som produseres av metamfetamin i Den tsjekkiske republikk, er ment for det lokale markedet, selv om noe av det smugles til Tyskland, Østerrike og Slovakia (nasjonale Reitox-rapporter, 2005). I 2004 ble det rapportert om beslag av metamfetamin i Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Estland, Hellas, Frankrike, Latvia, Litauen, Ungarn, Østerrike, Slovakia, Sverige, Romania og Norge. Sistnevnte sto for både det største antallet beslag og de største mengdene <sup>(91)</sup>.

I 2004 varierte detaljistprisen <sup>(92)</sup> på metamfetamin i Den tsjekkiske republikk fra 12 til 63 euro pr. gram, mens gjennomsnittlig renhet <sup>(93)</sup> varierte fra 43 % i Slovakia til 50 % i Den tsjekkiske republikk.

### Ecstasy

Selv om Europa fortsatt er sentrum for verdens produksjon av ecstasy, synes Europas relative betydning å avta i takt med at ecstasyproduksjonen i andre deler av verden tar seg opp, særlig i Nord-Amerika (USA, Canada) og Øst- og Sørøst-Asia (Kina, Indonesia, Hongkong) (CND, 2006; UNODC, 2006). Selv om Nederland i 2004 fortsatt var hovedkilden til ecstasy for Europa og verden for øvrig, ble det også oppdaget ecstasylaboratorier i Belgia, Estland, Spania og Norge (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; UNODC, 2006). Ecstasyen som ble beslaglagt i EU rapporteres å stamme fra Nederland og Belgia, og i mindre grad fra Polen og Storbritannia (nasjonale Reitox-rapporter, 2005).

Omsetningen av ecstasy er fortsatt konsentrert til Vest-Europa, men akkurat som for produksjonen har omsetningen i løpet av de senere årene spredt seg videre utover i verden. Av de 8,5 tonnene (ca. vekt) ecstasy som ble beslaglagt på verdensbasis i 2004, ble 50 % funnet i Vest- og Sentral-Europa, 23 % i Nord-Amerika og 16 % i Oseania (CND, 2006).

<sup>(83)</sup> Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia for 2004 når disse blir lagt fram. Data om både antall amfetaminbeslag og mengden amfetamin beslaglagt i 2004 var ikke tilgjengelig for Irland og Storbritannia. Data om mengden amfetamin beslaglagt i 2004 var ikke tilgjengelig for Slovenia. Data om antall amfetaminbeslag i 2004 var ikke tilgjengelig for Nederland. Anslag er derfor beregnet med utgangspunkt i data for 2003. Data om beslagmengder 2004 fra Nederland var kun anslag og kunne derfor ikke tas med i trendanalysen for 2004.

<sup>(84)</sup> Se tabell SZR-11 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(85)</sup> Se tabell SZR-12 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(86)</sup> Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(87)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(88)</sup> I perioden 1999–2000 var data om amfetaminpris tilgjengelig for minst tre påfølgende år for Belgia, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Latvia, Litauen, Polen, Sverige, Storbritannia, Bulgaria, Tyrkia og Norge.

<sup>(89)</sup> Se tabell PPP-8 i Statistiske opplysninger 2006. Merk at rapportert gjennomsnittsnivå for amfetaminrenhet kan skjule variasjoner i renheten på de analyserte prøvene.

<sup>(90)</sup> I perioden 1999–2000 var data om amfetaminets renhet tilgjengelig for minst tre år på rad for Belgia, Tyskland, Estland, Frankrike, Italia, Latvia, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Nederland, Polen, Portugal, Finland, Storbritannia, Tyrkia og Norge.

<sup>(91)</sup> Ettersom data for 2004 fra Tyskland, Italia, Luxembourg og Nederland ikke skiller mellom beslag av metamfetamin og amfetamin, og Irland og Storbritannia ikke hadde tall for narkotikabeslag i 2004, er det vanskelig å vite om det ble gjort beslag av metamfetamin i disse fem landene i 2004.

<sup>(92)</sup> Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(93)</sup> Se tabell PPP-8 i Statistiske opplysninger 2006.

Anslagsvis 24 000 beslag førte til at 28,3 millioner ecstasytabletter ble inndratt i EU i 2004. Fram til 2003 ble de største ecstasybeslagene gjort i Storbritannia, etterfulgt av Tyskland, Frankrike og Nederland <sup>(94)</sup>.

Etter en kraftig økning i perioden 1999–2001 gikk antallet ecstasybeslag <sup>(95)</sup> på EU-nivå ned i perioden 2002–03, men ifølge data fra de rapporterende landene økte dette igjen i 2004. Beslaglagte kvanta av ecstasy <sup>(96)</sup> gikk opp i perioden 1999–2002, og etter et kraftig fall til et bunn-nivå i 2003 tyder tilgjengelige data for 2004 på at omfanget igjen er oppe på 2002-nivå.

I 2004 varierte gjennomsnittsprisen på ecstasytabletter fra under 3 euro stk. i Litauen og Polen, til mellom 15 og 25 euro i Hellas og Italia <sup>(97)</sup>. I perioden 1999–2004 gikk detaljistprisen på ecstasy, korrigert for inflasjon <sup>(98)</sup>, ned i de fleste rapporterende landene <sup>(99)</sup>.

Generelt inneholdt de fleste tablettene som ble solgt som ecstasy i Europa, MDMD eller et annet ecstasylignende stoff (MDEA, MDA). Vanligvis inneholdt de ikke andre psykoaktive stoffer. I Den tsjekkiske republikk, Hellas, Latvia, Ungarn, Nederland, Slovakia, Finland, Storbritannia og Norge utgjorde slike tabletter over 95 % av det totale antallet analyserte tabletter i 2004. Et unntak var Bulgaria, hvor 61 % av de analyserte tablettene inneholdt amfetamin og/eller metamfetamin som eneste psykoaktive stoff. MDMA-innholdet i ecstasytabletter varierer meget fra parti til parti (selv mellom partier med samme logo) både innenfor det enkelte land og landene imellom. I 2004 inneholdt hver ecstasytablett i gjennomsnitt mellom 30 og 82 mg <sup>(100)</sup> av virkestoffet (MDMA) (nasjonale Reitox-rapporter, 2005).

## LSD

LSD produseres og smugles i langt mindre omfang enn andre syntetiske stoffer. I 2004 ble det gjort anslagsvis 700 beslag av til sammen 220 000 LSD-enheter i EU. Siden 2002 har Tyskland hvert år vært det landet som har gjort de største beslagene av LSD, etterfulgt av Storbritannia <sup>(101)</sup>. Mellom 1999 og 2002 sank både antallet LSD-beslag <sup>(102)</sup> og beslaglagte kvanta <sup>(103)</sup> på EU-nivå. Tilgjengelige data for 2003 og 2004 tyder imidlertid på at antallet LSD-beslag og beslaglagte mengder, da økte for første gang på 9 år. Relativt store mengder av stoffet ble beslaglagt i Tyskland, Frankrike, Litauen, Nederland og Polen i 2005.

I 2004 lå prisen for en brukerdose LSD fra 2,5 euro i Portugal til 11,6 euro på Malta <sup>(104)</sup>. Gjennomsnittsprisen på LSD, korrigert for inflasjon <sup>(105)</sup>, viste en nedadgående trend <sup>(106)</sup> mellom 1999 og 2004 i Den tsjekkiske republikk, Irland, Polen, Slovenia og Sverige, mens prisene økte i Tyskland og Frankrike.

## Internasjonale tiltak mot produksjon og handel med amfetamin og ecstasy

Når det gjelder syntetiske stoffer, har Europol drevet Project Synergy siden desember 2004 <sup>(107)</sup>. Prosjektet støttes av 20 EU-land og enkelte tredjestater, og omfatter en analytisk arbeidsfil (AWF) med underprosjekter som gjennomføres i flere land i EU. Det omfatter også en rekke hjelpemidler som brukes for analytiske og strategiske formål, som Europols system for ecstasylogoer (EELS) (inkludert logokatalogen for ecstasy) og Europols system for sammenligning av illegale laboratorier (ELICS). Europol støtter fortsatt prosjektet CHAIN <sup>(108)</sup> som gjelder amfetaminprofilering, og Europeisk

<sup>(94)</sup> Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia for 2004 når disse blir lagt fram. Data om både antall ecstasybeslag og mengden ecstasy beslaglagt i 2004 var ikke tilgjengelig for Irland og Storbritannia, og data om antall ecstasybeslag ikke tilgjengelig i Nederland for 2004. Anslag er derfor beregnet med utgangspunkt i data for 2003. Data om beslagmengder i Nederland i 2004 var kun anslag og kunne derfor ikke tas med i trendanalysen for 2004.

<sup>(95)</sup> Se tabell SZR-13 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(96)</sup> Se tabell SZR-14 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(97)</sup> Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(98)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(99)</sup> I perioden 1999–2000 var data om ecstasypriser tilgjengelig for minst tre år på rad for Belgia, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Kypros, Latvia, Litauen, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenia, Sverige, Storbritannia, Bulgaria, Tyrkia og Norge.

<sup>(100)</sup> Denne spredningen er basert på data fra bare noen få land (Danmark, Tyskland, Frankrike, Luxembourg og Nederland).

<sup>(101)</sup> Dette bør kontrolleres opp mot data fra Storbritannia for 2004 når disse blir lagt fram. Data for både antallet LSD-beslag og mengdene beslaglagt i 2004 var ikke tilgjengelig for Irland og Storbritannia. Data over antallet LSD-beslag var ikke tilgjengelig for Kypros, Nederland, Polen og Bulgaria. Anslag er derfor beregnet med utgangspunkt i data for 2003. Data om beslagmengder i Nederland i 2004 var kun anslag og kunne derfor ikke tas med i trendanalysen for 2004.

<sup>(102)</sup> Se tabell SZR-15 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(103)</sup> Se tabell SZR-16 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(104)</sup> Se tabell PPP-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(105)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(106)</sup> I perioden 1999–2000 var data om LSD-priser tilgjengelig for minst tre år på rad for Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Litauen, Polen, Portugal, Slovenia, Sverige, Storbritannia, Romania og Norge.

<sup>(107)</sup> Project Synergy er en sammenslåing av prosjektene CASE og Genesis, som startet i 2002.

<sup>(108)</sup> The Collaborative Harmonised Amphetamine Initiative (CHAIN) er et rettsmedisinsk profileringstiltak som erstatter pilotprosjektet CASE.

felles enhet for prekursorer (European Joint Unit on Precursors – EUJP). I tillegg til assistanse på stedet til destruering av ulovlig produksjon av syntetiske stoffer har nyere underprosjekter fokusert på å sammenlikne de destruerte laboratoriene, oppdage kjemiske deponier som utgangspunkt for etterforskning, spore opp tablettmaskiner og etterforske handel med prekursorer til EU-land.

Project Prism er et internasjonalt tiltak som skal forebygge handel med prekursorer for bruk i den illegale produksjonen av syntetiske stoffer. Prosjektet er basert på et system med forhåndsmeldinger om lovlig eksport til INBC, FNs internasjonale komité for narkotikakontroll, og rapportering av beslaglagte forsendelser og beslag gjort ved mistenkelige transaksjoner.

Efedrin og pseudoefedrin er de viktigste prekursorene for metamfetamin, mens 1-fenyl-2-propanon (P-2-P) også brukes i produksjonen av amfetamin. 3,4-metylendioxyfenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), safrol og safrolholdige oljer brukes i framstillingen av MDMA, mens piperonal også brukes for å syntetisere MDA <sup>(109)</sup>.

Lovlig handel med efedrin og pseudoefedrin utgjorde henholdsvis 526 og 1 207 tonn i 2004. De største beslagene av disse kjemikaliene ble rapportert i Nord-Amerika og Sørøst-Asia, men det fryktes at beslagene har spredt seg til alle regioner. Efedrin og pseudoefedrin som smugles til Europa kommer hovedsakelig fra Vest-Asia. I 2004 ble 2,6 tonn efedrin og 1 kg pseudoefedrin beslaglagt i Europa <sup>(110)</sup>. Beslagene var for det meste små og stammet fra mange forskjellige laboratorier, flesteparten i Den tsjekkiske republikk. I tillegg ble det gjort et stort beslag i Hellas av efedrin fra Pakistan.

Det europeiske Prism-prosjektet har fokusert på å forebygge smuglingen av 3,4-MDP-2-P og P-2-P til EU til bruk i den illegale framstillingen av henholdsvis MDMA og amfetamin. I 2004 var beslagene av 3,4-MDP-2-P og P-2-P de største noensinne i verden. Europa sto for de største beslagene av 3,4-MDP-2-P og USA for de største beslagene av P-2-P. I 2004 ble det totalt beslaglagt 10 161 liter 3,4-MDP-2-P i Europa (mesteparten i Nederland og Belgia), og 9 297 liter P-2-P (mesteparten i Polen og Nederland) <sup>(111)</sup>.

Piperonal har mange lovlige bruksområder, men kan også brukes som prekursor i produksjonen av 3,4-MDP-2-P, MDA og MDMA (INCB, 2006b).

Mellom november 2004 og oktober 2005 ble over 150 forsendelser på totalt 3 800 tonn rapportert til INBC (2006b). I 2004 ble de største beslagene av piperonal rapportert fra Kina (13 tonn), mens 2,4 tonn ble beslaglagt i Europa, nesten alt i Romania <sup>(112)</sup>.

Beslag av safrol rapporteres fra alle verdens regioner, men mengdene er vanligvis små, bortsett fra i Kina, hvor det rapporteres om beslag på over 100 kg. I Europa ble det i 2004 beslaglagt 122 liter safrol, mesteparten i Latvia, men også i Litauen.

## Prevalens og bruksmønstre

Tradisjonelt har befolkningsundersøkelser vist at nest etter cannabis er amfetamin og ecstasy de mest brukte illegale rusmidlene, men at bruken av disse er klart mindre utbredt enn bruken av cannabis. Ecstasy ble populært på 1990-tallet, mens amfetamin har vært brukt i mye lengre tid.

Blant EU-landene forekommer utbredt bruk av amfetamin <sup>(113)</sup> og ecstasy bare i noen få land, nemlig Den tsjekkiske republikk, Estland og Storbritannia.

Undersøkelser fra den siste tiden blant den voksne befolkningen (15–64 år) viser at livstidsprevalensen for amfetamin i Europa ligger mellom 0,1 og 5,9 %, bortsett fra i Storbritannia (England og Wales), hvor den er oppe i 11,2 %. I gjennomsnitt har 3,1 % av Europas voksne befolkning brukt amfetamin minst én gang. Etter Storbritannia følger Danmark (5,9 %), Norge (3,6 %) og Tyskland (3,4 %). Bruk siste år er mye lavere: 0,6 % i gjennomsnitt (fra 0 til 1,4 %). På bakgrunn av generelle befolkningsundersøkelser anslås det at nærmere 10 millioner europeere har prøvd dette stoffet, og at over 2 millioner har brukt amfetamin siste 12 måneder <sup>(114)</sup>.

Blant unge voksne (15–34 år) rapporteres det om erfaring med amfetamin hos 0,1–9,6 %. Storbritannia (England og Wales) rapporterer om en livstidsprevalens på 16,5 % (dette kan gjenspeile et historisk fenomen, se nedenfor). Halvparten av landene som har lagt frem opplysninger om dette, har en prevalensrate på 4 %. De høyeste tallene etter Storbritannia rapporteres fra Danmark (9,6 %), Norge (5,9 %) og Tyskland (5,4 %). I gjennomsnitt har 4,8 % av alle europeere prøvd amfetamin. Danmark (3,1 %) og Estland (2,9 %) har de høyeste prevalenstillene <sup>(115)</sup>. Det

<sup>(109)</sup> Alle klassifisert i tabell 1 i konvensjonen av 1988.

<sup>(110)</sup> Beslagdata inneholder ikke informasjon om beslaglagte mengder.

<sup>(111)</sup> Beslagdata inneholder ikke informasjon om beslaglagte mengder.

<sup>(112)</sup> Beslagdata inneholder ikke informasjon om beslaglagte mengder.

<sup>(113)</sup> Når det gjelder befolkningsundersøkelser, går både bruken av "amfetamin" og "metamfetamin" inn i kategorien "amfetaminbruk".

<sup>(114)</sup> For beregningsmetode, se fotnote 53.

<sup>(115)</sup> Se figur GPS-15 og GPS-16 i Statistiske opplysninger 2006.

er anslått at i gjennomsnitt har 1,4 % av alle unge europeere brukt amfetamin siste år (se også figur 4).

0,2–7,1 % av unge voksne har prøvd ecstasy (gjennomsnittet er 2,6 %). Halvparten av landene rapporterer om prevalenstall på 1,8 % eller lavere. Høyest prevalens rapporteres fra Den tsjekkiske republikk (7,1 %) og Storbritannia (6,7 %). Bruk siste år av ecstasy ligger på mellom 0,2 % og 3,5 %, men halvparten av landene rapporterer om en prevalens på 0,5 % eller under. Det anslås at nærmere 8,5 millioner europeere har prøvd ecstasy, og at nesten 3 millioner har brukt det i løpet av det siste året.

Blant unge europeere ligger livstidsprevalensen for ecstasy på 5,2 %. Den varierer mellom 0,5 og 14,6 %, selv om halvparten av landene rapporterer om en prevalens på under 3,6 %. Den tsjekkiske republikk (14,6 %), Storbritannia (12,7 %) og Spania (8,3 %) har de høyeste prevalenstallene.

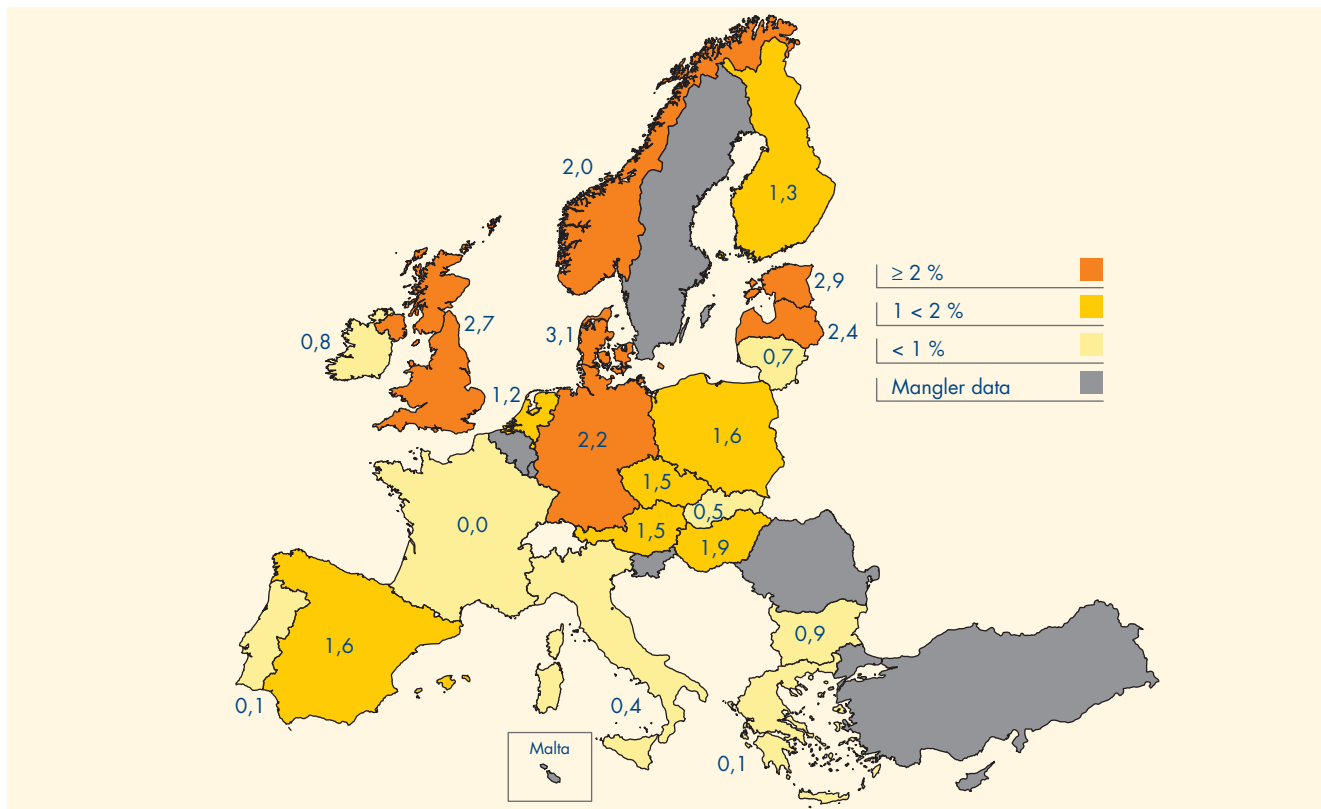
Bruken av ecstasy er hovedsakelig et ungdomsfenomen. I aldersgruppen 15–24 ligger livstidsbruken på mellom 0,4 % og 18,7 %. De høyeste tallene kommer fra Den

tsjekkiske republikk (18,7 %) <sup>(116)</sup> og Storbritannia (10,7 %), og tallene er høyere for menn (0,3–23,2 %) enn for kvinner (0,4–13,9 %). Bruk siste år ligger mellom 0,3 % og 12 %. De høyeste tallene kommer fra Den tsjekkiske republikk (12 %) og Estland (6,1 %) (figur 5). Prevalensen for bruk for siste måned er under 3 % for syv av landene. Prevalensen er typisk høyere i urbane områder, og spesielt blant unge mennesker som jevnlig besøker diskoteker, klubber eller dance-arrangementer (se utvalgt aspekt om narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer).

Undersøkelser viser at livstidsprevalensen for ecstasybruk blant 15–16-årige skoleelever generelt har økt i tidsrommet 1995–2003. Den største økningen har funnet sted i Den tsjekkiske republikk og i de fleste nye medlemsstatene <sup>(117)</sup>. I skoleundersøkelsen fra 2003, ESPAD (Hibell et al., 2004), lå livstidsprevalensen for amfetaminbruk 1–3 % høyere enn for ecstasy i seks medlemsstater (Tyskland, Danmark, Estland, Litauen, Østerrike og Polen) <sup>(118)</sup>.

Til sammenligning viste den nasjonale undersøkelsen om narkotikabruk og helse i USA i 2004 at 4,6 % av

**Figur 4:** Siste års prevalens av amfetaminbruk blant unge voksne (15–34 år)



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-8 og GPS-11 i Statistiske opplysninger 2006 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

<sup>(116)</sup> I Den tsjekkiske republikk gjaldt undersøkelsen aldersgruppen 18–24.

<sup>(117)</sup> Se figur EYE-2 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(118)</sup> Se figur EYE-2 (del vi) i Statistiske opplysninger 2006.

alle voksne (12 år og eldre) hadde livstidserfaring med ecstasy. 0,8 % rapporterte om bruk siste år (de tilsvarende tallene for EU var 2,6 % og 0,9 %). Blant unge voksne i aldersgruppen 16–34 lå livstidserfaringen på 11,3 % og bruk siste år på 2,2 % (henholdsvis 5,2 % og 1,9 % i Europa) <sup>(119)</sup>.

Tallene for livstidserfaring med LSD blant voksne varierte mellom 0,2 % og 5,9 %. To tredeler av landene rapporterte tall mellom 0,4 % og 1,7 %. Blant unge voksne (15–34) lå livstidsprevalensen for LSD mellom 0,3 % og 9 %, og i aldersgruppen 15–24 oversteg den ikke 4,5 %. Bruk siste år av dette stoffet i aldersgruppen 15–24 er over 1 % bare i Den tsjekkiske republikk, Estland, Latvia, Ungarn, Polen og Bulgaria.

### Trender

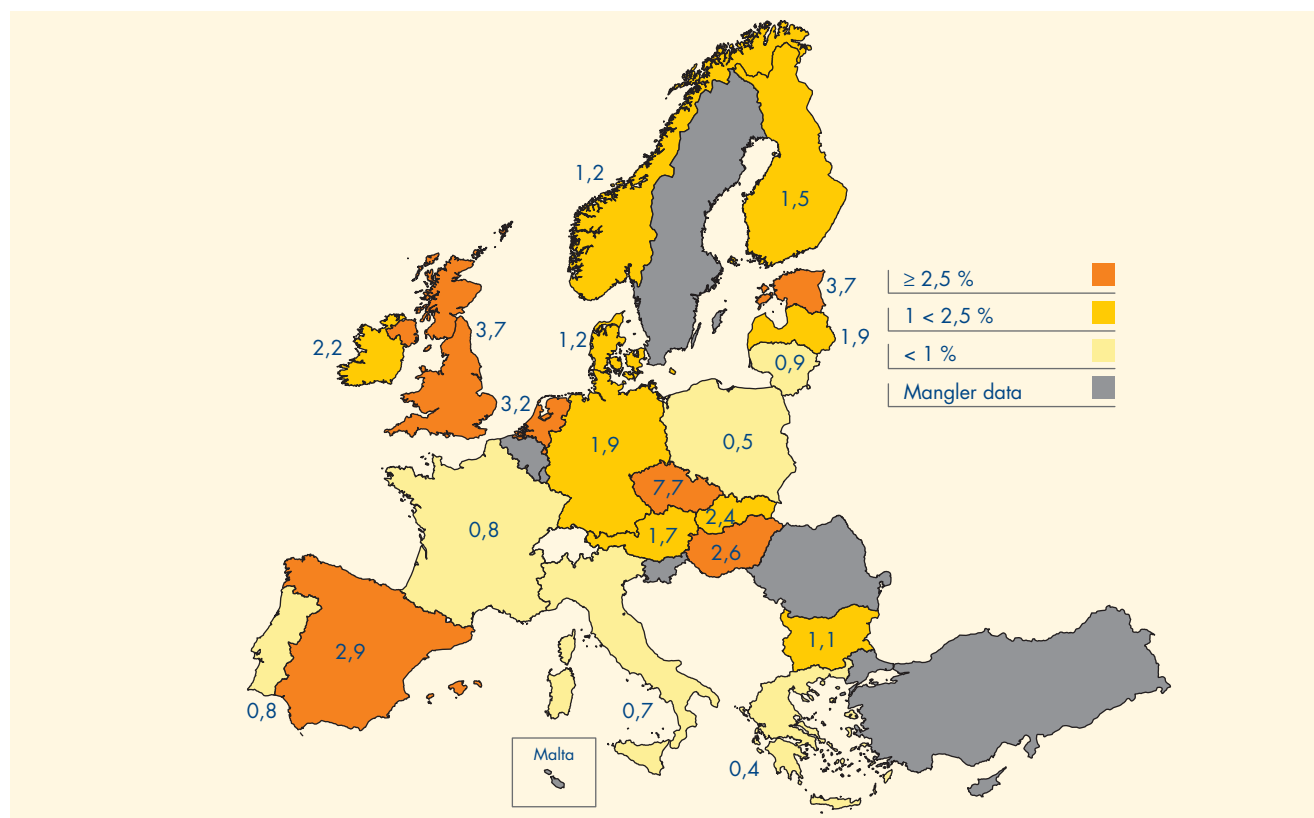
Nyere befolkningsundersøkelser viser at inntaket av amfetamin og ecstasy, som har vist en oppadgående

trend de siste årene, kan være i ferd med å stabilisere seg eller til og med synke. I Storbritannia og to andre medlemsstater hvor bruken av disse stoffene har vært relativt utbredt (Den tsjekkiske republikk og Spania), rapporteres det om en stabilisering eller nedgang i bruk siste år av amfetamin blant unge voksne <sup>(120)</sup>. Tilsvarende synes bruken av ecstasy å flate ut eller gå ned i to land med høy prevalens, nemlig Spania og Storbritannia, men ikke i Den tsjekkiske republikk <sup>(121)</sup>.

## Behandlingsbehov i tall – amfetamin og ecstasy <sup>(122)</sup>

Selv om antallet behandlingssøknader relatert til bruken av amfetamin og ecstasy er økende, er det generelt sjelden at denne typen stoffer er den primære grunnen til narkotikabehandling i de fleste land <sup>(123)</sup>. Et viktig unntak er det faktum at et par land rapporterer at en vesentlig andel av behandlingssøknadene er relatert til bruken av

**Figur 5:** Siste års prevalens av ecstasybruk blant unge voksne (15–34 år)



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-8 og GPS-11 i Statistiske opplysninger 2006 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

<sup>(119)</sup> Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>).

Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen som er brukt av EONN i undersøkelsene i EU (15–64 år). Tall for "unge voksne" (16–34 år) for den amerikanske undersøkelsen omregnet av EONN.

<sup>(120)</sup> Se figur GPS-6 og GPS-17 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(121)</sup> Se figur GPS-8, GPS-18 og GPS-30 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(122)</sup> Se fotnote (70).

<sup>(123)</sup> Se figur TDI-1 i Statistiske opplysninger 2006.

### Metamfetaminbruk og relaterte problemer

Det er rapportert om betydelige problemer med metamfetaminbruk i mange deler av verden, herunder USA, Sørøst-Asia og Stillehavsområdet samt Afrika (UNODC, 2006). Metamfetaminbruk kan føre til alvorlige helseproblemer, herunder psykose og avhengighet, og kan være forbundet med risikoatferd, også atferd som kan føre til overføring av HIV.

Historisk sett har bruken av metamfetamin i Europa vært konsentrert til Den tsjekkiske republikk, som anslås å ha dobbelt så mange problembrukere av metamfetamin (pervitin) (20 300) som problembrukere av opioider (9 700). I Slovakia har i de senere årene metamfetamin blitt det hyppigst brukte primærrusmiddelet blant klienter om søker behandling for første gang, og utbredt metamfetaminbruk er også funnet i enkelte subpopulasjoner i Ungarn. I Reitox-rapportene for 2005 rapporterte syv andre land (Danmark, Frankrike, Latvia, Slovenia, Storbritannia, Bulgaria og Norge) om en økning i beslag og/eller bruken av dette rusmiddelet, framfor alt blant hyppige club- og festgjengere. På grunnlag av den informasjonen som er tilgjengelig, er det likevel umulig å trekke noen faste konklusjoner om trender for metamfetaminbruk i disse landene i dag. Spredningen av metamfetamin andre steder i verden og stoffets potensial for å forårsake betydelige helseproblemer betyr at dette er et område som krever kontinuerlig oppfølging.

amfetamin eller metamfetamin. I Den tsjekkiske republikk, Slovakia, Finland og Sverige utgjør disse stoffene alt mellom en firedel og halvparten av alle søknader om behandling <sup>(124)</sup>. I Den tsjekkiske republikk og Slovakia er en stor del av rapporterte behandlingssøknader relatert til problemer med metamfetamin (se boks om metamfetamin). I landene hvor amfetaminbrukere utgjør en stor del av søkermassen, står sprøytebrukere for mellom en og to tredeler av amfetaminklientene <sup>(125)</sup>.

Søknader om behandling for ecstasybruk utgjør under 1 % av det totale antallet søknader i de fleste land, med unntak av Kypros, Ungarn, Irland og Tyrkia, hvor ecstasyklienter utgjør mellom 4 % og 6 % av alle klienter som søker behandling.

## Nye narkotikatrender

Prevalensestimater for bruken av nye stoffer er mye lavere enn for mer etablerte illegale stoffer. Nye stoffer tas innledningsvis i bruk av noen få personer, i små undergrupper av befolkningen eller i begrensede områder eller situasjoner. Følgelig kreves det andre tilnærminger når man skal identifisere og kartlegge nye trender enn for kartlegging av de mest utbredte typene av narkotikabruk.

### Hallusinogene sopper: case-studie av en ny trend

Inntil nylig var LSD det mest brukte hallusinogene stoffet. Dette kan være i ferd med å endre seg, for det kommer stadig flere rapporter om bruken av hallusinogene sopper <sup>(126)</sup>. Tilgjengeligheten av hallusinogene sopper synes å ha økt siden slutten av 1990-tallet, da de begynte å bli solgt sammen med andre "naturlige" produkter i såkalte "smart shops" i Nederland og andre steder <sup>(127)</sup>. I Storbritannia økte f.eks. antallet butikker som solgte hallusinogene sopper i løpet av de første årene på 2000-tallet, og innen 2005 ble de antatt solgt i nærmere 300 butikker og boder rundt om i landet. Salget av hallusinogene sopper på internett tiltok også, med sider – hovedsakelig nederlandske – som solgte fersk sopp, dyrkingsutstyr og sporer. Internett salg av hallusinogene stoffer foregår på flere språk, hovedsakelig engelsk, fransk og tysk, noe som tyder på en internasjonal kundegruppe.

Nyere befolkningsundersøkelser blant voksne og skoleungdom i EU tyder på en livstidsbruk av hallusinogene sopper blant ungdom mellom 15 og 24 på mellom knappe 1 % og 8 % <sup>(128)</sup>. Estimater av livstidsprevalensen for bruk av hallusinogene stoffer blant skoleelever i aldersgruppen 15–16 år ligger på samme nivå som, eller høyere enn, estimatene for livstidsprevalens for ecstasy i ni av EUs medlemsstater (Hibell et al., 2004). Det er imidlertid indikasjoner på at fortsettelsesratene er lavere for hallusinogene sopper enn for de fleste andre stoffer. Dette er et vanlig kjennetegn ved bruken av hallusinogene stoffer, og gjenspeiler det faktum at unge mennesker generelt

<sup>(124)</sup> Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(125)</sup> Se tabell TDI-17 (del iii) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(126)</sup> I denne rapporten refererer begrepet hallusinogene sopper bare til sopp som inneholder de psykoaktive stoffene psilocybin og psilocin. Sopp som inneholder andre psykoaktive stoffer blir sjeldnere brukt. For ytterligere informasjon, se EONNs temaartikkel om hallusinogene sopper ([www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)).

<sup>(127)</sup> Disse butikkene selger lovlige, overveiende naturlige produkter, bl.a. hallusinogene sopper.

<sup>(128)</sup> EONN-data fra Den europeiske spørreskjemamodellen. Elleve medlemsland oppgir data om hallusinogene sopper (Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Frankrike, Irland, Litauen, Ungarn, Nederland, Polen, Finland, Storbritannia).

velger bare å eksperimentere med denne typen stoffer og sjelden utvikler regelmessige bruksmønstre.

Det er sjelden det kommer rapporter om akutte eller kroniske helseproblemer som krever medisinske tiltak som følge av bruken av hallusinogene sopper. Enkelte land har imidlertid endret lovgivningen for å demme opp for bruken av slike hallusinogene stoffer blant unge mennesker. Selv om virkestoffene i sopp, psilocybin og psilocin, allerede kontrolleres internasjonalt av FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer, har det inntil nylig vært opp til påtalemyndigheten å avgjøre om og når disse stoffene er forbudt når de finnes i en sopp – dette for å unngå å straffe eiere av grunn hvor slik sopp vokser naturlig. I de siste fem årene har seks land (Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Nederland og Storbritannia) skjerpet lovgivningen som gjelder sopp. Med disse endringene er forbudet utvidet til å gjelde hallusinogene sopper, selv om den rettslige kontrollen ikke alltid gjelder nøyaktig de samme sopper eller preparasjonsstadier.

I 2004 ble det rapportert om beslag av hallusinogene sopper i Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Estland, Hellas, Litauen, Ungarn, Nederland, Polen, Portugal, Slovenia, Slovakia, Sverige og Norge <sup>(129)</sup>. Antallet beslag og beslaglagte kvanta av hallusinogene sopper er generelt lavt, og det er ikke mulig å avlese noen klare trender av dataene.

## GHB og ketamin

Både gamma-hydroksybutyrat (GHB) og ketamin overvåkes som følge av EUs økende bekymringer i 2000 for misbruk av disse stoffene i rekreasjonssammenheng <sup>(130)</sup>. I mars 2001 satte FNs narkotikakontrollsystem GHB opp på listen over internasjonalt kontrollerte stoffer, og som et resultat av dette har alle EUs medlemsstater oppdatert sin lovgivning vedrørende dette stoffet. I mars 2006 anbefalte INBC WHO å framskynde sin vurdering av hvorvidt ketamin skulle være gjenstand for internasjonal kontroll (INBC, 2006a). På nasjonalt plan er ketamin regulert av narkotikalovgivningen i halvparten av EUs medlemsstater, og ikke av legemiddelovgivningen.

Begrensede prevalensdata for GHB og ketamin tilsier at bruken av disse stoffene har stabilisert seg på et lavt nivå i de fleste land. Studier av befolkningsgrupper der prevalensen er høy, antyder at selv blant faste rekreasjonsbrukere er disse stoffene mindre vanlige enn stoffer som amfetamin, ecstasy, LSD og hallusinogene sopper.

## Rådsbeslutning om nye psykoaktive stoffer

Rådsbeslutning 2005/387/JIS av 10. mai 2005 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer <sup>(1)</sup> oppretter en ordning for rask utveksling av informasjon om nye psykoaktive stoffer som kan utgjøre en folkehelse- og samfunnstrussel. På den måten kan EUs institusjoner og medlemsstater reagere både på nye narkotiske og nye psykotrope stoffer som dukker opp i det europeiske narkotikamiljøet. EONN og Europol har i tett samarbeid med sine nettverk – henholdsvis de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet (NFP) og Europols nasjonale enheter (ENU) – fått tildelt en sentral rolle i arbeidet med å oppdage og rapportere om nye psykoaktive stoffer. Beslutningen gir også rom for å vurdere risikoene forbundet med disse nye stoffene slik at tiltak som anvendes for å kontrollere narkotiske og psykotrope stoffer i medlemsstatene <sup>(2)</sup>, også kan tilpasses nye psykoaktive stoffer dersom det er hensiktsmessig. Beslutningen utvider omfanget og erstatter Fellestillaket av 1997 <sup>(3)</sup>, som utelukkende gjaldt nye syntetiske stoffer. Beslutningen opprettholder imidlertid tretrinnsmetoden i fellestillaket: informasjonsutveksling/tidlig varslings, risikovurdering og beslutningstaking.

<sup>(1)</sup> Rådsbeslutning 2005/387/JIS om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer ble kunngjort i Den Europeiske Unions Tidende 20. mai 2005 (L 127/32–37) og trådte i kraft 21. mai 2005. Beslutningen gjelder stoffer som for øyeblikket ikke er oppført i noen av tilleggene til FN-konvensjonene om narkotikakontroll av 1961 og 1971.

<sup>(2)</sup> I samsvar med bestemmelsene i FNs Alminnelige narkotikakonvensjon av 1961 og FN-konvensjonen om psykotrope stoffer av 1971.

<sup>(3)</sup> Fellestillak av 16. juni 1997 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye syntetiske stoffer (EFT L 167 av 25.6.1997).

Det rapporteres sjelden om dødsfall og ikke-fatale akutttilfeller i forbindelse med bruken av GHB og ketamin. Mangelen på nøyaktige og sammenlignbare systemer for registrering av dødsfall og ikke-fatale akutttilfeller i forbindelse med bruken av disse stoffene begrenser imidlertid tilgjengelige data på området. To land har rapportert om dødsfall knyttet til GHB, vanligvis i kombinasjon med andre stoffer. Den kommunale helsetjenesten i Amsterdam registrerte en økning i det årlige antallet ikke-fatale akutttilfeller forbundet med bruken av GHB fra 25 i 2000 til 98 i 2004, som er høyere enn antallet medisinske akutttilfeller forbundet med bruken av ecstasy, amfetamin, LSD eller hallusinogene sopper. I Sverige ble GHB (eller prekursorerne GBL og 1,4-BD) påvist i kroppsvæske ved 367 tilfeller i 2004 mot 24 tilfeller i 1997. Dødsfall forbundet med GHB har også blitt rapportert i Sverige, og mellom 1996 og 2004 ble stoffet påvist i 36 narkotikarelaterte dødsfall.

<sup>(129)</sup> Nasjonale Reitox-rapporter (Tyskland, Estland, Nederland, Norge) og spørreskjemaet som brukes av EONNs system for tidlig varslings (Den tsjekkiske republikk, Hellas, Ungarn, Polen, Portugal, Slovenia, Slovakia, Sverige).

<sup>(130)</sup> Fellestillakets risikovurderingsrapport, 2000.



Ni av disse inntraff i 2004. I England og Wales ble GHB nevnt i rettsmedisinske rapporter i forbindelse med tre dødsfall i 2003. I ett av tilfellene var GHB det eneste nevnte stoffet (ONS, 2006). Toksikologisk informasjon fra et regionsykehus i Storbritannia indikerer at GHB ble påvist i fem dødsfall i perioden mai–desember 2005 <sup>(131)</sup>.

Ettersom GHB er løselig i vann og alkohol og har en potensielt lammende effekt som ofte etterfølges av hukommelsestap, er man bekymret for at det brukes som voldtektsdop. Fordi en del tilfeller kanskje ikke rapporteres, rettsmedisinske beviser er utilstrekkelige og slike overgrep er vanskelige å bevise, finnes det ikke pålitelig dokumentasjon på hvor utbredt dette fenomenet er. Det er derfor behov for mer forskning for å avgjøre omfanget og karakteren av denne potensielt bekymringsverdige utviklingen.

## Tiltak mot nye stoffer

I 2005 ble fellestiltaket av 1997 erstattet av en ny rådsbeslutning (2005/387/JIS). Overgangen var smidig, uten at informasjonsutvekslingen ble avbrutt. Til sammen 14 nye psykoaktive stoffer ble offisielt innrapportert for første gang til EONN og Europol. Alle disse stoffene er psykotrope (syntetiske) stoffer, tilsvarende stoffene oppført i tillegg I og II til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer. De nye stoffene tilhører tre store kjemiske grupper – fenetylaminer, tryptaminer og piperaziner. Flere stoffer fra disse gruppene er tidligere rapportert til systemet for tidlig varsling (EWS), som for tiden også overvåker dem <sup>(132)</sup>.

Det mest betydningsfulle ved utviklingen i 2005 var påvisningen og den raske spredningen av det nye psykoaktive stoffet 1-(3-klorofenyl)piperazin (mCPP).

mCPP er en aryl-substituert piperazin, på samme måte som benzylpiperazin (BZP), et stoff som har vært under EWS' overvåking siden 1999. EONN og Europol fikk de første offisielle meldingene om funn av mCPP i februar–mars 2005. Meldingene gjaldt prøver funnet i Frankrike og Sverige. Innen utgangen av 2005 var tabletter som inneholdt mCPP beslaglagt av politi- og tollmyndigheter eller funnet i forbindelse med diverse rekreasjonsaktiviteter (utendørs dance-/musikkfestivaler, dance-klubber, osv.) i nesten alle medlemsstatene. De er omtrent alltid utformet slik at de ligner på, og kan markedsføres som, ecstasy. Stoffet kommer hovedsakelig i tablettform, og de subjektive virkningene av mCPP og MDMA er delvis sammenlignbare (Bossong et al., 2005). I tillegg finnes ofte mCPP i kombinasjon med MDMA. Siden det er lite sannsynlig at dette skyldes tilfeldig forurensning med MDMA, antas det derfor at mCPP aktivt blandes med MDMA for å styrke eller endre effekten av sistnevnte. Det kan synes som om det er lite spesifikk etterspørsel etter eller marked i EU for mCPP som sådan.

Stoffet er blitt langt hyppigere identifisert i medlemsstatene enn noe annet psykoaktivt stoff siden EWS i 1997 begynte å overvåke nye (syntetiske) stoffer. I løpet av et år har det blitt identifisert i 20 medlemsstater, i tillegg til Romania og Norge.

I tråd med rådsbeslutningen anbefaler EONN og Europol i en felles rapport at ingen formell risikovurdering skal finne sted, ettersom det er dokumentert at mCPP brukes i framstillingen av minst ett legemiddel. Derimot fant man at saken må holdes åpen i mangel av en grundig vitenskapelig risikovurdering, på tross av at det finnes lite bevis for at mCPP representerer noen signifikant folkehelse- eller sosial risiko.

### Narkotikabrukens utvikling i rekreasjonsmiljøer, i EONNs årsrapport for 2006: utvalgte aspekter

Blandt ungdommer er det ofte en sammenheng mellom narkotikabruk og rekreasjonsaktiviteter. Studier gjennomført blant ungdom som deltar på musikk- og dance-tilstelninger rapporterer gjennomgående om langt høyere prevalensestimater for narkotikabruk enn i befolkningen generelt, og det rapporteres ofte om spesielt høye nivåer av bruk av sentralstimulerende stoffer. Kan forskjellene mellom landene forklares med: hvilke kommersielle utelivsmiljøer som finnes, musikkultur, hvilke stoffer som er tilgjengelig så vel som disponibel inntekt? Dette er spørsmål som utredes i dette utvalgte aspektet.

Nye utviklinger i markedsføringen av rekreasjonsrusmidler via internett og i selve rekreasjonsbruken fører med seg nye utfordringer for narkotikapolitikken, det forebyggende arbeidet og for risikoreduserende tiltak. Disse utfordringene drøftes i dette utvalgte aspektet, som også går grundig gjennom de nyskapende narkotikaforebyggende og risikoreduserende tiltakene som er innført i EU i løpet av det siste tiåret som svar på det komplekse problemet som samspillet mellom rekreasjonsaktiviteter og narkotikabruk blant ungdom utgjør.

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave ("Developments in drug use within recreational settings", in *EMCDDA annual report 2006: selected issues*) og på internett (bare på engelsk) (<http://issues06.emcdda.europa.eu>).

<sup>(131)</sup> Informasjon fra EWS. Det relativt høye antallet dødsfall relatert til GHB i denne regionen gjenspeiler sannsynligvis en forskningsinteresse for GHB på sykehuslaboratoriet.

<sup>(132)</sup> Av de ni nye syntetiske stoffene som ble risikovurdert mellom 1997 og 2004 innenfor rammen av Fellestiltaket, var seks stoffer, som senere ble kontrollert på EU-nivå, fenetylaminer.



## Kapittel 5

### Kokain og crack

#### Tilbud og tilgjengelighet – kokain <sup>(133)</sup>

##### Produksjon og handel

Kokain er, etter cannabisplanter og cannabisharpiks, det narkotiske stoffet det handles mest med i verden. Ut fra beslaglagte mengder – 578 tonn på verdensbasis i 2004 – finner handelen hovedsakelig sted i Sør-Amerika (44 %) og Nord-Amerika (34 %), etterfulgt av Vest- og Sentral-Europa (15 %) (CND, 2006).

Colombia er den klart største kilden til illegal koka i verden, etterfulgt av Peru og Bolivia. Den globale produksjonen av kokain i 2004 anslås å ha økt til 687 tonn, hvorav 56 % kom fra Colombia, 28 % fra Peru og 16 % fra Bolivia (UNODOC, 2005). Mesteparten av alt kokain som beslaglegges i Europa, kommer direkte fra Sør-Amerika (hovedsakelig Colombia) eller via Sentral-Amerika og Karibia. I 2004 ble Surinam, Brasil, Argentina, Venezuela, Ecuador, Curaçao, Jamaica, Mexico, Guyana og Panama rapportert som transitland for kokain importert til EU (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a; Europol, 2006). Noe passerte også gjennom Afrika, i økende grad gjennom Vest-Afrika og land i Guineabukta (framfor alt Nigeria), men også Øst-Afrika (Kenya) og Nordvest-Afrika via øyene utenfor kysten av Mauritania og Senegal (CND, 2006; INCB, 2006a). De viktigste innførselsstedene til EU er fremdeles Spania, Nederland og Portugal, i tillegg til Belgia, Frankrike og Storbritannia (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; CND, 2006; Europol, 2006). Selv om Spania og Nederland fortsatt spiller en viktig rolle i distribusjonen

av kokain inn til EU, kan de økte kontrollene langs Spanias nordkyst (Galicia) samt en politikk med 100 % kontroll av flygingene fra visse land <sup>(134)</sup> til Amsterdams lufthavn Schiphol, ha påvirket utviklingen av alternative ruter. I økt grad skjer distribusjonen nå via f.eks. Afrika, men også via Øst- og Sentral-Europa, med videre distribusjon derfra til Vest-Europa (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; WCO, 2005; INCB, 2006a).

##### Beslag

I 2004 ble det gjort anslagsvis 60 000 beslag av til sammen 74 tonn kokain i EU. De fleste kokainbeslagene rapporteres i vesteuropeiske land, spesielt Spania, som står for omtrent halvparten av beslagene og mengdene funnet i EU de siste fem årene <sup>(135)</sup>. Mellom 1999 og 2004 økte antallet kokainbeslag <sup>(136)</sup> i EU. Mengdene <sup>(137)</sup> som ble beslaglagt varierte, men viste en oppadgående trend. Basert på opplysninger fra de rapporterende landene synes mengdene likevel å ha gått ned i 2004 – i hvert fall i forhold til de eksepsjonelle mengdene som ble tatt i Spania året før.

##### Priser og renhet

I 2004 var det store variasjoner i gjennomsnittsprisen på kokain i EU, fra 41 euro pr. gram i Belgia til over 100 euro pr. gram på Kypros, i Romania og i Norge <sup>(138)</sup>. Gjennomsnittsprisen på kokain, korrigert for inflasjon <sup>(139)</sup>, viste en generell nedadgående trend mellom 1999 og 2004 i alle landene <sup>(140)</sup> bortsett fra Luxembourg, hvor prisen gikk ned fram til 2002

<sup>(133)</sup> Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 37.

<sup>(134)</sup> Alle flyginger fra De nederlandske antillene, Aruba, Surinam, Peru, Venezuela og Ecuador blir 100 % kontrollert. I 2004 ble 3 466 narkotikakurerer arrestert etter slike kontroller og 620 etter vanlige kontroller (Nederlands nasjonale rapport).

<sup>(135)</sup> Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2004 så snart disse foreligger. Data om både antall kokainbeslag og mengden kokain beslaglagt i 2004 var ikke tilgjengelig for Irland og Storbritannia, og data om antallet kokainbeslag var ikke tilgjengelig for Nederland i 2004. Anslag er derfor beregnet med utgangspunkt i data fra 2003. Data om beslagmengder i Nederland i 2004 var kun anslag og kunne derfor ikke tas med i trendanalysen for 2004.

<sup>(136)</sup> Se tabell SZR-9 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(137)</sup> Se tabell SZR-10 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(138)</sup> Se tabell PPP-3 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(139)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(140)</sup> I perioden 1999–2000 var data om kokainpriser tilgjengelig for minst tre år på rad for Belgia, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Kypros, Latvia, Litauen, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenia, Sverige, Storbritannia, Bulgaria, Tyrkia og Norge.

for deretter å stige, og Norge, hvor prisen gikk sterkt opp i 2001 for deretter å stabilisere seg.

Sammenlignet med heroin er den gjennomsnittlige renheten på kokain høy. I 2004 varierte den fra 24 % i Danmark til 80 % i Polen – de fleste landene rapporterte om en renhet i området 40–65 % <sup>(141)</sup>. Data fra 1999–2004 viser en generell nedgang i den gjennomsnittlige renheten på kokain i de fleste landene <sup>(142)</sup>, selv om den økte i Estland (siden 2003), Frankrike og Litauen, og holdt seg stabilt i Luxembourg og Østerrike.

### Internasjonale tiltak mot produksjon av og handel med kokain

Europol's Project COLA retter seg mot latinamerikanske og andre kriminelle grupper som er aktive mot og innen EU, og som primært er involvert i kokainhandel. I særdeleshet tilbyr prosjektet operasjonell støtte til pågående etterforskning i deltakende medlemsstater og styrker den strategiske etterretningen. Det suppleres av Europol's system for kokainlogoer, som i en årlig oppdatert katalog sammenstiller informasjon om modus operandi og fotografisk og annen informasjon om kokainbeslag og logoer/merker og innpakning. Målet er å identifisere treff mellom beslag samt fremme internasjonalt politisamarbeid og informasjonsutveksling (Europol, 2006).

Operation Purple, som har pågått siden 1999, skal forebygge illegal omsetning av kaliumpermanganat <sup>(143)</sup> til bruk i ulovlig framstilling av kokain, spesielt i Nord- og Sør-Amerika. Lovlig handel med kaliumpermanganat er utbredt, for siden 1999 har 30 eksportland/territorier kommet til INCB med 4 380 forhåndsmeldinger om eksport. Til sammen involverte disse over 136 560 tonn kaliumpermanganat. Siden 1999 har 233 forsendelser som omfattet over 14 316 tonn av stoffet blitt stoppet eller beslaglagt på grunn av tvil om ordrene eller mottakerne, og illegal spredning til illegal virksomhet ble påvist. I 2004 ble 1,4 tonn kaliumpermanganat beslaglagt i Europa, hovedsakelig i Den russiske føderasjon, etterfulgt av Romania og Ukraina <sup>(144)</sup> (INCB, 2006b).

Smuglerne synes å ha funnet metoder for å unngå kontroll- og overvåkningsmekanismene innenfor Operation Purple. Selv om ulovlig framstilling av kokain ikke assosieres med Asia, er det økt bekymring for

at smuglerne kan vende blikket mot denne regionen med sikte på å lede kaliumpermanganat bort fra lovlig virksomhet. Det er også bekymring for at smuglere kan overføre kaliumpermanganat til Andes-regionen via Karibia. INCB har hatt en viss suksess når det gjelder å identifisere mistenkelige transaksjoner og stoppe forsendelser, men likevel har INCB (2006b) oppfordret regjeringene til å utarbeide operasjonelle prosedyrer for tilbakesporing av informasjon fra beslag i kokainlaboratorier, for å spore kjemikaliene tilbake til kilden, identifisere transitland og undersøke handelsvirksomheter, slik at det blir vanskeligere for smuglerne å flytte aktivitetene sine et annet sted.

### Prevalens og bruksmønstre for kokain

Ut fra nye nasjonale befolkningsundersøkelser kan det anslås at om lag 10 millioner europeere <sup>(145)</sup> har prøvd kokain minst én gang (livstidsprevalens), eller drøye 3 % av alle voksne <sup>(146)</sup>. Nasjonale tall for rapportert bruk varierer mellom 0,5 % og 6 %, med Italia (4,6 %), Spania (5,9 %) og Storbritannia (6,1 %) i det øvre sjiktet. Det anslås at ca. 3,5 millioner voksne har brukt kokain det siste året, noe som utgjør 1 % av alle voksne. Nasjonale tall i ligger i de fleste land mellom 0,3 % og 1 %, men prevalensen er høyere i Spania (2,7 %) og Storbritannia (2 %).

Som for andre illegale rusmidler er kokainbruk konsentrert blant unge voksne. Livstidserfaringen er høyest blant unge voksne i alderen 15–34, selv om bruk siste år er litt høyere i aldersgruppen 15–24. Kokain synes hovedsakelig å være et stoff som brukes av mennesker i tyveårene, men sammenlignet med cannabis er kokain mindre brukt av yngre mennesker. Livstidserfaring blant 15–34-åringene varierer mellom 1 % og 10 %, og er nok en gang høyest i Spania (8,9 %) og Storbritannia (10,5 %). Bruk siste år ligger mellom 0,2 % og 4,8 %. Tallene fra Danmark, Irland, Italia og Nederland ligger rundt 2 %, og for Spania og Storbritannia på over 4 % (figur 6). Data fra skoleundersøkelser viser svært lav livstidsprevalens for bruk av kokain, fra 0 % på Kypros, i Finland og i Sverige, til 6 % i Spania. Livstidsprevalensen for crack var enda lavere, fra 0 % til 3 % (Hibell et al., 2004).

Kokainbruken er høyere blant unge menn. For eksempel viser undersøkelser fra Danmark, Tyskland, Spania, Italia, Nederland, Storbritannia og Norge

<sup>(141)</sup> Se tabell PPP-7 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(142)</sup> I perioden 1999–2000 var data om kokainrenhet tilgjengelig for minst tre år på rad for Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Estland, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Latvia, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Nederland, Østerrike, Portugal, Slovakia, Storbritannia og Norge.

<sup>(143)</sup> Prekursoren som brukes i framstillingen av kokain, oppført i Tabell 1 i konvensjonen av 1988.

<sup>(144)</sup> Dataene inneholder ikke informasjon om beslaglagte mengder.

<sup>(145)</sup> Basert på et vektet gjennomsnitt av nasjonale tall. Ytterligere opplysninger i fotnote (48).

<sup>(146)</sup> For detaljerte tall for hvert land, se tabellen i "Generell befolkningsundersøkelse om narkotikabruk" i Statistiske opplysninger 2006.

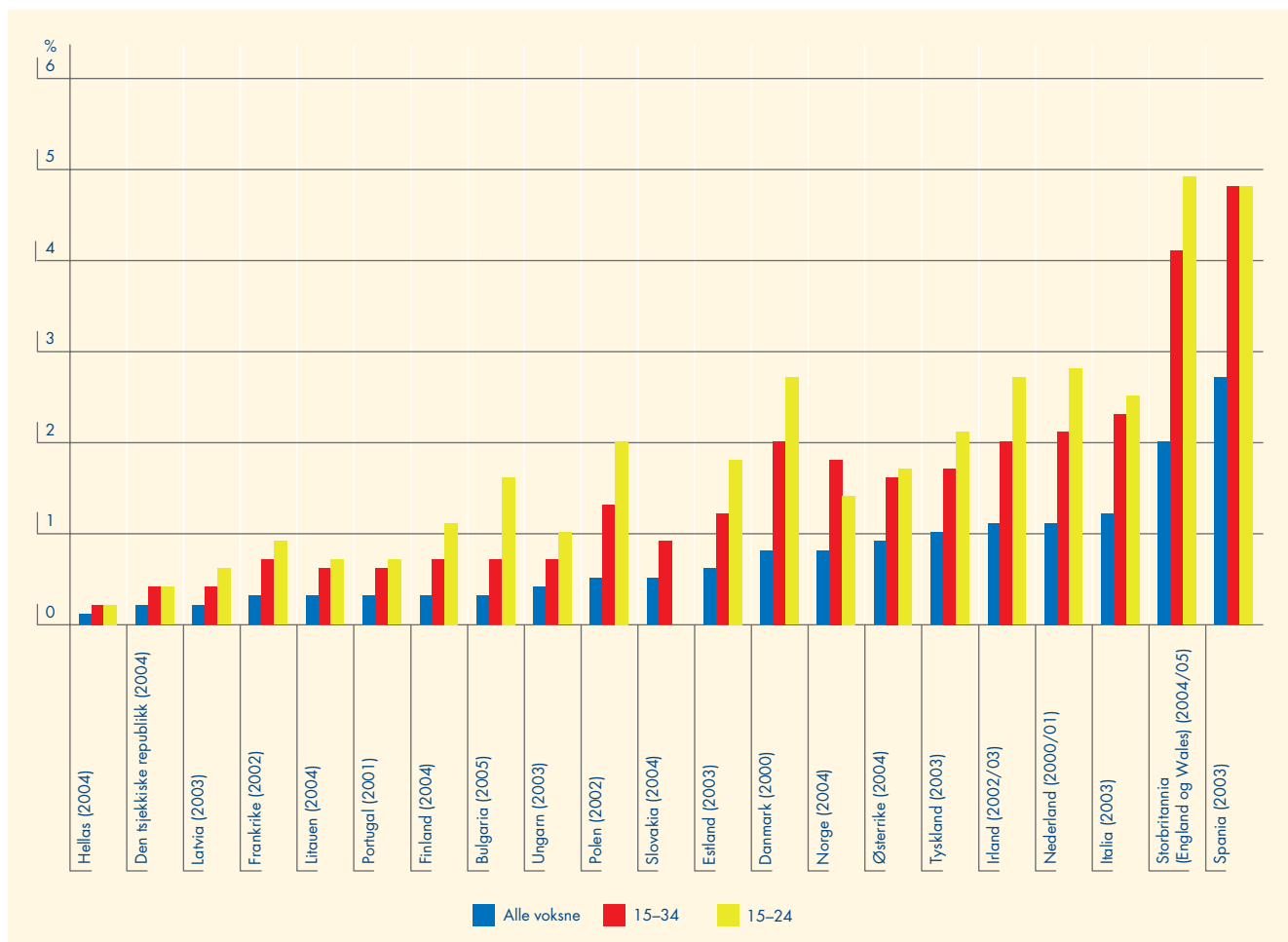
at menn i alderen 15–34 år hadde en livstidserfaring på mellom 5 % og 14 %. Bruk siste år var lavere, men fire land rapporterte tall over 3 %. Spania og Storbritannia rapporterte tall i størrelsesorden 6–7 % <sup>(147)</sup>, noe som tilsier at 1 av 15 unge menn i disse landene har brukt kokain i den senere tid. Denne andelen vil være betydelig høyere i urbane strøk.

I befolkningen generelt synes kokainbruk å være sporadisk og helst forekomme i helgen eller i rekreasjonsmiljøer (barer og diskoteker), hvor bruken kan nå høye nivåer. Forskningsstudier blant unge mennesker i dance-/ musikkmiljøer i forskjellige land viser prevalensestimater for kokainbruk som er mye høyere enn i befolkningen generelt. Livstidsprevalensen ligger her på mellom 10 % og 75 % (se utvalgt aspekt om narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer). For eksempel rapporterte British Crime Survey 2004/05 et prevalensestimater for bruken

av A-preparater blant unge mennesker på diskotek eller nattklubb som var minst dobbelt så høyt som for unge som ikke gikk på slike steder (Chivite-Matthews et al., 2005) (se også utvalgt aspekt om narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer). I gjennomsnitt har en tredel av alle europeiske voksne som noen gang har brukt kokain, brukt det i løpet av de siste 12 månedene. Til sammenligning har bare 13 % brukt kokain siste 30 dager. For eksempel rapporterte 2–4 % av menn i alderen 15–24 i Spania, Italia, Storbritannia og Bulgaria <sup>(148)</sup> om kokainbruk siste 30 dager. Det kan grovt anslås at om lag 1,5 millioner voksne i alderen 15–64 er aktuelle brukere av kokain (80 % av disse er mellom 15 og 34 år). Dette må betraktes som et minimumsestimater, da underreportering sannsynligvis forekommer.

Bruksmønstrene for kokain varierer svært meget mellom forskjellige brukergrupper. En europeisk

**Figur 6:** Siste års prevalens av kokainbruk blant alle voksne (15–64 år) og unge voksne (15–34 og 15–24 år)



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-8, GPS-11 og GPS-18 i Statistiske opplysninger 2006 for ytterligere informasjon.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

<sup>(147)</sup> Se figur GPS-9 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(148)</sup> Undersøkelse fra 2001. I undersøkelsen fra 2003 er 10-årige aldersgrupper ikke inndelt etter kjønn.

studie gjennomført i flere byer fant at sosialt integrerte kokainbrukere hovedsakelig sniffet (95 %) stoffet, mens bare en liten del hadde røykt eller injisert det. Kombinert bruk med cannabis og alkohol var svært vanlig (Prinzleve et al., 2004). Blant brukere i avhengighetsbehandling eller i sosialt marginaliserte grupper var injisering vanlig, og bruk av crack var vanlig i Hamburg, London og Paris, i mindre grad i Barcelona og Dublin. Bruken av crack i den europeiske befolkningen generelt synes å være lav. For eksempel ble det rapportert om en livstidsprevalens for bruk av crack på 0,5 % i Spania (2003) og 0,8 % i Storbritannia (Chivite-Matthews et al., 2005). I tre land ble livstidsprevalensen for crack undersøkt i club-miljøer, hvor den til og med var lavere enn for heroin (Den tsjekkiske republikk 2 %, Storbritannia 13 % og Frankrike 21 %). Bruken av crack i marginaliserte grupper eller blant opioidbrukere i enkelte byer er derimot bekymringsverdig. Prevalensestimater for livstidsbruken av crack i en gruppe på 94 gateprostituerte i Amsterdam var f.eks. oppe i hele 91 % (Korf, 2005, sitert i Nederlands nasjonale rapport).

I henhold til den nasjonale undersøkelsen om narkotikabruk og helse i USA i 2004, rapporterte til sammenligning 14,2 % av alle voksne i USA (12 år eller eldre) om livstidserfaring med kokain, mens det europeiske gjennomsnittet er på 3 %. Bruk siste år var på 2,4 %, mot et europeisk gjennomsnitt på 1 %, selv om noen EU-land, f.eks. Spania (2,7 %) og Storbritannia (2 %), rapporterte om tall på samme nivå som USA (<sup>149</sup>). Det at USA har relative høyere livstidstall, kan delvis skyldes en tidligere spredning av kokainbruk.

Blant unge voksne (16–34) var tallene for USA 14,6 % (livstid), 5,1 % (siste år) og 1,7 % (siste måned), mens gjennomsnittet i EU for aldersgruppen 15–34 var henholdsvis ca. 5 % (livstid), 2 % (siste år) og 1 % (siste måned).

### Trender for kokainbruk

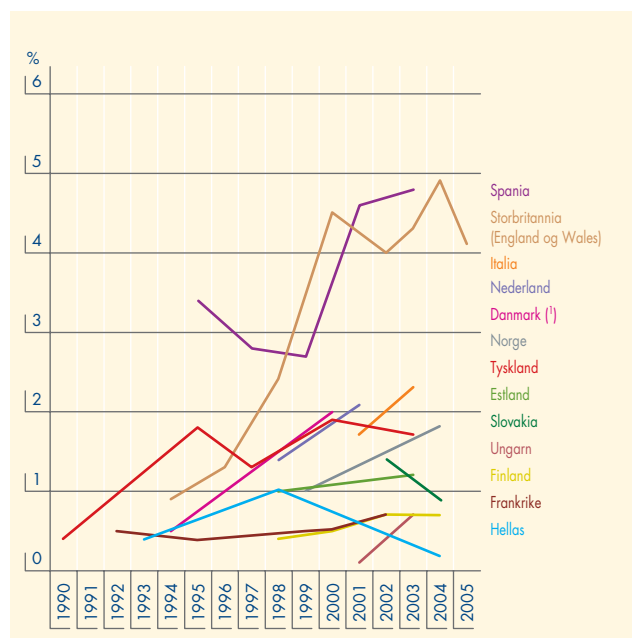
Basert på data fra flere kilder (f.eks. markedsindikatorer, behandlingssøknader, dødsfall) har det i flere år kommet advarsler om muligheten for at kokainbruken øker i Europa. Selv om den tilgjengelige informasjonen om kokaintrender i befolkningen blir stadig bedre etter hvert som flere land utfører gjentatte undersøkelser, er dataene fortsatt begrenset. Når det gjelder kokain vanskeliggjøres situasjonen av lave prevalensnivåer og sannsynlig underrapportering.

Nyere kokainbruk (siste år) økte merkbart i siste halvdel av 1990-tallet blant unge voksne i Storbritannia, fram til 2000. I Spania økte bruken fram til 2001, mens den i de siste årene synes å ha stabilisert seg. I Tyskland ble det observert en moderat økning i løpet av 1990-årene, men tallene har de siste årene holdt seg stabilt på et lavere nivå enn i Spania og Storbritannia (figur 7).

En moderat økning i bruk siste år er observert i Danmark (fram til 2000), Italia, Ungarn, Nederland (fram til 2001) og Norge. Ettersom informasjonen er basert på bare to undersøkelser i hvert land, må denne trenden tolkes med forsiktighet.

Når det gjelder kokain og andre stoffer (f.eks. ecstasy, amfetamin, hallusinogene sopper), er det lettere å identifisere trender ved å fokusere analysen på grupper med konsentrert narkotikabruk, spesielt unge mennesker i urbane områder. Disse befolkningsgruppene undersøkes grundigere i et utvalgt aspekt om narkotikabruk i rekreasjonsmiljøer. I tillegg burde undersøkelsesinformasjonen suppleres med fokuserte studier blant unge mennesker i utvalgte grupper (utelivsmiljøer).

**Figur 7:** Trender i siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (15–34 år)



(\*) I Danmark representerer verdien for 1994 "tunge stoffer".  
 NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land på rapporteringstidspunktet. Se tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2006 for ytterligere informasjon.  
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

<sup>(149)</sup> Kilde: SAMHSA, Office of Applied Studies, 2004 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nsduh.htm#nsduhinfo>). Merk at aldersspredningen i gruppen "alle voksne" i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen i europeiske undersøkelser (15–64 år). Tallene for aldersgruppen 16–34 i USA er omregnet av EONN.

## Behandlingsbehov i tall <sup>(150)</sup>

Etter opioider og cannabis er kokain det stoffet som oftest rapporteres som årsak til å påbegynne behandling, idet det representerte ca. 8 % av alle behandlingssøknadene i EU i 2004 <sup>(151)</sup>. Det bør nevnes at Spania, et land som vanligvis rapporterer om stor etterspørsel etter behandling for kokainbruk, ikke har lagt fram data ennå. Bak dette tallet ligger store variasjoner mellom landene, for de fleste land har lav etterspørsel etter behandling for kokainbruk, men Nederland (37 %) og historisk sett Spania (26 % i 2002) har en høyere andel klienter som søker behandling for kokainbruk. I det nyeste datamaterialet rapporterer en gruppe land at mellom 5 % og 10 % av alle klienter i behandling er kokainbrukere (Danmark, Tyskland, Frankrike, Irland, Italia, Kypros, Malta, Storbritannia og Tyrkia), mens denne andelen er lav i de øvrige landene <sup>(152)</sup>. I flere land er det forholdsvis flere nye klienter som primært søker behandling for kokainbruk, enn blant alle klienter <sup>(153)</sup>. Samlet er rundt 12 % av alle nye behandlingssøknader kokainrelaterte. Kokain rapporteres også som sekundærrusmiddel av rundt 12 % av nye klienter <sup>(154)</sup>.

Den økende trenden av klienter som søker behandling for kokainbruk, ser ut til å fortsette. En analyse som interpolerer for urapporterte data indikerer at andelen nye klienter som søker behandling for kokainbruk, steg fra 10 % til 20 % i løpet av perioden 1999–2004 (basert på 17 EU-land samt Bulgaria og Romania) <sup>(155)</sup>.

De aller fleste søknadene om behandling for kokainbruk i Europa gjelder ikke crack: rundt 80 % av nye polikliniske kokainklienter bruker kokainhydroklorid (kokainpulver), mens under 20 % bruker crack. Brukere av crack kan imidlertid representere spesielle utfordringer for behandlingstjenestene, da de har en mer marginalisert sosial profil enn brukere av kokainpulver. En europeisk studie av kokainbruk (pulver og crack) fant en forbindelse mellom bruken av crack og sosiale og psykiske helseproblemer, men studien rapporterte også at bruken av crack ikke alene kan forklare sosiale problemer eller psykiske helseproblemer (Haasen et al., 2005). En fersk studie av 585 kokain- og crackklienter i Skottland fant at crackbrukere oftere har en lengre tid med problembruk bak seg, og at de er mer

involvert i kriminelle aktiviteter (Neale og Robertson, 2004, sitert i Storbritannias nasjonale rapport).

Hvis man ser på profilen til kokainklienter i det polikliniske behandlingsapparatet, kan det synes som om nye klienter som bruker kokain som primærrusmiddel, oftere er eldre enn andre narkotikabrukere – 70 % er i alderen 20–34 og 13 % mellom 35 og 39 år <sup>(156)</sup>.

Kokain brukes ofte i kombinasjon med et annet legalt eller illegalt sekundært rusmiddel, ofte cannabis (31,6 %), opioider (28,6 %) eller alkohol (17,4 %) <sup>(157)</sup>. Lokale studier blant sprøytebrukere viser at det i enkelte områder er blitt populært å kombinere heroin og kokain i sprøytene (sprøytebrukerne kaller det gjerne selv "speedballing"). Kombinasjonen av opioider og kokain kommer nå mer til syne i behandlingsdataene. Blant klienter som rapporterer om opioider som primærrusmiddel, rapporterer 31 % i Italia, 42 % i Nederland og 44 % i Storbritannia om sekundær bruk av kokain. Blant primærbrukere av kokain rapporterer 28 % i Italia og 38 % i Storbritannia om sekundær bruk av opioider.

## Behandling av kokainavhengighet

Hensiktsmessigheten ved farmakologisk behandling av kokainavhengighet eller avhengighet av andre psykostimulerende stoffer er ennå ikke godt nok dokumentert. I en omfattende gjennomgang av bruken av farmakoterapi i behandlingen av brukere av psykostimulerende midler konkluderte imidlertid Shearer og Gowing (2004) at substitusjonsterapi, som brukes med suksess i behandlingen av opioid- og nikotinavhengighet, og som potensielt kan få brukere inn i behandlingsapparatet og holde dem der, ikke har vært tilstrekkelig utprøvd på brukere av sentralstimulerende midler. En litteraturgjennomgang av tiltakene mot og effektiviteten av behandlingen av kokainbruk, inkludert tiltak rettet mot psykiske helselidelser blant crackbrukere, ble nylig publisert av EONN <sup>(158)</sup>.

I noen land, blant andre USA og Storbritannia, satses det for tiden stort på å bygge opp immunterapi som et behandlingsalternativ. Behandlingen går ut på å utvikle antistoffer som fanger opp kokainen i blodet før den når sentralnervesystemet (se boks om immunterapi for kokainavhengige).

<sup>(150)</sup> Se fotnote (70).

<sup>(151)</sup> Se figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(152)</sup> Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2006. For data om Spania, se data fra 2002.

<sup>(153)</sup> Se tabell TDI-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(154)</sup> Se tabell TDI-23 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(155)</sup> Se figur TDI-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(156)</sup> Se tabell TDI-10 Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(157)</sup> Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(158)</sup> [www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400](http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=400)

### Immunterapi for kokainavhengige

I motsetning til heroinavhengighet, som kan behandles med agonister som metadon og antagonistene som naltrexon, er det i dag ingen medisinsk behandling for kokainavhengighet. Grunnen til dette synes å være måten kokain virker på nevrotransmitterne dopamin og serotonin i hjernen. Mens heroin fester seg til opioidreseptorene i hjernen, f.eks.  $\mu$ -reseptorene, og dermed etterligner virkningen av hjernens egne endorfiner, hindrer kokain reabsorpsjon av dopamin (og også serotonin) fra synapsen så snart stoffet virker. Dette fører til en opphopning av transmitteren, som bidrar til å forlenge og styrke kokainens virkning.

Det betyr ikke nødvendigvis at det er umulig å utvikle et medisinsk behandlingsopplegg for kokainavhengighet, bare at det kan være vanskeligere og innbefatte andre konsepter enn de som brukes i utviklingen av behandlingsmetoder for heroinavhengighet.

En spennende forskningsgren ser på bruken av immunterapi, dvs. utviklingen av en vaksine som effektivt kan "nøytralisere" kokainens virkning ved å hindre at stoffet når hjernen. Det grunnleggende konseptet har vært gjenstand for begrenset testing. En vaksine utviklet i Storbritannia ble testet på et lite antall kokainavhengige, 18 i alt, over en periode på 14 uker. Det viste seg at tre firedeler av den vaksinerte kohorten av kokainavhengige var i stand til å holde seg stoff-frie i en periode på 3 måneder uten uheldige bivirkninger. Etter 6 måneder oppga både de som fikk og de som ikke fikk tilbakefall, at følelsen av eufori ikke var like sterk som før vaksinasjonen. Som et resultat av disse funnene undersøkes vaksinen, kjent som stoff-proteinkonjugat TA-CD, nå i kliniske fase 2-studier. En annen immunterapeutisk tilnærming ser på utviklingen av monoklonale antistoffer mot kokain, men dette har bare vært testet preklinisk.

Den potensielle fordelene ved kokainvaksinen TA-CD stiller imidlertid visse etiske spørsmål: Hvem skal motta den, hvem skal ta avgjørelsen og på hvilke kriterier osv.

Kombinasjonen av spesifikke psykososiale behandlingstiltak anses for tiden å være det mest lovende behandlingstilbudet for brukere av kokain og andre psykostimulerende midler. "The community reinforcement approach" (CRA) i kombinasjon med tiltak mot tilbakefall, kan redusere kokainbruk på kort sikt (Higgins et al., 2003; Roozen et al., 2004).

CRA er en intensiv behandlingsmetode som involverer familie, venner og andre i klientens sosiale nettverk i behandlingen. Behandlingen innebærer opplæring i sosial kontakt, styrking av selvbylde og hjelp til å finne jobb og givende fritidsaktiviteter for å etablere en ny livsstil (Roozen et al., 2004). I kombinasjon med tiltak mot tilbakefall – en metode som tar sikte på å påvirke klientens

atferd ved å tilby meningsfulle oppmuntringer, f.eks. gaver, kuponger eller andre privilegier som belønning for kokainfrie urinprøver – har man oppnådd positive effekter med hensyn til narkotikabruk og psykososial fungering i behandlingsfasen og i oppfølgingen etterpå for kokainavhengige i poliklinisk behandling, selv om effekten på kokainbruk synes å begrense seg til behandlingsperioden (Higgins et al., 2003).

Nye tilnærminger til de svært vanskelige gruppene av kokain- og crackbrukende heroinbrukere fokuserer på skadereduksjon som primært behandlingsmål, og anvender atferdsterapi, spesielt tiltak mot tilbakefall, i kombinasjon med vedlikeholdsbehandling med metadon eller heroinassistert behandling (Schottenfeld et al., 2005; van den Brink, 2005; Poling et al., 2006).

### Skadereduksjon

I Europa har utviklingen av skadereduserende tiltak for kokainbrukere vært begrenset. Dette kan være i endring etter hvert som økt bevissthet om både utbredelsen av kokainbruk og problemene det medfører, stimulerer til interesse for utvikling av slike tiltak rettet mot kokainbrukernes behov. Vi vet ennå forholdsvis lite om verdien av forebyggende og skadereduserende tiltak for å redusere risikoene forbundet med kokainbruk, men en del områder har potensial for å utvikle denne typen tiltak. Det er mulig at kokainbrukere kan ha nytte av tiltak som bevisstgjør dem om at toksisiteten øker når kokain og alkohol brukes sammen, at kokainbruk potensielt er forbundet med hjerte- og karproblemer eller med atferd som gjør brukeren mer utsatt for HIV-smitte, eller for ulykker eller voldsforbrytelser. Ettersom bruken av kokain kan eskalere veldig raskt, kan det også være verdt å prøve ut korte intervensjoner hvor brukerne varsles om at de vil kunne begynne å oppleve negative konsekvenser av narkotikabruken.

På grunn av de alvorlige helsemessige og sosiale problemene som bruken av crack fører med seg, har vi et langt større erfaringsgrunnlag for tiltak for denne gruppen, selv om erfaringen er begrenset til de relativt få byene i Europa som har opplevd mer omfattende problemer med crack. I flere byer har crackbrukere vært målgruppen for felttiltak som prøver å etablere et forhold til det som ofte oppfattes som en vanskelig gruppe. Selv om evidensgrunnlaget samlet sett er relativt svakt, antyder noen studier at slike tiltak kan ha positive effekter. En studie av et innovativt behandlingstiltak i regi av utekontakten i Rotterdam (Henskens, 2004, sitert i Nederlands nasjonale rapport) identifiserte faktorer som var viktige for behandlingen



av denne klientgruppen, en gruppe det ofte kan være vanskelig å få med i konvensjonelle narkotik tiltak.

Tvangsmønstrene forbundet med crack- og kokainbruk kan ses i sammenheng med den økte helserisikoen mange utsetter seg for ved å ha ubeskyttet sex, og enkelte lavterskelprogrammer henvender seg spesielt til crackbrukende sexarbeidere for å fremme sikrere sex og narkotikabruk og dele ut kondomer og glidemiddel (se utvalgt aspekt om kjønn).

Enkelte byer i Europa har iverksatt et mer kontroversielt tiltak der sprøyterom, som vanligvis er ment for

sprøytebruk, nå også åpnes for bruk av crack. I flere nederlandske, tyske og sveitsiske byer har det blitt åpnet inhaleringsrom med tilsyn (EONN, 2004c). Selv om slike tjenester primært er ment å sikre hygien ved bruk av narkotika, er det bevis for at de også kan fungere som kanaler til andre omsorgstilbud. Tilsynstjenesten i Frankfurt, Tyskland, rapporterte f.eks. at de i løpet av en evalueringsperiode på 6 måneder i 2004 førte tilsyn med over 1 400 bruksepisoder, samtidig som de kunne dokumentere 332 kontaktsamtaler, 40 veiledningstimer og 99 henvisninger til andre narkotikatjenester.



## Kapittel 6

# Opioid- og sprøytebruk

### Tilbud og tilgjengelighet – heroin <sup>(159)</sup>

I Europa forekommer importert heroin i to former: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform), og den mindre vanlige og vanligvis dyrere hvite heroinen (i saltform), som typisk kommer fra Sørøst-Asia. I tillegg produseres noen opioider innen EU, men det er her for det meste snakk om en begrenset hjemmeproduksjon av valmueprodukter (f.eks. konsentrat av knuste stengler eller frøkapsler) i en del av de østlige EU-landene som Litauen, hvor markedet for valmuestengler og konsentrat synes å ha stabilisert seg, og Polen, hvor produksjonen av "polsk heroin" kan være på vei ned (CND, 2006).

### Produksjon og handel

Heroin som brukes i Europa produseres hovedsakelig i Afghanistan, som fortsatt er størst i verden på produksjon av illegal opium. I 2005 sto Afghanistan for 89 % av all produksjon av illegal opium i verden, etterfulgt av Myanmar (7 %). Den globale produksjonen av opium var relativt stabil mellom 1999 og 2004, bortsett fra i 2001, da Taliban-regimet nedla forbud mot dyrking av opiumsvalmuen, noe som resulterte i en kraftig, men kortvarig nedgang. Produksjonen i 2005 er anslått til 4 670 tonn, en nedgang på 4 % sammenlignet med 2004 (CND, 2006). Den potensielle globale produksjonen av heroin var i 2005 på anslagsvis 472 tonn (495 i 2004) (UNODC, 2006).

Heroin føres inn i Europa langs to hovedruter. Den historisk viktige Balkan-ruten spiller fortsatt en avgjørende rolle i heroinsmuglingen. Etter sin vei gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia deler ruten seg i en særlig vei gjennom Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia (FYROM), Albania, Italia, Serbia, Montenegro og Bosnia-Hercegovina, og en nordlig vei gjennom Bulgaria, Romania, Ungarn, Østerrike, Tyskland og Nederland. Nederland fungerer for øvrig som et viktig distribusjonssenter til andre vesteuropeiske land. Ut

fra heroinbeslagene i 2004 synes det som den sørlige ruten nå er blitt like viktig som den nordlige, i hvert fall regnet i volum (WCO, 2005; INCB, 2006a). Siden midten av 1990-tallet har mer og mer av heroinen (men mindre enn langs Balkan-ruten) som smugles til Europa gått over Silkeveien i Sentral-Asia (spesielt Turkmenistan, Tadsjikistan, Kirgisistan og Usbekistan) via Kaspiahavet og Den russiske føderasjon, Hviterussland eller Ukraina, til Estland, Latvia, deler av Norden og Tyskland (nasjonale Reitox-rapporter, 2005; CND, 2006; INCB, 2006a). Selv om dette er de viktigste smuglerrutene, har også land på Den arabiske halvøy (Oman, De forente arabiske emirater) blitt transittsteder for heroinforsendelser fra Sør- og Sørvest-Asia på vei til Europa (INCB, 2006a). I tillegg ble heroin på vei til Europa (og Nord-Amerika) i 2004 beslaglagt i Øst- og Vest-Afrika, Karibia og Sentral- og Sør-Amerika (CND, 2006).

### Beslag

I 2004 ble det på verdensbasis beslaglagt 210 tonn opium (tilsvarende 21 tonn heroin), 39,3 tonn morfin og 59,2 tonn heroin. Asia (50 %) og Europa (40 %) står fortsatt for de største heroinbeslagene på verdensbasis. Europas andel øker, mest som følge av økte beslag i Sørøst-Europa (Tyrkia), som for første gang gjorde større beslag enn Vest- og Sentral-Europa (CND, 2006).

I 2004 førte anslagsvis 46 000 beslag til at 19 tonn heroin ble funnet i de rapporterende landene. Storbritannia står fortsatt for det største antallet beslag, etterfulgt av Tyskland og Italia, mens Tyrkia beslagla de største mengdene (etterfulgt av Italia og Storbritannia), som sto for nesten halvparten av den totale beslagsmengden i 2004 <sup>(160)</sup>. I perioden 1999–2004 varierte heroinbeslagene. Ut fra foreliggende data ser det ut til at nedgangen i 2002–03 ble etterfulgt av en økning i 2004 <sup>(161)</sup>. Beslaglagte mengder økte jevnt i femårsperioden 1999–2004. Rekordene ble satt i 2004, da Tyrkia beslagla nesten dobbelt så mye som året før <sup>(162)</sup>.

<sup>(159)</sup> Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 37.

<sup>(160)</sup> Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2004 så snart disse foreligger. Data om både antall heroinbeslag og mengden heroin beslaglagt i 2004 var ikke tilgjengelig for Irland og Storbritannia. Data om antall heroinbeslag var ikke tilgjengelig for Nederland for 2004. Anslag er derfor beregnet med utgangspunkt i data fra 2003. Data om beslaglagte kvanta i 2004 fra Nederland var kun anslag og kunne ikke inkluderes i trendanalysen for 2004.

<sup>(161)</sup> Se tabell SZR-7 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(162)</sup> Se tabell SZR-8 i Statistiske opplysninger 2006.

## Priser og renhet

In 2003 varierte gjennomsnittsprisen på brun heroin i Europa fra 12 euro grammet i Tyrkia til 141 euro grammet i Sverige, mens prisen på hvit heroin varierte fra 31 euro grammet i Belgia til 202 euro grammet i Sverige. Prisen på heroin av ubestemt type varierte fra 35 euro grammet i Slovenia til 82 euro grammet i Storbritannia <sup>(163)</sup>. Data fra 1999–2004 viser en nedgang i gjennomsnittsprisen på heroin, korrigert for inflasjon <sup>(164)</sup>, i de fleste rapporterende landene <sup>(165)</sup>.

Gjennomsnittsrenheten for brun heroin på brukernivå varierte i 2004 fra 10 % i Bulgaria til 48 % i Tyrkia, mens renheten for hvit heroin varierte mellom 20 % i Tyskland til 63 % i Danmark. For heroin av ubestemt type varierte renheten fra 16 % i Ungarn til 42–50 % <sup>(166)</sup> i Nederland <sup>(167)</sup>. Siden 1999 har gjennomsnittsrenheten på heroinprodukter variert i de fleste landene vi har mottatt rapporter fra <sup>(168)</sup>, noe som gjør det vanskelig å identifisere noen generell trend.

## Internasjonale tiltak mot produksjon av og handel med heroin

Eddiksyre <sup>(169)</sup> er en viktig prekursor i den illegale produksjonen av heroin. Operation Topaz er et internasjonalt tiltak for overvåking av lovlig handel med eddiksyre som undersøker metoder og ruter for ulovlig omsetning (INCB, 2006b). Den lovlige handelen med eddiksyre er omfattende, noe som gjør den vanskelig å kontrollere. For eksempel har 22 eksportland/territorier siden 2001 levert 7 684 forhåndsmeldinger til INCB om eksport. 1 350 000 tonn eddiksyre var involvert. Beslagene i Tyrkia (1 600 liter i 2004) har gått betydelig ned de siste årene, noe som kanskje er en indikasjon på at smuglerne har funnet nye ruter og metoder for ulovlig omsetning. I 2004 ble det for første gang gjort beslag i Europa (Bulgaria) av eddiksyre fra Sørvest-Asia (INCB, 2006b).

Selv om de delene av Operation Topaz som gjelder overvåking av internasjonal handel har vist seg å ha suksess, har det vært liten framgang når det gjelder

identifisering og nedbygging av smuglerrutene for eddiksyre i Afghanistan og nabolandene (INCB, 2006b).

Europols Project Mustard retter seg mot tyrkiske kriminelle grupper som driver mot og innen EU, og som er involvert i narkotikahandel, da særlig med heroin, samt grupper som samarbeider med dem. Prosjektet tilbyr operasjonell støtte til pågående etterforskning og styrker bildet av den strategiske etterforskningen ved å gi innsikt i Tyrkias organiserte kriminalitet (Europol, 2006).

## Prevalensestimater av problembruk av opioider

Dataene i denne delen er utledet fra EONNs indikator for problembruk av narkotika (PDU), som dekker "injeksjonsbruk eller langtids/jevnlign bruk av heroin, kokain og/eller amfetamin". Historisk sett har anslag over problembruk hovedsakelig gjenspeilt heroinbruk, men som nevnt i denne rapporten, er amfetaminbruken en viktig komponent i enkelte land.

I tolkingen av estimatene over problembruk av opioider må det tas hensyn til at bruksmønstrene blir mer og mer varierte. For eksempel har de fleste land fått større problemer i forbindelse med blandingsbruk av rusmidler, mens en del land hvor opioidproblemene historisk har vært dominerende, nå rapporterer om en dreining mot andre narkotiske stoffer. De fleste heroinbrukere antas nå å bruke sentralstimulerende midler og andre stoffer i tillegg til opioider, men det er vanskelig å få tak i pålitelig informasjon om blandingsbruk av rusmidler på EU-nivå (se kapittel 8).

Til tross for den generelle utviklingen mot diversifisering, er estimatene over problembruk av narkotika i mange land kun basert på problembruk av heroin eller andre opioider som primærusmiddel. Dette gjenspeiler seg i anslagene over problembruk av opioider (se figur 8), som i stor grad sammenfaller med tallene for problembruk av narkotika <sup>(170)</sup>. Det er uklart om problembruk av ikke-opioider i de andre landene er nærmest ikke-eksisterende eller om den er signifikant, men for vanskelig å anslå.

<sup>(163)</sup> Se tabell PPP-2 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(164)</sup> 1999 er basisår for pengeverdien i alle land.

<sup>(165)</sup> I perioden 1999–2004 var prisdata tilgjengelig for minst tre år på rad; for brun heroin fra Belgia, Den tsjekkiske republikk, Spania, Frankrike, Irland, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenia, Sverige, Storbritannia, Bulgaria, Romania, Tyrkia og Norge, for hvit heroin fra Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Frankrike, Latvia og Sverige og for heroin av udefinert type fra Litauen og Storbritannia.

<sup>(166)</sup> Disse to tallene viser til data fra to forskjellige overvåkingssystemer (se tabell PPP-6 (del iii) i Statistiske opplysninger 2006).

Vær oppmerksom på at tallet 50 % bare er basert på én prøve.

<sup>(167)</sup> Se tabell PPP-6 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(168)</sup> I perioden 1999–2004 var data om renhet tilgjengelig for minst tre år på rad, for brun heroin fra Den tsjekkiske republikk, Danmark, Spania, Irland, Italia, Luxembourg, Østerrike, Portugal, Slovakia, Storbritannia, Tyrkia og Norge, for hvit heroin fra Danmark, Tyskland, Estland, Finland og Norge, og for heroin av ubestemt type fra Belgia, Litauen, Ungarn og Nederland.

<sup>(169)</sup> Oppført i Tabell 1 i konvensjonen av 1988.

<sup>(170)</sup> Se figur PDU-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

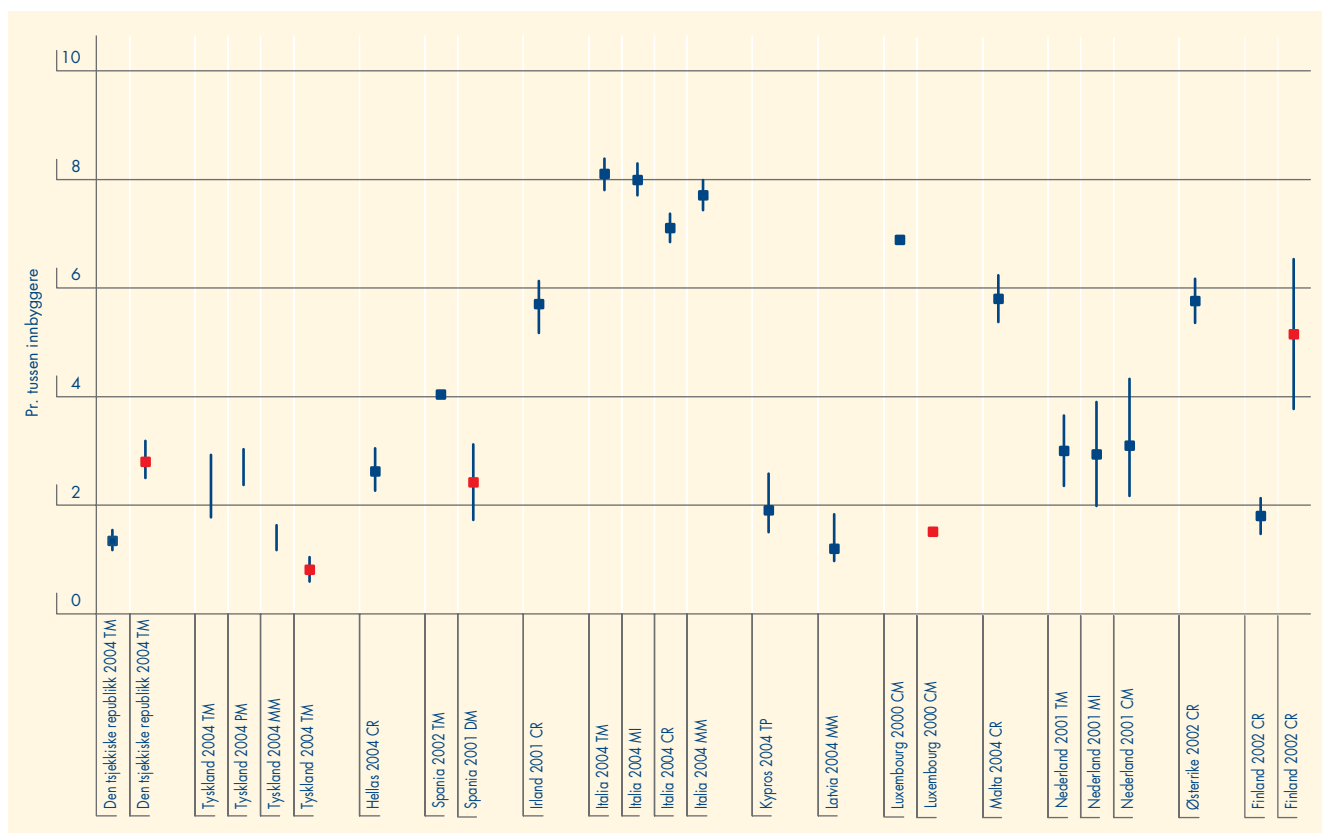
Det er vanskelig å anslå hvor mange som er problebrukere av opioider, og sofistikerte analyser er nødvendig for å utarbeide prevalenstall på grunnlag av tilgjengelige data. Anslag vil dessuten være geografisk begrenset, og ekstrapoleringer for å få fram nasjonale tall vil ikke nødvendigvis være pålitelige.

Nasjonale prevalenstimer for problebruk av opioider lå i perioden 2000–04 på mellom 1 og 8 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 (basert på anslagenes midtverdi). Det er store variasjoner i prevalenstimer mellom landene, men når forskjellige metoder brukes innenfor ett land, gir de i all hovedsak samsvarende resultater. Irland, Italia, Luxembourg, Malta og Østerrike rapporterer om høye estimater for problebruk av opioider (5–8 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64), mens Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Hellas, Kypros, Latvia og Nederland rapporterer om lavere estimater (under 4 tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64) (figur 8). Noen av de laveste veldokumenterte anslagene

vi nå har tilgjengelig, kommer fra de nye EU-landene, men Malta rapporterer om høyere prevalens (5,4–6,2 tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64). På grunnlag av disse begrensede dataene vil samlet prevalens av problebruk av opioider i EU ligge mellom 2 og 8 tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64. Disse anslagene er likevel langt fra sikre og vil måtte justeres etter hvert som flere data kommer inn.

Lokale og regionale anslag over problebruk av opioider er ikke tilgjengelig. Tilgjengelige data for problebruk av narkotika (herunder bruk av sentralstimulerende midler og andre stoffer) tyder likevel på at det er stor variasjon mellom byer og regioner. Høyeste lokale prevalenstimer i perioden 2000–04 oppgis av Irland, Portugal, Slovakia og Storbritannia, med mellom 15 og 25 tilfeller pr. 1000 innbyggere<sup>(171)</sup>. Som forventet er det imidlertid store lokale variasjoner. For eksempel varierer prevalensen fra en del av London til en annen fra 6 til 25 tilfeller pr. 1000 innbyggere. Denne variasjonen i lokale prevalenstall gjør generalisering vanskelig.

**Figur 8:** Prevalenstimer for problebruk av opioider og sentralstimulerende midler, 2000–04 (pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64)



**NB:** ■ Røde kvadrater viser bruk av sentralstimulerende midler, øvrige estimater bruk av opioider. MM = mortality multiplier, CR = Capture-Recapture, TM = Treatment Multiplier, PM = Police Multiplier, MI = Multivariate Indicator, TP = Truncated Poisson, CM = Combined Methods. For ytterligere informasjon, se tabell PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistiske opplysninger 2006. Punkt viser til et punktestimert, og en strek viser til et toleranseområde, som kan være et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en sensitivitetsanalyse. Målgruppene kan variere noe avhengig av metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet.

**Kilder:** Nasjonale kontaktpunkter.

<sup>(171)</sup> Se figur PDU-6 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

## Narkotikabrukere i fengsler

Informasjon om narkotikabruken blant innsatte er av ujevn kvalitet. Mange av dataene som er tilgjengelige i Europa, stammer fra ad hoc-studier som noen ganger er utført på lokalt plan i institusjoner som ikke er representative for det nasjonale fengselssystemet, og det har vært store variasjoner i utvalgsstørrelse. Forskjellene i karakteristika mellom de undersøkte gruppene begrenser derfor sammenlignbarheten mellom de ulike undersøkelsene – både innenfor og mellom land – og muligheten for å ekstrapolere resultater og lage en trendanalyse.

De fleste europeiske land har lagt fram data om narkotikabruk blant fengselsbefolkningen de siste 5 årene (1999–2004) <sup>(1)</sup>. Dataene viser at narkotikabrukere er overrepresentert i fengselsbefolkningen i forhold til befolkningen generelt. Andelen innsatte som rapporterer at de noen gang har brukt et illegalt rusmiddel, varierer fra fengsel til fengsel, men gjennomsnittlige anslag varierer fra en tredel eller færre i Ungarn og Bulgaria til to tredeler eller flere i Nederland, Storbritannia og Norge. De fleste land rapporterer om en livstidsprevalens på rundt 50 % (Belgia, Hellas, Latvia, Portugal, Finland). Cannabis er fortsatt det vanligste illegale rusmiddelet, med en livstidsprevalens blant innsatte på alt fra 4 % til 86 %, mot en livstidsprevalens på 3–57 % for kokain, 2–59 % for amfetamin og 4–60 % for heroin <sup>(2)</sup>.

Regelmessig narkotikabruk eller -avhengighet forut for fengselsoppholdet rapporteres av 8–73 %

av de innsatte, mens livstidsprevalensen for sprøytebruk blant de innsatte er 7–38 % <sup>(3)</sup>.

De fleste narkotikabrukere reduserer eller stopper bruken av narkotika etter fengsling, men noen fortsetter, og andre begynner faktisk å bruke narkotika (og/eller sprøyte) mens de sitter inne. Tilgjengelige studier viser at 8–51 % av alle innsatte har brukt narkotika i fengsel, 10–42 % rapporterer om regelmessig narkotikabruk og 1–15 % har injisert narkotika i fengselet <sup>(4)</sup>. Dette reiser spørsmål om potensialet for spredning av smittsomme sykdommer, ikke minst med hensyn til tilgangen til steril sprøyteutstyr og praksis for sprøytedeling i fengslene.

Gjentatte undersøkelser utført i Den tsjekkiske republikk (1996–2002), Danmark (1995–2002), Litauen (2003/2004), Ungarn (1997/2004), Slovenia (2003/2004) og Sverige (1997–2004) viser en økning i utbredelsen av ulike former for narkotikabruk blant innsatte, mens Frankrike (1997/2003) rapporterer om en betydelig reduksjon i andelen sprøytebrukere i fengselspopulasjonen <sup>(5)</sup>.

<sup>(1)</sup> Følgende land har rapportert fra studier utført de siste 5 årene (1999–2004) og lagt fram data om narkotikabrukmønstre i fengselspopulasjoner: Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Hellas, Frankrike, Irland, Italia, Latvia, Litauen, Ungarn, Malta, Nederland, Østerrike, Portugal, Slovenia, Slovakia, Finland, Sverige, Storbritannia, Bulgaria og Norge.

<sup>(2)</sup> Se tabell DUP-1 og figur DUP-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(3)</sup> Se tabell DUP-2 og DUP-5 i Statistiske opplysninger 2006.

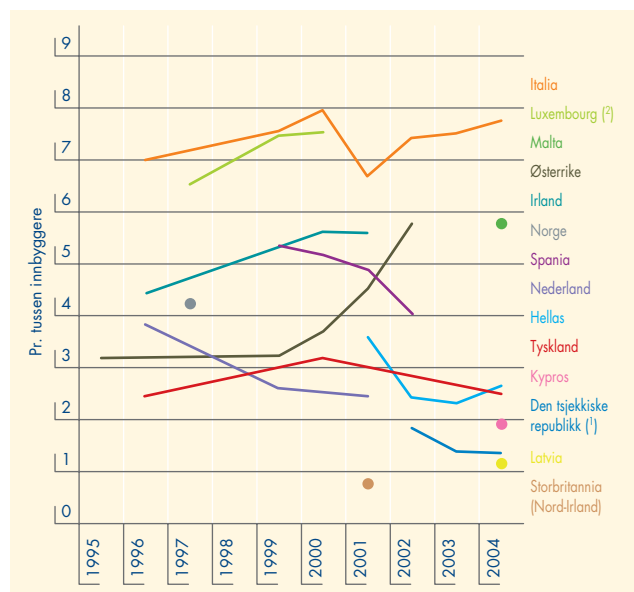
<sup>(4)</sup> Se tabell DUP-3 og DUP-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(5)</sup> Se tabell DUP-5 i Statistiske opplysninger 2006.

## Tidstrender for problembruk av opioider

Mangel på pålitelige og sammenhengende historiske data gjør det vanskelig å vurdere trender for problembruk av opioider over tid. Det innsamlede materialet tilsier at prevalensen for problembruk av opioider varierer fra land til land, og at trendene ikke er sammenfallende innen EU. Rapporten fra enkelte land, som støttes av andre indikatordata, tyder på at problembruken av opioider økte fra midten til slutten av 1990-tallet (figur 9), men at den synes å ha stabilisert seg eller gått noe ned i de siste årene. Repeterte estimater over problembruk av opioider er tilgjengelig for perioden 2000–04 fra syv land (Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Hellas, Spania, Irland, Italia, Østerrike), og av dem registrerte fire (Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Hellas, Spania) en nedgang i problembruken av opioider, mens ett land rapporterte en økning (Østerrike – selv om det er vanskelig å tolke resultatene da systemet for innsamling av data ble endret i perioden). Data over personer som tas inn til behandling første gang, tilsier at problembruken av opioider kan være på vei ned, og at prevalenstillene derfor vil falle i nærmeste framtid.

**Figur 9:** Prevalenstrender for problembruk av opioider, 1995–2004 (pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64)



<sup>(1)</sup> Estimater for aldersgruppen 18–64 år.

<sup>(2)</sup> Beregnet på grunnlag av data for aldersgruppen 15–54 år.

NB: Tidsserier er slått sammen for metoder som er like over tidsperioden. For ytterligere informasjon, se tabell PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistiske opplysninger 2006.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter.

## Sprøytebruk

Sprøytebrukere har svært høy risiko for å oppleve negative konsekvenser så som alvorlige infeksjonssykdommer eller overdose. Det er derfor viktig å se på sprøytebruk separat.

Få land legger fram anslag over sprøytebruk på nasjonalt eller subnasjonalt nivå, trass i at fenomenet er viktig for folkehelsen <sup>(172)</sup>. I denne delen kategoriseres sprøytebruk ikke etter primærrusmiddel, da det foreligger så lite data, selv om trendene for andelen sprøytebrukere blant heroinbrukere i behandling (se nedenfor) likevel er spesifikke for heroininjisering.

De fleste tilgjengelige anslag over sprøytebruk er enten utledet av data om overdosedødsfall eller infeksjonssykdommer (som HIV). Tilgjengelige anslag varierer fra land til land, og siden 2000 har nasjonale anslag ligget på mellom ett og seks tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64, med noen høyere estimater før 2000. Siden 2000 har de høyeste nasjonale prevalenstallene for sprøytebruk, fra de landene som hadde anslag tilgjengelig, kommet fra Luxembourg og Østerrike, med ca. 6 tilfeller pr. 1000 innbyggere i alderen 15–64. De laveste anslagene er fra Kypros og Hellas, med bare litt over ett tilfelle pr. 1000.

Der tidstrender er tilgjengelig, viser de ikke noe generelt mønster, noe som tyder på at det har vært en nedgang i enkelte land og regioner (f.eks. Skottland, Storbritannia) og en økning i andre. Mangelen på data her betyr imidlertid at det ikke er mulig å få et klart bilde av situasjonen.

En kartlegging av andelen sprøytebrukere blant heroinbrukere som påbegynner behandling, er en viktig komponent i kartleggingen av prevalensen av sprøytebruk i befolkningen generelt. Det er imidlertid viktig å huske at den observerte andelen ikke nødvendigvis gjenspeiler trender i prevalensen for all sprøytebruk. For land med en høy andel som bruker sentralstimulerende midler (Den tsjekkiske republikk, Slovakia, Finland, Sverige), vil andelen heroinbrukere som injiserer ikke nødvendigvis være representativ for situasjonen generelt.

Andelen sprøytebrukere blant primære heroinbrukere som påbegynner behandling, tyder også på store forskjeller i utbredelsen av sprøytebruk landene imellom, samt på varierende trender over tid <sup>(173)</sup>. I en del land (Spania, Nederland, Portugal) er det en relativt liten

andel av heroinbrukerne som injiserer, mens injisering fortsatt er den viktigste inntaksmåten i andre land. I noen medlemsstater (EU-15) som har lagt fram data (Danmark, Hellas, Spania, Frankrike, Italia og Storbritannia), har utbredelsen av sprøytebruk blant heroinbrukere i behandling gått ned. I de fleste nye medlemsstatene, i alle fall der data er tilgjengelige, er imidlertid en stor del av heroinbrukerne i behandling sprøytebrukere.

## Behandlingsbehov i tall <sup>(174)</sup>

I mange land er opioider (hovedsakelig heroin) fremdeles det rusmiddelet flest klienter søker behandling for. Av det totale antallet søknader om behandling innrapportert for 2004 under indikatoren for behandlingsetterspørsel, ble opioider registrert som primærrusmiddel i om lag 60 % av tilfellene – og drøye halvparten (53 %) av disse rapporterte at de injiserte stoffet <sup>(175)</sup>. Det bør bemerkes at indikatoren for behandlingsetterspørsel ikke dekker alle opioidklienter i behandling, som er langt flere, men bare klienter som søkte behandling i løpet av rapportåret.

Andelen klienter som søker behandling for heroinbruk varierer landene imellom. Basert på de nyeste tilgjengelige dataene kan landene deles inn i tre grupper etter andelen narkotikabrukere som søker behandling og rapporterer om problembruk av heroin:

- under 50 % – Den tsjekkiske republikk, Danmark, Ungarn, Nederland, Polen, Slovakia, Finland, Sverige
- 50–70 % – Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Kypros, Latvia, Portugal, Storbritannia, Romania
- over 70 % – Hellas, Italia, Litauen, Luxembourg, Malta, Slovenia, Bulgaria <sup>(176)</sup>.

Land som har en betydelig andel av opioidbrukere som bruker andre stoffer enn heroin, inkluderer Ungarn, hvor bruken av hjemmelagde opiumsvalmueprodukter er utbredt, og Finland, hvor de fleste opioidklientene misbruker buprenorfin <sup>(177)</sup>.

I likhet med de som bruker andre stoffer, søker de fleste opioidbrukere seg til poliklinisk behandling. Sammenlignet med kokain- og cannabisklienter blir imidlertid en høyere andel opioidklienter innlagt på institusjon.

De fleste land med et betydelig antall nye heroinklienter hvert år (bortsett fra Tyskland, hvis rapporteringsgrunnlag er blitt utvidet) rapporterer om en nedgang de siste

<sup>(172)</sup> Se figur PDU-7 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(173)</sup> Se figur PDU-3 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(174)</sup> Se fotnote (70).

<sup>(175)</sup> Se figur TDI-2 og tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(176)</sup> Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(177)</sup> Se tabell TDI-26 i Statistiske opplysninger 2006 og nasjonale Reitox-rapporter.

4–5 årene, men ikke blant klienter som tidligere har vært i behandling. Antallet gjentatte søknader har generelt ikke gått ned, og i de fleste land har det totale antallet behandlingssøknader for heroin holdt seg noenlunde stabilt. Viktige unntak er Tyskland og Storbritannia, hvor det totale antallet rapporterte søknader har gått opp. Generelt har andelen behandlingssøknader relatert til heroin (alle og nye søknader) imidlertid falt. Når det gjelder nye søknader, har andelen gått ned fra ca. to tredeler til rundt 40 % mellom 1999 og 2004. Samtidig har antallet søknader om behandling for cannabis og kokain gått opp <sup>(178)</sup>.

Det har tidligere vært rapportert at alderen på personer som søker behandling for opioidbruk er blitt høyere, og denne trenden fortsatte i 2004. Nesten alle som søker behandling for opioidbruk er over 20 år, og nesten halvparten er over 30. Europeiske data viser at bare en liten gruppe opioidbrukere (under 7 %) er under 20 år første gang de søker hjelp <sup>(179)</sup>. Det kommer sporadisk rapporter om svært unge mennesker (under 15 år) som søker behandling for heroinbruk <sup>(180)</sup>, f.eks. 11–12 år gamle i Sofia, Bulgaria, men generelt er det få unge som søker behandling for heroinbruk.

Opioidklientene rapporteres å være marginalisert i samfunnet og har lavt utdanningsnivå, høy arbeidsledighet og ofte ustabile boforhold. Spania rapporterer at 17–18 % av opioidklientene er hjemløse.

De fleste opioidklientene oppgir at de brukte slike stoffer for første gang i 15–24-årsalderen, og ca. 50 % av klientene debuterte før fylte 20 <sup>(181)</sup>. Det går vanligvis mellom 5 og 10 år fra første gangs bruk til første behandlingssøknad, og det går anslagsvis 1,5–2,5 år fra debut til jevnlig bruk (Finlands nasjonale rapport). Ut fra dette kan det konkluderes at opioidklienter typisk går gjennom 3–7 år med regelmessig narkotikabruk før de første gang søker spesialisert behandling.

Blant nye opioidklienter som søker poliklinisk behandling, der inntaksmetoden er kjent, er litt over halvparten sprøytebrukere. Sprøytebruk er generelt mer utbredt blant opioidbrukere som søker behandling i de nye medlemsstatene (rundt 60 %) enn i det opprinnelige EU 15 (under 60 %), unntatt i Italia og Finland, hvor andelen sprøytebrukere blant opioidklienter er på henholdsvis 74 % og 79,3 %.

Andelen sprøytebrukere blant opioidklientene er lavest i Nederland (13 %) og høyest i Latvia (86 %) <sup>(182)</sup>.

## Behandling av opioidavhengighet

EUs narkotikastrategi for 2005–12 legger stor vekt på å forbedre tilgjengeligheten og tilgangen for behandling, og oppfordrer medlemsstatene til å bygge ut et bredt spekter av effektive behandlingstiltak. Historisk sett har behandling i døgninstitusjon vært et viktig tilbud for problembrukere av opioider. Etter hvert som behandlingstilbudet har blitt bredere, og spesielt etter at tilbudet om substitusjonsbehandling ble bygget ut i vesentlig grad, har behandling i døgninstitusjon mistet sin relative betydning.

Det er for tiden begrenset med data om den relative tilgjengeligheten av forskjellige typer behandling av opioidproblemer i Europa. I et spørreskjema fra EONN oppga de fleste (16) medlemsstatene at substitusjonsbehandling var den mest benyttede behandlingsformen. I fire land (Den tsjekkiske republikk, Ungarn, Polen og Slovakia) var imidlertid stoff-fri behandling vanligere, mens to land, Spania og Sverige, rapporterte at legemiddelassistert rehabilitering og stoff-fri behandling ble like mye benyttet.

Substitusjonsbehandling av opioidavhengighet (hovedsakelig behandling med metadon eller buprenorfin) er tilgjengelig i alle EUs medlemsstater <sup>(183)</sup> i tillegg til Bulgaria, Romania og Norge. Det er nå bred konsens i Europa om at substitusjonsbehandling fungerer bra som behandlingstiltak for problembrukere av opioider, selv om dette er et følsomt tema i noen land (se kapittel 2). Substitusjonsbehandling er internasjonalt mindre kontroversielt. F.eks. kom FN-systemet i 2004 fram til en felles posisjon om substitusjons- og vedlikeholdsbehandling (WHO/UNODC/UNAIDS, 2004), og i juni 2006 satte WHO opp både metadon og buprenorfin på sin liste over essensielle legemidler.

Verdien av substitusjonsprogrammer som bruker stoffer som metadon og buprenorfin er nå grundig dokumentert. Studier har vist at substitusjonsbehandling fører til mindre bruk av illegale stoffer, mindre sprøytebruk, redusert risikoatferd assosiert med spredning av HIV og andre infeksjonssykdommer, som deling av utstyr, og bedre sosial funksjon og allmennhelse. Forskning

<sup>(178)</sup> Se figur TDI-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(179)</sup> Se tabell TDI-10 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(180)</sup> [www.communitycare.co.uk](http://www.communitycare.co.uk)

<sup>(181)</sup> Se tabell TDI-11 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(182)</sup> Se tabell TDI-17 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(183)</sup> På Kypros er metadon i avrusningsbehandling rapportert siden 2004, og oppstart av et pilotprosjekt innen metadonbehandling er annonsert, men ingen behandlingstilfeller er rapportert. I Tyrkia er metadon offisielt registrert for behandling av opioidavhengighet, men ingen behandlingstilfeller er rapportert.



tyder også på redusert kriminell aktivitet, og at et tilstrekkelig godt utbygget substitusjonsbehandlingstilbud kan virke inn på antallet narkotikarelaterte dødsfall. Optimalt utfall forutsetter at klientene blir inntatt til behandling til rett tid, at substitusjonsbehandlingen varer tilstrekkelig lenge og ikke blir avbrutt, samt at legemiddelet blir gitt i tilstrekkelig store doser.

Metadon er fortsatt det hyppigst forskrevne stoffet i substitusjonsbehandling i Europa, men behandlingsoalternativene utvides og buprenorfin er nå tilgjengelig i 19 EU-land pluss Bulgaria og Norge. Det er imidlertid ikke klart om stoffet offisielt er godkjent for vedlikeholdsbehandling i alle landene hvor det rapporteres å være brukt. Tatt i betraktning at høydosert buprenorfinbehandling ble introdusert i Europa for bare 10 år siden, har stoffet overraskende fort blitt et populært behandlingsoalternativ (se figur 1) <sup>(184)</sup>.

Farmakoterapi med opioider er ikke bare ment som et langvarig substitutt for narkotika. Metadon og buprenorfin brukes også til opioidavvenning når behandlingso målet er å hjelpe klienten å bli stoff-fri. Behandlingen innebærer å gi en redusert dose over en gitt tid for å redusere ubehaget ved avvenning. Opioidantagonisten naltrexon, et farmakoterapeutisk behandlingsoalternativ for opioidavhengighet, brukes også noen ganger for å unngå tilbakefall, da den blokkerer effekten av heroin. Evidensgrunnet for bruken av dette legemiddelet er imidlertid fremdeles ufullstendig.

Noen land (Tyskland, Spania, Nederland og Storbritannia) har også tiltak der heroin gis på resept, selv om antallet pasienter som mottar denne typen behandling er veldig lavt i forhold til andre typer narkotikasubstitusjon (sannsynligvis mindre enn 1 % av totalen). Denne typen behandling er fremdeles kontroversiell og tilbys vanligvis på forsøksbasis for langtidsbrukere som ikke har lyktes med andre behandlingsoalternativer.

En fersk gjennomgang av effekten av avhengighetsbehandling fant at atferdstiltak kan forsterke den positive effekten av substitusjonsbehandling med hensyn til HIV-forebygging, mens effekten av psykologisk terapi som eneste behandling er variabel. Behandling basert på avholdenhet har vist gode resultater når det gjelder forebygging av HIV-infeksjon dersom behandlingen varer i 3 måneder eller mer (Farrell et al., 2005).

### Kartlegging av metadontilbud

I henhold til tillegg I til FN's Alminnelige narkotikakonvensjon av 1961 er metadon et kontrollert stoff, og INBC kartlegger årlig omfanget av hjemmebruk av metadon.

Ifølge EONN viser et minsteanslag fra EU's medlemsstater samt Bulgaria, Romania og Norge at mer enn 500 000 klienter mottok substitusjonsbehandling i løpet av året (se tabell 4 i årsrapporten for 2005). Med unntak av Den tsjekkiske republikk og Frankrike, hvor behandling med høydosert buprenorfin er vanligst, omfatter over 90 % av all behandling i de andre landene metadon.

EU og USA står samlet for 85 % av verdens metadonforbruk, og metadonbruken i disse landene har økt jevnt i løpet av det siste tiåret. Mengdene var stabile i begge regionene mellom 1997 og 2000, men siden da har USA hatt en kraftig økning. For tiden konsumeres det dobbelt så mye metadon i USA som i EU <sup>(185)</sup>.

Vanligvis skyldes økninger i bruken at substitusjonsbehandling med metadon er blitt godkjent som behandling i et land. I Frankrike førte den omfattende innføringen av metadonbehandling i 1995 til en kraftig økning i forbruket, fra 31 kg i 1995 til 446 kg i 2004.

Det har den siste tiden vært tegn til at bruken av metadon er i ferd med å stabilisere seg i Danmark, Spania, Malta, Nederland og muligens også Tyskland. Dette samsvarer med rapporterte trender når det gjelder antallet klienter i behandling (se kapittel 2).

<sup>(184)</sup> Se utvalgt aspekt om buprenorfin i årsrapporten for 2005.

<sup>(185)</sup> Se figur NSP-2 i Statistiske opplysninger 2006.



## Kapittel 7

# Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og narkotikarelaterte dødsfall

## Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer

En av de mer alvorlige helsekonsekvensene av bruken av illegale rusmidler, og spesielt sprøytebruk, er overføring av HIV og andre smittsomme sykdommer, særlig hepatitt C og B. Forholdet mellom sprøytebruk og smitteoverføring er helt klar. Å få til en nedgang i sprøytebruken og i delingen av brukerutstyr har derfor blitt et hovedmål for folkehelseiltak på området. Studier viser også at det er en forbindelse mellom narkotikabruk og seksuell høyrisikoatferd, noe som tilsier at det er viktig å etablere en kobling mellom narkotikaittak og folkehelsestrategier relatert til seksualhelse. Når det gjelder kartlegging på europeisk plan, foretas all innsamling av data om infeksjonssykdommer av ordinære meldingsorganer, som kan registrere sprøytebruk som en risikofaktor, og via egne studier av narkotikabrukere i forskjellige miljøer.

### HIV og AIDS

#### Nye trender i rapporterte HIV-tilfeller

De fleste land rapporterer for tiden om lave tall for nylig diagnostiserte HIV-tilfeller på grunn av sprøytebruk. Land som konsekvent har hatt lave HIV-tall blant sprøytebrukere, gir oss mulighet til å undersøke hvilke faktorer som spiller inn, et spørsmål som står sterkt i fokus i EUs innneværende handlingsplan mot narkotika, og som også er tema for en studie koordinert av EONN. Det er imidlertid ingen grunn til å ta det med ro. Verken Spania eller Italia, som begge har opplevd HIV-epidemier blant sprøytebrukere, leverer data om meldte HIV-tilfeller nasjonalt, noe som i betydelig grad svekker verdien av dataene når det gjelder å beskrive situasjonen i EU. I tillegg skaper data fra noen land bekymring for en mulig økende HIV-smitte, i alle fall i noen grupper av sprøytebrukere.

I Frankrike, som først begynte å registrere HIV-tilfeller i 2003, har det vært en økning i forekomsten av HIV blant sprøytebrukere (riktignok fra et lavt nivå), fra anslagsvis 2,3 tilfeller pr. million innbyggere til 2,9 i 2004. Selv om dette stort sett er i samsvar med tilgjengelige studiedata (se nedenfor), er det viktig å huske på at nye rapporteringssystemer innledningsvis

ofte er ustabile. I Portugal fører data fra 2004 til at det stilles spørsmål ved en tidligere registrert nedgang i nye tilfeller av HIV blant sprøytebrukere, da tallene viste en HIV-insidens på 98,5 tilfeller pr. million innbyggere, det høyeste som er målt i hele EU <sup>(186)</sup>. I Storbritannia har forekomsten av HIV blant sprøytebrukere gått sakte opp, men er nå stabilisert på like under 2,5 tilfeller pr. million innbyggere pr. år. I Irland økte forekomsten på slutten av 1990-tallet til et toppnivå på 18,3 tilfeller pr. million i 2000. I 2001 falt den til 9,8, for deretter å stige igjen til 17,8 tilfeller pr. million i 2004.

HIV-utbrudd relatert til sprøytebruk inntraff så nylig som i 2001 i Estland og Latvia og i 2002 i Litauen. Siden da har antallet nye HIV-tilfeller gått kraftig ned. En nedgang i antallet nylig rapporterte tilfeller må forventes i etterkant av en innledende epidemisk fase når et endemisk infeksjonsnivå har etablert seg (se nedenfor).

#### HIV-seroprevalens blant testede sprøytebrukere

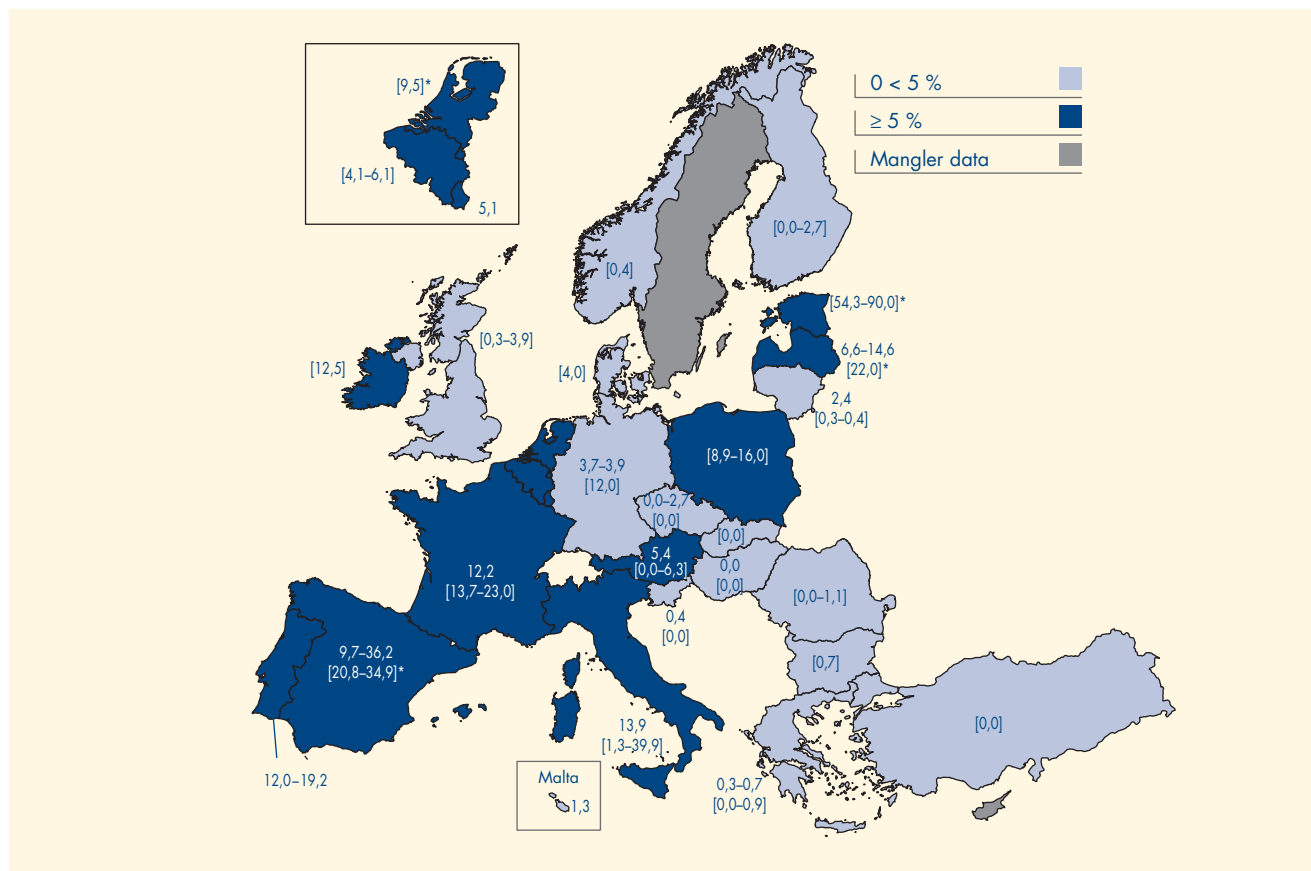
Seroprevalensdata for sprøytebrukere (prosent smittet i utvalg av sprøytebrukere) er et viktig tillegg til rapporter om HIV-tilfeller. Gjentatte seroprevalensstudier og rutinekartlegging av data fra diagnostiske tester kan underbygge konklusjoner trukket på grunnlag av innrapporterte tilfeller og bidra til mer detaljert informasjon om bestemte regioner og miljøer. Imidlertid kommer prevalensdataene fra forskjellige kilder, som i enkelte tilfeller kan være vanskelige å sammenligne. De bør derfor tolkes med varsomhet.

Den senere tids økning av HIV som noen land har registrert, underbygges av tilgjengelige seroprevalenstall, selv om disse tyder på at disse landene ikke er alene om å ha behov for økt årvåkenhet.

I de baltiske statene tilsier tilgjengelige seroprevalenstall at smitteoverføringen mellom sprøytebrukere muligens ennå ikke er under kontroll (figur 10). I Estland tyder en ny studie på at HIV-prevalensen blant sprøytebrukere øker i én region (Tallinn: fra 41 % av et utvalg på 964 i 2001 til 54 % av 350 i 2005), og at den er eksepsjonelt høy i en annen (Kohtla-Järve: 90 % av 100). I Latvia viser to tidsserier med seroprevalenstall for sprøytebrukere

<sup>(186)</sup> Se figur INF-2 (del i) og INF-2 (del ii) i Statistiske opplysninger 2006.

Figur 10: HIV-prevalens blant testede sprøytebrukere, 2003–04



NB: Tall i parentes er lokale data. Farge indikerer middelveien for nasjonale data eller, hvis nasjonale data ikke er tilgjengelig, for lokale data. Data for Italia og Portugal omfatter ikke-sprøytebrukere og vil sannsynligvis gi et for lavt anslag over utbredelsen blant sprøytebrukere. \*Data før eller delvis før 2003 (Spania 2002–03, Frankrike 2002–3, Latvia 2002–03, Nederland 2002) eller fra 2005 (Estland).  
 Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, se nærmere opplysninger og data før 2003 eller etter 2004 i tabell INF-8 i Statistiske opplysninger 2006.

vedvarende økning fram til 2002–03, mens en tredje serie antyder en nedgang siden toppnivået i 2001. I Litauen tyder data fra 2003 på en økning i HIV-prevalensen fra 1,0–1,7 % i perioden 1997–2002, til 2,4 % (27/1 112) i 2003. De som ble testet var: sprøytebrukere i behandling, i sprøytebytteprogram og på sykehus.

I land som historisk har hatt høy HIV-prevalens blant sprøytebrukere (Spania, Frankrike, Italia, Polen og Portugal), er det nye tegn på fortsatt smitte på nasjonalt plan eller i enkelte regioner eller undergrupper av sprøytebrukere<sup>(187)</sup>. Når det gjelder disse landene, er det viktig å merke seg at den høye bakgrunnsprevalensen som følge av de omfattende epidemiene på 1980- og 1990-tallet, øker sannsynligheten for at risikoatferd fører til smitte.

Spania og Italia har ikke nasjonale data for innrapporterte tilfeller. Data basert på rutinemessig diagnostisering er vanskelige å tolke ettersom de kan være påvirket av ulike utvalgsriterier. Det er likevel grunn til bekymring i disse landene. I Spania lå HIV-prevalensen blant unge

sprøytebrukere (under 25) som ble testet i forbindelse med narkotikabehandling, stabilt over 12 % fram til 2002. Blant nye sprøytebrukere (bruk mindre enn 2 år) økte prevalensen fra 15 % til 21 % i 2000–01, noe som tyder på høy insidens fram til 2002. I Italia er det store variasjoner i prevalenstrender fra en region til en annen, og noen regioner har hatt en klar økning i en senere tid (Bolzano, Liguria, Molise, Toscana og Umbria).

I Polen indikerer lokale studier at spredningen av HIV har fortsatt, i alle fall inntil nylig. Bakgrunnen er høye prevalenstall blant unge sprøytebrukere (15 % i 2002 i en region, 4–11 % i to andre regioner i 2004). I studien fra 2002 ble det rapportert om fire HIV-tilfeller (9 %) blant de 45 nye sprøytebrukerne i utvalget. I 2004-studien ble det derimot ikke funnet noen nye tilfeller av HIV i utvalgets 20 nye sprøytebrukere.

Nye prevalensdata fra land som aldri har opplevd noen stor epidemi blant sprøytebrukere, tilsier at årvåkenhet er påkrevd. Dette ser ut til å gjelde Luxembourg, Østerrike

<sup>(187)</sup> Se figur INF-5 (del ii) og (del vi) i Statistiske opplysninger 2006.

og Storbritannia, selv om økningen her er begrenset og ikke bekreftet av data over innrapporterte tilfeller.

### Land med lav HIV-prevalens

HIV-prevalensen blant testede sprøytebrukere varierer svært mye mellom EU-landene (figur 10). I mange land har HIV-prevalensen blant sprøytebrukere nylig økt eller vært høy i mange år. I enkelte land var HIV-prevalensen blant sprøytebrukere imidlertid svært lav i perioden 2003–04, og HIV-prevalensen var under eller omkring 1 % i Den tsjekkiske republikk, Hellas, Ungarn, Malta, Slovenia (basert på nasjonale utvalg) samt i Slovakia, Bulgaria, Romania, Tyrkia og Norge (basert på subnasjonale utvalg). I enkelte av disse landene (f.eks. Ungarn) er prevalensen av både HIV og hepatitt C-viruset (HVC) blant de laveste i Europa, noe som indikerer lite sprøytebruk (se "Hepatitt B og C"). I noen land (f.eks. Romania) er det derimot dokumentert at prevalensen av hepatitt C er på vei opp.

### Kjønnsforskjeller i HIV-prevalens blant testede sprøytebrukere

Tilgjengelige seroprevalensdata for 2003–04 avslører kjønnsforskjeller blant testede sprøytebrukere <sup>(188)</sup>. Kombinerte data fra Belgia, Estland (2005), Spania (2002), Frankrike, Italia, Luxembourg, Østerrike, Polen og Portugal ga et totalt utvalg på 124 337 menn og 20 640 kvinner. De fleste var testet på behandlingssentre for narkotikabruk eller andre narkotikatiltak. Den generelle prevalensen var 13,6 % blant menn og 21,5 % blant kvinner. Det er store forskjeller landene imellom. I Spania, Estland, Italia, Luxembourg og Portugal har høyest HIV-prevalens blant kvinner, mens Belgia viser motsatt trend, dvs. høyest prevalens blant menn.

### AIDS-forekomst og tilgjengelighet av HAART

Høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) har vært tilgjengelig siden 1996. Ettersom behandlingen effektivt hindrer HIV i å utvikle seg til AIDS, har data om AIDS-forekomst blitt mindre nyttige som indikator for HIV-smitte. Dataene viser likevel den generelle belastningen ved symptomatisk sykdom, i tillegg til at de er en viktig indikator for innføringen og dekningen av HAART blant sprøytebrukere.

WHO anslår at dekningen av HAART blant pasienter i behov av behandling var høy i vesteuropeiske land (over 70 %) i 2003, men mer begrenset i de fleste østeuropeiske land, herunder Estland, Litauen og Latvia <sup>(189)</sup>. Nyere data over dekningen av HAART tilsier

at situasjonen har blitt kraftig forbedret. Alle EU-land og søkerlandene har nå en dekning på minst 75 %. Spesifikke data for tilgjengeligheten av HAART blant sprøytebrukere finnes derimot ikke, og det gjenstår å se om den økte dekningen gjenspeiler seg i redusert forekomst av AIDS blant sprøytebrukerne i Estland og Latvia.

Alle de fire vesteuropeiske landene som har høyest forekomst av AIDS, dvs. Spania, Frankrike, Italia og Portugal, har opplevd en nedgang; siden omkring 1996 i de tre første landene, bare siden 1999 i Portugal. Portugal er fremdeles det landet som har høyest forekomst av AIDS blant sprøytebrukere, med 31 tilfeller pr. million innbyggere i 2004. Latvia har omtrent samme forekomst – 30 tilfeller pr. million.

EuroHIV-data fram til 2004 (justert for rapporteringsforsinkelser) tilsier at forekomsten av AIDS blant sprøytebrukere øker i både Estland og Latvia <sup>(190)</sup>.

### Hepatitt B og C

#### Hepatitt C

Utbredelsen av antistoffer mot hepatitt C-viruset (HCV) blant sprøytebrukere er generelt ekstremt høy, selv om det er store variasjoner innenfor det enkelte land og landene imellom. En prevalens på over 60 % i diverse utvalg av sprøytebrukere testet i 2003–04 rapporteres fra Belgia, Danmark, Tyskland, Hellas, Spania, Irland, Italia, Polen, Portugal, Storbritannia, Romania, og Norge mens en prevalens under 40 % er funnet i utvalg fra Belgia, Den tsjekkiske republikk, Hellas, Kypros, Ungarn, Malta, Østerrike, Slovenia, Finland og Storbritannia <sup>(191)</sup>.

Prevalensdata for HCV-antistoffer blant unge sprøytebrukere (under 25) er tilgjengelige fra 14 land, selv om utvalgene i noen tilfeller er små. Det er stor variasjon i resultatene. Noen land rapporterer både høye og lave tall fra ulike utvalg. De høyeste prevalenstillene for unge sprøytebrukere i 2003–04 (over 40 %) ble funnet i utvalg fra Belgia, Hellas, Østerrike, Polen, Portugal, Slovakia og Storbritannia, og den laveste prevalensen (under 20 %) i utvalg fra Belgia, Hellas, Kypros, Ungarn, Malta, Østerrike, Slovenia, Finland, Storbritannia og Tyrkia. Studier med nasjonal dekning som utelukkende ser på unge sprøytebrukere, viser at de høyeste prevalenstillene (over 60 %) kommer fra Portugal, og de laveste (under 40 %) fra Kypros, Ungarn, Malta, Østerrike og Slovenia. Selv om prøvetakingsprosedyrene kan medføre at en mer kronisk gruppe prioriteres, vekker den høye prevalensen av antistoffer mot hepatitt C

<sup>(188)</sup> Se figur INF-3 (del v) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(189)</sup> Se figur INF-14 (del iii) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(190)</sup> Se figur INF-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(191)</sup> Se figur INF-6 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

som ble funnet i et nasjonalt utvalg i Portugal (67 % av 108 sprøytebrukere under 25) fremdeles bekymring, og den kan være en indikasjon på at det fortsatt foregår høyrisikoatferd blant unge sprøytebrukere (se også "Nye trender i rapporterte HIV-tilfeller", s. 73).

Det finnes lite data om prevalensen av HCV-antistoffer blant nye sprøytebrukere (bruk mindre enn 2 år), og utvalgene er små, men informasjonen kan likevel fungere bedre som proxy-indikator for ny forekomst enn data om unge sprøytebrukere. Tilgjengelige data for 2003–04 viser at de høyeste prevalenstillene blant nye sprøytebrukere (over 40 %) ble funnet i utvalg fra Hellas, Polen, Storbritannia og Tyrkia, og at utvalg fra Belgia, Den tsjekkiske republikk, Hellas, Kypros og Slovenia hadde lavest prevalens (under 20 %). Lav prevalens er også funnet i små, nasjonale utvalg av nye sprøytebrukere på Kypros (bare to av 23 sprøytebrukere testet positivt på antistoffer for HCV, eller 9 %) og Slovenia (to av 32, eller 6 %, testet positivt).

### Hepatitt B

Utbredelsen av markører for hepatitt B-viruset (HBV) varierer også mye, både innenfor det enkelte land og landene imellom. De mest komplette opplysningene gjelder anti-HBc, som indikerer tidligere smitte. I 2003–04 rapporterte Italia og Polen om en prevalens på over 60 % blant sprøytebrukere, mens utvalg med en prevalens på under 20 % ble registrert i Belgia, Irland, Kypros, Østerrike, Portugal, Slovakia og Storbritannia. Meldingsdata om hepatitt B for perioden 1992–2003 for de landene som har lagt fram data, viser et svært sammensatt bilde<sup>(192)</sup>. I Norden opptrer det store flertall av meldte akutttilfeller av hepatitt B blant sprøytebrukere, og utbrudd av hepatitt B har falt sammen med økt sprøytebruk i flere land. For eksempel tilsier data fra Norge en kraftig økning i hepatitt B-smitte blant sprøytebrukere mellom 1992 og 1998, etterfulgt av en nedgang. I Finland har meldte tilfeller av hepatitt B blant sprøytebrukere gått kraftig ned i de senere år, muligens som et resultat av vaksinasjonsprogrammer og en godt utbygget ordning med sprøytebytte.

## Forebygging av infeksjonssykdommer

### Effektive tiltak

En rekke folkehelseiltak har vist seg nyttige når det gjelder å redusere spredningen av smittsomme sykdommer blant sprøytebrukere, og det blir stadig bredere enighet om at man vil ha størst sjanse til å lykkes med en helhetlig

tilnærming til tiltakene på dette området. Historisk sett har debatten stort sett fokusert på forebygging av HIV-smitte blant sprøytebrukere, men behovet for effektive tiltak mot spredningen av hepatitt har etter hvert fått mer oppmerksomhet. Det samme gjelder behovet for å hindre spredning av infeksjonssykdommer blant narkotikabrukere som ikke bruker sprøyter.

Forebygging av HIV-smitte blant sprøytebrukere er likevel det tiltaket som beviselig er mest effektivt. En solid bevismengde viser at tiltakene kan betraktes som effektive, og at tilgang til behandling av alle typer har god beskyttende effekt (Farrell et al., 2005; WHO, 2005). Siden midt på 1990-tallet har europeiske tiltak vært preget av økt vektlegging av behandling for narkotikaavhengighet (se kapittel 2). Dette synes generelt å være et av elementene som har bidratt til at situasjonen nå er relativt lys når det gjelder spredningen av HIV blant sprøytebrukere.

Behandling er bare ett element i en helhetlig tilnærming til HIV-forebygging. I tillegg kommer bl.a. en rekke informasjons-, utdannings- og kommunikasjonsteknikker, frivillig smitteveiledning og testing for infeksjonssykdommer, vaksinasjon og distribusjon av sterilt brukerstyr så vel som andre profylaktiske tilbud. Disse tiltakene, i tillegg til medisinske behandlingstilbud ved lavterskeltiltak, eller til og med ute på gaten, kan bidra til å etablere eller forbedre kommunikasjonen med aktive narkotikabrukere og deres seksualpartnere når det gjelder risikoen for og forebyggingen av negative helsekonsekvenser av narkotikabruk.

Selv om man forplikter seg til en helhetlig tilnærming, betyr ikke det at alle disse tjenesteelementene er like godt utbygget eller støttet på nasjonalt plan. En viss konsens synes imidlertid å bryte fram. I en undersøkelse blant de nasjonale kontaktpunktene definerte tre av fire respondenter en kombinasjon av sprøyteprogram og samtalerapi/rådgivning som en prioritet i de nasjonale retningslinjene for smittevern blant sprøytebrukere (figur 11). Svært mange land innser nå hvor viktig det er å tilby rent injeksjonsutstyr som del av sin forebyggende strategi mot HIV. Dette illustrerer hvordan denne typen tilbud har blitt vanlig i mesteparten av Europa, og at de fleste landene ikke lenger betrakter dette som kontroversielt. Det vil likevel ikke si at det eksisterer allmenn enighet om nytten av denne typen tilbud. Hellas og Sverige anså for eksempel ikke dette som en prioritet. Likevel er det generelle bildet relativt ensartet i EU når det gjelder gjennomføringen av tiltak på området<sup>(193)</sup>, og alle

<sup>(192)</sup> Se figur INF-12 (del i) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(193)</sup> Se figur NSP-3 i Statistiske opplysninger 2006.

land utenom Kypros, rapporterer å ha etablert et program for bytte eller distribusjon av sterile nåler og sprøyter <sup>(194)</sup>.

### Sprøytebytteprogrammer i europeiske land

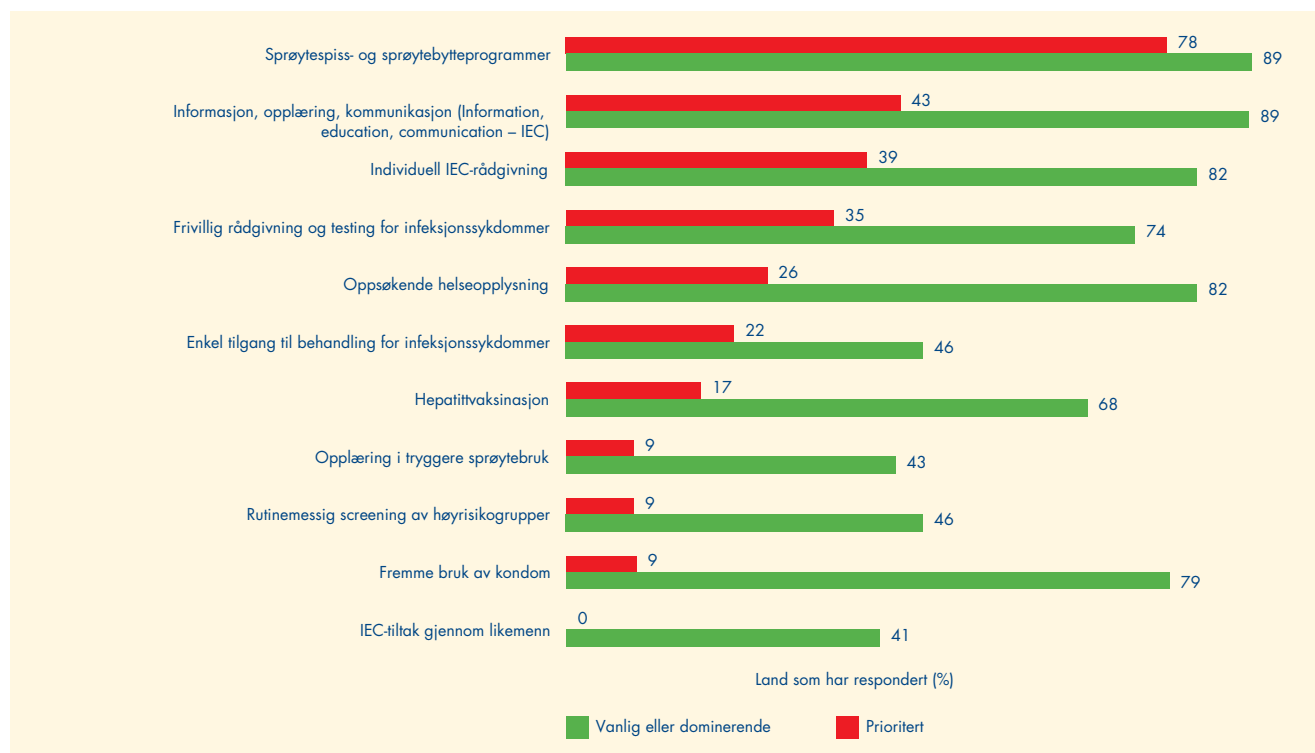
Selv om de fleste landene i Europa nå distribuerer sterilt brukerstyr, varierer tilbudene i type og omfang fra land til land. Det vanligste er å tilby tjenesten på et fast sted, vanligvis en spesialisert narkotikatjeneste, men ofte suppleres denne typen tilbud av mobile tjenester som retter seg mot narkotikabrukere i lokalmiljøet. I åtte land kommer automater for bytte eller kjøp av sprøyter i tillegg til andre sprøytebytteordninger <sup>(195)</sup>, selv om tilbudet begrenser seg til en håndfull steder. Bare Tyskland og Frankrike rapporterer om aktiviteter av noe omfang (henholdsvis ca. 200 og 250 maskiner). Spania er det eneste EU-landet som tilbyr sprøytebytte i fengslene, i 2003, 27 anstalter. Det eneste andre EU-landet som rapporterer om aktivitet på dette området, er Tyskland, hvor tilbudet begrenser seg til ett fengsel.

Apotekbaserte bytteordninger bidrar også til å øke den geografiske dekningen av tilbudet, og i tillegg kan salg

av rene sprøyter på apotekene øke tilgjengeligheten. Selv om salg av sprøyter uten resept er tillatt i alle EU-land utenom Sverige, er det noen apoteker som ikke vil tilby denne tjenesten, og noen prøver til og med aktivt å nekte narkotikabrukere tilgang til lokalet. Formelt organiserte apotekbaserte sprøytebytteprogrammer eller distribusjonsnett finnes i ni europeiske land (Belgia, Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, Nederland, Portugal, Slovenia og Storbritannia), selv om deltakelsen varierer fra nesten halvparten (45 %) av apotekene i Portugal, til under 1 % i Belgia. I Nord-Irland foregår sprøytebytte for tiden kun via apoteker.

Kjøp av sprøyter på apotek kan for enkelte sprøytebrukere utgjøre en viktig kilde til kontakt med helsevesenet, og det eksisterer klart en mulighet for å bruke dette kontaktpunktet som en kanal til andre tjenester. Arbeidet med å motivere og støtte apotekene i utbyggingen av tjenestene de tilbyr narkotikabrukere, kan være et viktig ledd i utvidelsen av apotekenes rolle, men til nå er det bare Frankrike, Portugal og Storbritannia som synes å investere i en slik ordning.

**Figur 11:** Prioritet og grad av bruk av utvalgte tiltak for å forebygge infeksjonssykdommer hos narkotikabrukere, i henhold til nasjonale ekspertuttalelser: sammendrag for responderende land



**NB:** Prioritering i 23 EU-land pluss Bulgaria og Norge. Ingen opplysning om prioritering i Irland, Kypros, Litauen og Nederland. Ekspertene fra alle de 25 EU-landene pluss Bulgaria og Norge la fram tall om "grad av bruk". Den fransktalende og den flamsktalende delen av Belgia framla tall separat, så det totale antall er oppe i 28.

**Kilder:** Nasjonale kontaktpunkter, ekspertundersøkelser, SQ 23 (2004) spørsmål 5.

<sup>(194)</sup> Se årsrapporten for 2005 for et kort sammendrag om dokumentasjon på sprøytebytteprogrammets effektivitet (s. 68).

<sup>(195)</sup> Se tabell NSP-2 i Statistiske opplysninger 2006.

### Er sprøytedekningen i Europa god nok?

Selv om nesten alle medlemsstatene rapporterer om en viss tilgjengelighet av sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer (NSP), avhenger effekten av denne typen intervensjoner av at de er godt nok utbygget til å dekke sprøytebrukernes behov.

Nye anslag over antall sprøytebrukere og antall sprøyter distribuert gjennom sprøytebytteprogrammer er tilgjengelig for ni europeiske land. Ut fra disse dataene får man så et grovt anslag over antall sprøyter hver sprøytebruker har tilgang til årlig (<sup>1</sup>). De siste tilgjengelige dataene viser at sprøytebytteprogrammenes dekning varierer betydelig. Antall sprøyter utdelt pr. antatt sprøytebruker pr. år varierer fra 2–3 i Hellas, til 60–90 i Den tsjekkiske republikk, Latvia, Østerrike og Portugal, til ca. 110 i Finland, 210 på Malta og over 250 i Luxembourg og Norge. Sprøyter er dessuten også tilgjengelig på apoteker, og på grunnlag av data fra Den tsjekkiske republikk og Finland er det mulig å beregne total tilgjengelighet av sprøyter. En kombinasjon av utdelings- og salgsdata tilsier at (sprøyte)brukerne årlig i gjennomsnitt mottar 125 sprøyter i Den tsjekkiske republikk og 140 i Finland.

Mange faktorer er kjent for å påvirke injeksjonshyppigheten, inkludert bruksmønstre, grad av avhengighet og typen narkotika brukt. En nyere studie som betrakter forholdet mellom HIV-prevalens og dekningen av sprøyteutdeling, tilsier at atferdsmessige faktorer, f.eks. injeksjonshyppighet og personlig gjenbruk av sprøyter, har stor betydning for hvor stort omfanget av sprøyteutdelingen må være for å oppnå en betydelig reduksjon i utbredelsen av HIV (Vickerman et al., 2006).

Det er viktig å måle sprøytedekningen for få idé om sannsynlige effekter av sprøyteutdeling på sykdomsforebygging og for å evaluere udekkede behov. I tolkningen av disse dataene er det imidlertid viktig å ta hensyn til tilgjengeligheten av sprøyter gjennom salg på apotek (priser, apotektetthet) så vel som sprøytebrukernes atferdsmønstre og miljømessige faktorer. Dette temaet drøftes nærmere i Statistiske opplysninger 2006.

(<sup>1</sup>) Se Statistiske opplysninger 2006 for fagkommentarer.

## Dødelighet og narkotikarelaterte dødsfall

### Dødelighet blant problebrukere

Mesteparten av informasjonen om dødelighet blant problebrukere i Europa gjelder opioidbrukere. Dødelighet relatert til andre typer narkotika er mindre kjent, men er likevel et viktig faktor i folkehelsesammenheng.

En samarbeidsstudie igangsatt innenfor rammen av et EONN-prosjekt, undersøkte dødelighet blant opioidbrukere i behandling åtte forskjellige steder i Europa (<sup>196</sup>). Studien fant en svært høy dødelighet for opioidbrukere sammenlignet med deres jevnaldrende: 6–20 ganger høyere for menn og 10–50 ganger høyere for kvinner. Det ble anslått at på seks av stedene (Amsterdam, Barcelona, Dublin, London, Roma og Wien) kunne 10–23 % av den totale dødeligheten blant menn i alderen 15–49 tilskrives opioidbruk, hovedsakelig: overdoser, AIDS og eksterne årsaker (ulykker, selvmord). Grovt regnet en tredel av de narkotikarelaterte dødsfallene skyldtes overdose. Denne andelen var høyere i byer med lav HIV-prevalens blant sprøytebrukere, og det er sannsynlig at den vil øke etter hvert som HAART blir mer tilgjengelig.

En kohortstudie av dødelighet utført i Den tsjekkiske republikk fant at dødeligheten blant brukere av sentralstimulerende stoffer var 4–6 ganger høyere (standardisert mortalitetsrate – SMR) enn i befolkningen generelt, mens dødeligheten for opioidbrukere var 9–12 ganger høyere. En fransk kohortstudie som fulgte personer pågrepet for bruk av heroin, kokain eller crack, fant at dødeligheten blant menn var fem ganger høyere enn i befolkningen generelt. For kvinner var dødeligheten 9,5 ganger høyere, men her var trenden nedadgående.

Etter hvert som opioidbrukerne blir eldre, kommer dødsfall som skyldes kroniske tilstander (skrumplever, kreft, luftveissykdommer, endorkarditt, AIDS) i tillegg til dødsfall på grunn av overdoser og eksterne årsaker som selvmord og vold (Nederlands nasjonale rapporter, 2004 og 2005, fra Amsterdams kommunale helsetjeneste). Narkotikabrukernes levekår (f.eks. hjemløshet, psykiske lidelser, vold, underernæring) kan også bidra til den høye dødeligheten i denne gruppen.

I tillegg skyldtes 1 528 dødsfall i 2002 AIDS relatert til sprøytebruk (<sup>197</sup>), selv om dette tallet sannsynligvis er for lavt. Andre årsaker til narkotikarelaterte dødsfall er vanskeligere å vurdere, som sykdom (f.eks. hepatitt), vold og ulykker, men sannsynligvis står disse for et stort antall dødsfall. Det har blitt anslått at 10–20 % av alle dødsfall blant unge voksne i europeiske byer er relatert til opioidbruk (se nedenfor). I tillegg kommer dødsfall forbundet med andre typer narkotikabruk, men det er vanskelig å si noe om omfanget av dette.

### Narkotikarelaterte dødsfall

Begrepet narkotikarelaterte dødsfall er slett ikke entydig. I noen rapporter refererer det bare til dødsfall som direkte skyldes virkningen av psykoaktive stoffer,

(<sup>196</sup>) Amsterdam, Barcelona, Dublin, Danmark, Lisboa, London, Roma og Wien. Estimer av dødelighet gjaldt ikke Lisboa og Danmark. Se EONN (2002b).

(<sup>197</sup>) Se EuroHIV (2005). Tallene viser til vestlige og sentrale deler av WHO Europa, som omfatter noen ikke-EU-land, samt totale dødstall for Estland, Latvia og Litauen (østlig del).



mens det i andre tilfeller også omfatter dødsfall der narkotikabruk spilte en indirekte rolle (trafikkulykker, vold, infeksjonssykdommer). En ny rapport som analyserte typene skader som bruk av illegale rusmidler medførte i Storbritannia, anslo at narkotikarelaterte dødsfall var den viktigste formen for skade som var relatert til narkotikabruk (MacDonald et al., 2005).

I denne delen, og i EONN-protokollen, viser begrepet "narkotikarelaterte dødsfall" til dødsfall som direkte skyldes inntak av ett eller flere narkotiske stoffer, og som generelt inntreffer kort tid etter at stoffet/stoffene ble inntatt. Andre begreper som brukes for slike dødsfall, er "overdoser", "forgiftninger", "stoffinduserte dødsfall" og "akutte narkotikadødsfall" <sup>(198)</sup>.

Mellom 1990 og 2003 rapporterte EU-landene hvert år fra 6 500 til over 9 000 narkotikarelaterte dødsfall, til sammen over 113 000 dødsfall i løpet av denne perioden. På grunn av sannsynlig underrapportering i mange land må disse tallene anses som minsteanslag <sup>(199)</sup>.

Dødeligheten blant narkotikabrukere i Europa varierte fra 0,2 til over 50 dødsfall pr. million innbyggere (gjennomsnittet var 13). I de fleste land ligger dødeligheten i området 7–30 pr. million innbyggere, med over 25 i Danmark, Estland, Luxembourg, Finland, Storbritannia og Norge. For menn i alderen 15–39 er dødeligheten typisk tre ganger høyere (i snitt 40 dødsfall pr. million), og syv land presenterer tall på over 80 pr. million. Narkotikarelaterte dødsfall utgjorde 3 % av alle dødsfall blant europeere i alderen 15–39 i 2003–04, og over 7 % i Danmark, Hellas, Luxembourg, Malta, Østerrike, Storbritannia og Norge. Tallene bør betraktes som minsteanslag, og det bør også tas med i betraktningen at det, tross forbedringer, fremdeles er store kvalitetsforskjeller landene imellom når det gjelder rapportering. Direkte sammenligninger bør derfor foretas med forsiktighet <sup>(200)</sup>.

## Opioid-dødsfall

I EU er opioider til stede i de fleste rapporterte tilfellene av "akutte narkotikarelaterte dødsfall" forårsaket av illegale rusmidler, selv om andre stoffer i mange tilfeller også identifiseres i de toksikologiske undersøkelsene, særlig

alkohol, benzodiazepiner og i enkelte land også kokain. I Europa gjelder de fleste opioid-dødsfall heroin, men andre opioider spiller også en rolle (se nedenfor) <sup>(201)</sup>.

I Europa er opioidoverdoser en av de viktigste årsakene til dødsfall blant unge mennesker, særlig blant unge menn i urbane områder. For tiden er overdoser også den viktigste dødsårsaken blant opioidbrukere i EU sett under ett, spesielt i land med lav HIV-prevalens blant sprøytebrukere (se "Dødelighet blant problembrukere av narkotika", s. 78).

De fleste narkotikabrukere som tar overdose, er menn <sup>(202)</sup>. De utgjør 65–100 % av tilfellene, i de fleste land mellom 75 % og 90 %. De høyeste kvinneandelene finnes i Den tsjekkiske republikk, Polen og Finland, og de laveste i Hellas, Italia og på Kypros. Funnene må fortolkes i lys av hvordan opioidbruk og sprøytebruk fordeler seg mellom menn og kvinner.

De fleste overdoseofre er mellom 20 og 40 år, med et gjennomsnitt i de fleste land i midten av 30-årene (men varierer mellom 20 og 44 år). Gjennomsnittsalderen for overdoseofrene er lavest i Estland, Slovenia, Bulgaria og Romania og høyest i Den tsjekkiske republikk, Nederland, Polen og Finland. Det er svært få rapporterte overdosedødsfall blant personer under 15 år (17 av totalt 7 516 dødsfall, basert på nyeste data fra hvert land), selv om det kan forekomme underrapportering av narkotikadødsfall i denne aldersgruppen. Tallene fra EONN omfatter et lite antall dødsfall blant personer over 65 år, og bare syv land rapporterer at denne gruppen representerer over 5 % av narkotikarelaterte dødsfall <sup>(203)</sup>.

I flere av de nye medlemsstatene er ofrenes gjennomsnittsalder relativt lav (Kypros, Estland, Latvia, Slovakia, Bulgaria og Romania), og det er en høy andel overdosetilfeller under 25, noe som kan være et tegn på at heroinbrukerne i disse landene er yngre. Den høye gjennomsnittsalderen i Den tsjekkiske republikk skyldes at mange dødsfall relatert til psykoaktive medikamenter også er inkludert (figur 12).

I mange medlemsstater er alderen på overdoseofre stigende, noe som tyder på at unge i mindre grad begynner med heroin. Den samme trenden går igjen i EU-15 og har blitt observert siden begynnelsen

<sup>(198)</sup> Dette er den omforente, felles definisjonen som ble vedtatt av EONNs gruppe av nasjonale eksperter. For tiden er de fleste nasjonale definisjoner den samme som EONNs eller svært lik, selv om noen land fremdeles inkluderer tilfeller som skyldes psykoaktive legemidler eller ikke-overdosedødsfall, som oftest en begrenset andel (se metodeopplysninger i Statistiske opplysninger 2006 "Sammendrag av narkotikarelaterte dødsfall: definisjoner og metodologiske spørsmål". Del 1: EONNs definisjon og del 2: Nasjonale definisjoner og "Standardprotokoll for narkotikarelaterte dødsfall (DRD), versjon 3.0").

<sup>(199)</sup> Se tabell DRD-2 (del i), DRD-3, DRD-4 i Statistiske opplysninger 2006.

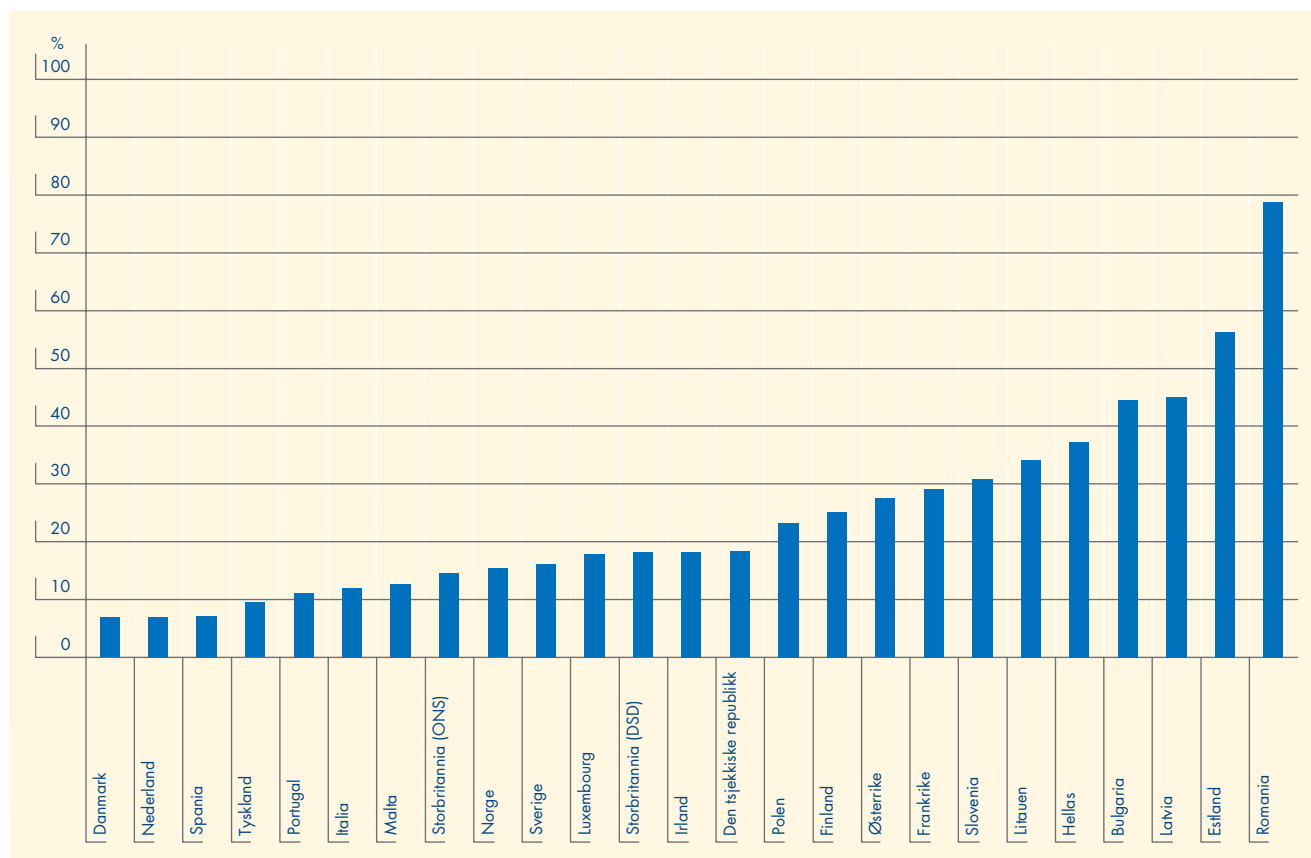
<sup>(200)</sup> Se tabell DRD-1 (del iii) og (del iv) i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(201)</sup> Se figur DRD-1 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(202)</sup> Ettersom de fleste tilfellene som rapporteres til EONN er opioidoverdoser, brukes generelle karakteristika ved akutte narkotikarelaterte dødsfall til å beskrive opioidtilfellene.

<sup>(203)</sup> Se tabell DRD-1 i Statistiske opplysninger 2006.

Figur 12: Andelen av akutte narkotikarelaterte dødsfall blant personer under 25 år i 2002



NB: ONS, Office of National Statistics, DSD, Drug Strategy Definition. 2002 ble brukt som referanseår da de fleste landene har informasjon dette året.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Basert på "nasjonale definisjoner" som presentert i metodeopplysninger om narkotikarelaterte dødsfall i Statistiske opplysninger 2006.

av 1990-tallet, selv om den er mindre uttalt i Sverige og Storbritannia. I de nye medlemsstater er trenden mindre framtreddende, og i flere tilfeller observeres lavere gjennomsnittsalder <sup>(204)</sup>.

### Metadondødsfall

I de nasjonale Reitox-rapportene for 2005 oppga flere land at metadon ble funnet i en vesentlig andel av alle narkotikarelaterte dødsfall. Terminologien varierer mellom landene, og i noen tilfeller er det vanskelig å avgjøre hvilken rolle metadon har spilt i dødsfallet.

Danmark rapporterte om metadonforgiftning (alene eller i kombinasjon) i 44 % av dødsfallene (95 av 214 i 2004), en lignende fordeling som i 2003, men med en klar økning i forhold til 1997. Tyskland rapporterte at 345 tilfeller skyldtes "substitusjonsstoffer" (46 alene og 299 med andre stoffer i 2004), med en klar nedgang siden 2002, og Storbritannia rapporterte 216 tilfeller der metadon "nevnes" (England og

Wales, i 2003), også med en klar nedgang fra 2002. Spania rapporterte at få overdosetilfeller skyldtes metadon alene (2 %), men at stoffet ofte var til stede i kombinasjon med andre stoffer i opioid-dødsfall (42 %) og kokain-dødsfall (20 %). Andre land rapporterte ikke om metadondødsfall eller hadde svært lave tall. Det er uklart hvilke faktorer som ligger bak disse forskjellene, og om det foregår underreportering i enkelte land <sup>(205)</sup>.

Selv om forskning viser at substitusjonsbehandling reduserer risikoen for dødelig overdose, er det viktig å kartlegge antallet dødsfall relatert til metadon og omstendighetene rundt dødsfallet (kilden til stoffet, om det ble konsumert i kombinasjon med andre stoffer, når i behandlingsforløpet forgiftningen skjedde), som et ledd i kvalitetskontrollen av substitusjonsprogrammene.

### Buprenorfin- og fentanyldødsfall

Dødsfall som skyldes buprenorfinforgiftning forekommer sjelden, noe som skyldes stoffets farmakologiske

<sup>(204)</sup> Se figur DRD-3 og DRD-4 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(205)</sup> Et pågående feltforsøk i regi av EONN søker å forbedre kvaliteten på informasjonen som legges fram om hvilke stoffer som er involvert i narkotikarelaterte dødsfall, inkludert substitusjonsstoffer.

egenskaper som agonist-antagonist. Det har likevel blitt rapportert om enkelte dødsfall i Europa.

I de nasjonale rapportene for 2005 rapporterte bare Frankrike og Finland om dødsfall relatert til dette stoffet. I Finland ble buprenorfin funnet i 73 narkotikarelaterte dødsfall i 2004, samme antall som i 2003. Stoffet var oftest brukt i kombinasjon med benzodiazepiner, sedativer eller alkohol. Disse høye tallene sammenfaller med utbyggingen av buprenorfinbehandling i Finland, selv om antallet personer som får slik behandling der er langt lavere enn de anslagsvis 70 000 til 85 000 som får buprenorfin i Frankrike. Det er derfor interessant at Frankrike bare rapporterer om fire tilfeller av buprenorfinoverdoser i 2004 (mot åtte tilfeller i 2003). Forskjellen er bemerkelsesverdig, selv når en tar med muligheten for underreportering av forgiftninger i Frankrike. I tillegg til Frankrike og Finland rapporterte tre andre land om tilfeller av dødsfall relatert til buprenorfin (bare to eller tre i hvert land), men uten at det var dokumentert at buprenorfin var hovedårsaken til dødsfallet.

Tidligere har det blitt rapportert om dødsfall relatert til fentanyl i landene rundt Østersjøen, men det kom ingen slike opplysninger i de nasjonale rapportene for 2005.

### Trender for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Nasjonale trender for narkotikarelaterte dødsfall kan bidra til kunnskap om endringer i mønstrene for problembruk av narkotika, som heroinepidemier, høyrisikoatferd (f.eks. sprøytebruk), behandlingstilbud og til og med forskjeller i tilgjengeligheten av heroin. De kan selvsagt også gjenspeile hvor gode retningslinjene for medisinske akutttiltak er når det gjelder forebygging av dødelige overdoser <sup>(206)</sup>.

Tilgjengelige data fra EU avslører noen generelle trender for narkotikarelaterte dødsfall. EU-15 hadde en sterk oppadgående trend på 1980-tallet og begynnelsen av 1990-tallet, muligens relatert til økt heroinbruk og økt sprøytebruk. Antallet narkotikadødsfall fortsatte å øke mellom 1990 og 2000, men ikke i samme takt (figur 13). Blant de medlemsstatene som har gitt informasjon (de fleste, både nye og gamle), økte det totale antallet narkotikarelaterte dødsfall med 14 %, fra 8 054 i 1995 til 9 392 i 2000.

Siden 2000 har mange EU-land rapportert om en nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall. Dette kan skyldes økt tilgjengelighet av behandling og skadereduserende tiltak, men redusert narkotika bruk kan også ha betydning.

På europeisk nivå falt antallet narkotikadødsfall med 6 % i 2001, 13 % i 2002 og 7 % i 2003. På tross av dette ble det rapportert om nærmere 7 000 narkotikarelaterte dødsfall i 2003 (data fra Belgia, Spania og Irland mangler). I de landene som rapporterte data i 2004 (19), var det imidlertid en liten økning på 3 %. Selv om en skal være forsiktig med å trekke slutninger om 2004, rapporterte 13 av 19 land om en viss økning.

Det er stor forskjell på trendene i de gamle og de nye medlemsstatene når det gjelder antallet dødsfall blant personer under 25 år. I EU 15-statene har det siden 1996 vært en jevn nedgang, noe som tyder på en nedgang i antallet unge som injiserer opioider. De nye medlemsstatene har derimot hatt en stor økning fram til 2000–02, mens en nedgang synes å ha inntruffet i 2003 <sup>(207)</sup>.

Det er også forskjeller mellom kjønnene. Antallet dødsfall blant menn økte gradvis mellom 1990 og 2000, etterfulgt av en klar nedgang (30 % nedgang fram til 2003), mens rapporterte dødsfall blant kvinner mellom 1990 og 2000 lå relativt stabilt i området 1 700–2 000 i året, med bare 15 % nedgang siden da. En rekke faktorer kan ha bidratt til dette, blant annet kan det være forskjell på hvor effektive tiltakene er, eller hvilke risikofaktorer som er involvert, for hvert kjønn <sup>(208)</sup>.

I land med lengre dataserier kan man finne forskjellige mønstre for narkotikarelaterte dødsfall. I noen land nådde antallet narkotikarelaterte dødsfall en topp på begynnelsen av 1990-tallet, for deretter å synke. Dette skjedde f.eks. i Tyskland, hvor antallet var høyest i 1991–92, i Spania (1991), Frankrike (1994) og Italia (1991). I andre land, f.eks. Hellas, Irland, Portugal, Finland, Sverige og Norge, ble toppen nådd senere, mellom 1998 og 2001. Også i disse landene fulgte en nedgang. I andre land var mønsteret mindre klart eller dødeligheten stabil. Selv om man skal være forsiktig med å tolke tallene pga. det relativt lave antallet narkotikarelaterte dødsfall i noen land, kan disse mønstrene være relatert til trender for heroinbruk <sup>(209)</sup>.

### Ecstasy- og amfetaminrelaterte dødsfall

Etter hvert som ecstasy ble populært på 1990-tallet, begynte det å komme rapporter om dødsfall i Europa. Ecstasydødsfall skaper stor bekymring for de skjer ofte uten forvarsel blant sosialt integrerte unge mennesker.

Det er begrenset med informasjon om ecstasydødsfall, men ifølge nasjonale Reitox-rapporter for 2005 er dødsfall

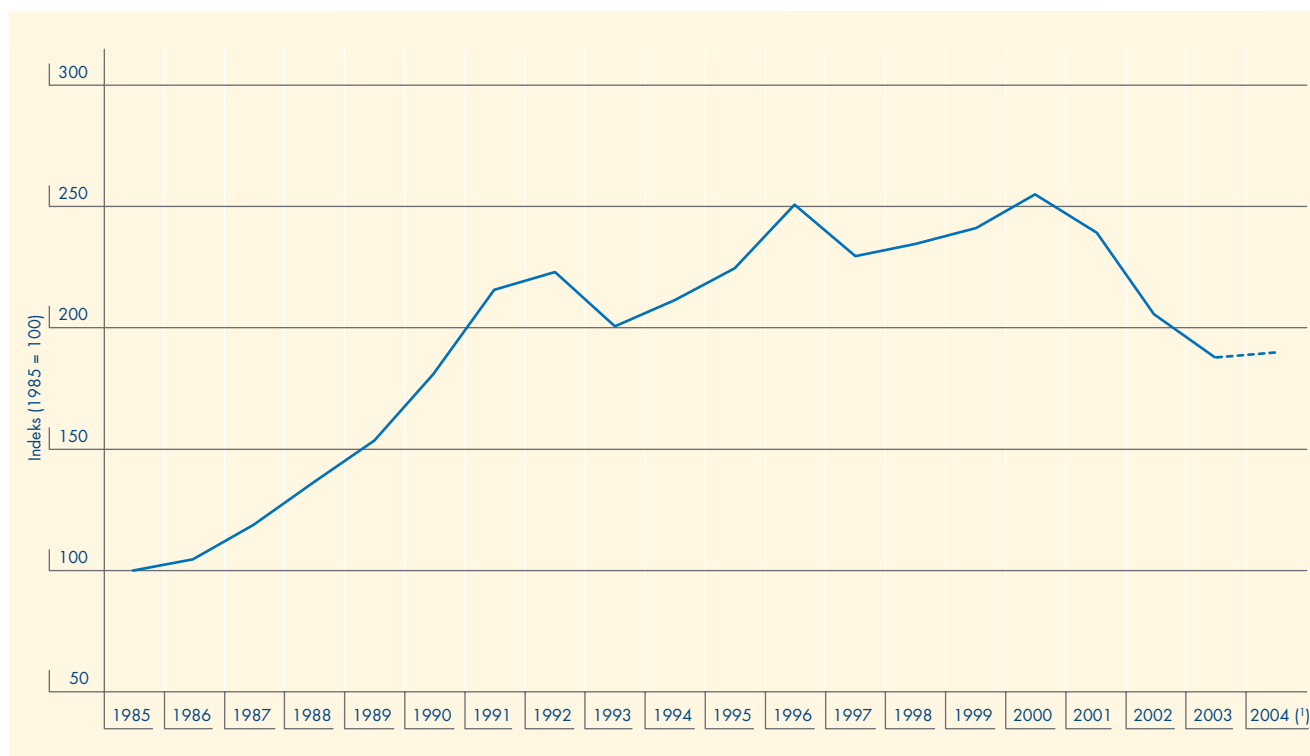
<sup>(206)</sup> Se figur DRD-7 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(207)</sup> Se figur DRD-5 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(208)</sup> Se figur DRD-6 i Statistiske opplysninger 2006.

<sup>(209)</sup> Se figur DRD-7 i Statistiske opplysninger 2006.

Figur 13: Langsiktig trend i akutte narkotikarelaterte dødsfall, 1985–2004



(!) Ti land la fram informasjon for 2004, og seks land gjorde ikke. Derfor er tallene for 2004 foreløpige, basert på en sammenligning av data for 2003 og 2004 bare for de landene som har lagt fra data for begge år.

NB: Nye medlemsstater og søkerland er ikke tatt med her på grunn av mangelen på retrospektive data i de fleste tilfeller.

Se tabell DRD-2 i Statistiske opplysninger 2006 for antallet dødsfall i hvert land og metodeopplysninger.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2005), hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre).

hvor ecstasy er involvert, fremdeles er nokså uvanlige sammenlignet med opioid-dødsfall, selv om tallene i noen land ikke er uvesentlige. I Europa sett under ett ble 77 dødsfall rapportert, men dette tallet bør betraktes som et minsteanslag <sup>(210)</sup>. Tilfeller ble rapportert fra Danmark (2), Tyskland (20), Frankrike (4), Ungarn (3) og Storbritannia (48 tilfeller hvor stoffet "nevnes" – 33 i England og Wales). Sistnevnte har sannsynligvis bedre rapportering enn andre land. I Spania var ecstasy til stede i 2,5 % av tilfellene av narkotikaforgiftning.

Risikoen ved ecstasybruk har ofte blitt diskutert. Det hefter en viss feilmargin ved prevalensestimater basert på spørreundersøkelser, og i tillegg er det vanskeligheter forbundet med rapportering av narkotikadødsfall, men dersom antallet dødsfall divideres på antallet brukere pr. år <sup>(211)</sup> (risikoutsatte personer), gir dette en rate på henholdsvis 5–8 og 2–5 tilfeller pr. 100 000 brukere i de to landene som denne beregningen kan gjøres for.

Amfetamindødsfall er også sjelden rapportert, selv om 16 dødsfall i Den tsjekkiske republikk ble tilskrevet pervitin (metamfetamin) i 2004. Antallet er nesten fordoblet siden 2003, noe som sammenfaller med den

estimerte økningen i antall problembrukere av pervitin og behandlingssøknader. For GHB-dødsfall, se kapittel 4.

### Kokainrelaterte dødsfall

Det er økende bekymring for helse- og risikoen forbundet med kokainbruk. Årsaken er at det i noen land har blitt observert en økning i rekreasjonsbruk blant ungdom, personer i behandling for avhengighet og blant marginaliserte grupper.

Kokainbruk er vanlig blant opioidbrukere, og det er vanlig å finne kokain i toksikologiske analyser av opioidoverdoser, i tillegg til andre stoffer som alkohol og benzodiazepiner. Kokain konsumeres ofte sammen med alkohol, en kombinasjon som kan gi økt toksisitet.

Det er begrenset med statistikk tilgjengelig i Europa, og kriteriene som brukes for å identifisere kokainrelaterte dødsfall varierer. Dermed er tallene ikke sammenlignbare, i tillegg til at enkelte kokainrelaterte dødsfall muligens ikke blir identifisert eller rapportert, noe som resulterer i underrapportering. De dataene som finnes, tilsier imidlertid at mange av dødsfallene der kokain er til stede, også involverer opioider.

<sup>(210)</sup> Avhengig av land viser tallene til 2003 eller 2004, både for ecstasy og kokain.

<sup>(211)</sup> Bruk siste 12 måneder i spørreundersøkelser.

I de landene som har lagt fram opplysninger, ble over 400 kokaindødsfall rapportert. Dette er et minsteanslag. I de fleste tilfellene ser det ut til at kokain var den utløsende årsaken, men dette kommer ikke alltid klart fram av rapportene. Ni land sa ikke eksplisitt om kokaindødsfall hadde inntruffet eller ikke. Kokain sto for 0–20 % av rapporterte akutte narkotikadødsfall og representerte mellom 10 % og 20 % av slike dødsfall i Tyskland, Frankrike, Spania, Nederland og Storbritannia. Dødsfall med kokain som den utløsende årsaken (alene eller i kombinasjon) ble rapportert av Frankrike (14), Tyskland (166), Nederland (20), Spania (53) og Storbritannia (142 ganger "nevnt" – 113 i England og Wales). Ni andre land rapporterte fra null til to tilfeller. I tillegg blir kokain ofte funnet i toksikologiske analyser av opioidoverdoser i enkelte land. Av den begrensede mengden data som er tilgjengelig, er det vanskelig å identifisere sikre trender, men i de fleste land med mange tilfeller synes trenden å være oppadgående, f.eks. i Tyskland, Frankrike, Spania, Nederland og Storbritannia, selv om utviklingen i Nederland har flatet ut de to siste årene.

I tillegg kan kokain ha spilt en rolle ved dødsfall som skyldes hjerte-karproblemer (arytmi, hjerteinfarkt, hjerneslag), særlig hos brukere som er predisponert eller utsatt for andre risikofaktorer (tobakk, høyt blodtrykk, angiom) eller med økende alder. Mange av disse tilfellene oppdages ikke grunnet manglende oppmerksomhet omkring problemet. Det trengs mer forskning på dette området.

## Reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall

### Effektive tiltak

Å nå ut til ubehandlede populasjoner av narkotikabrukere og etablere kommunikasjonslinjer er en forutsetning for å kunne gi informasjon om og styre risiko samt formidle tilgang til tjenester, inkludert behandling.

Forskning på omstendighetene rundt overdoser ligger til grunn for utviklingen av tiltak som retter seg mot høyrisikosituasjoner eller personer som er utsatt for høy risiko. Slike tiltak kan bidra til å redusere antallet dødsfall som skyldes den umiddelbare effekten av narkotikabruk. En policy-orientering fra EONN beskrev nylig rollen til forskjellige tiltak som skal redusere akutte narkotikarelaterte overdosedødsfall (EONN, 2004d).

Ettersom de fleste overdosedødsfall i Europa involverer heroin, kan det å øke andelen heroinbrukere

i behandling betraktes som et forebyggende tiltak mot overdoser. Flere faktorer kan spille inn i den beskjedne nedgangen i antall overdosedødsfall enkelte medlemsstater har opplevd den siste tiden. Faktorene omfatter nedgang i prevalens og sprøytebruk, økt innsats på forebygging, økt tilgjengelighet av og opptak i behandlingsapparatet, økte fortsettelsesrater for behandlingen, samt mulig reduksjon av risikoatferd.

### Tiltaksprofil

Ekspertene på de forskjellige intervensjonsstrategiene for å redusere overdosedødsfall anser substitusjonsbehandling med opioider for å være den mest verdifulle tilnærmingen<sup>(212)</sup>. I Ungarn og Sverige, hvor denne typen behandling er tilgjengelig, anses den derimot ikke å bidra til å redusere antallet narkotikadødsfall. I Estland og Polen betyr det lave tilbudet av substitusjonsbehandling at behandling med metadon for tiden ikke betraktes som et viktig tiltak for å redusere antallet overdosedødsfall.

Tiltak basert på informasjon, utdanning og kommunikasjon (såkalte IEC-tiltak) er også viktige i de fleste europeiske land. I 19 land er det vanlig eller utbredt at informasjon om risikobevisthet og overdosehåndtering spres via trykt materiell eller andre typer media (brosjyrer, nettsider, kampanjer i massemedia). Syv land (Estland, Frankrike, Irland, Latvia, Ungarn, Malta, Finland) gjør imidlertid sjelden bruk av slike tiltak, og ett land (Sverige) ikke i det hele tatt.

Ifølge de nasjonale kontaktpunktene er det mindre vanlig med tiltak der individuell risikovurdering systematisk integreres i veiledning og behandlingsrutiner, med organiserte gruppetimer for risikoreduksjon og tiltak for narkotikabrukere.

En bred tiltakskategori kan defineres som "tiltak forut for løslatelse". Disse tiltakene omfatter alt fra enkel informasjonsspredning, veiledning om overdoserisiko og -forebygging, til påbegynnelse eller videreføring av substitusjonsbehandling i fengselet. Slike tiltak ble imidlertid sjelden iverksatt i 13 land og ikke i det hele tatt i fem land (Latvia, Ungarn, Polen, Romania og Sverige). I Spania, Italia og Storbritannia er intervensjoner i fengslene blant de mest brukte tilnærmingerne som benyttes for å redusere antallet akutte narkotikadødsfall.

I fire EU-land og Norge har lokale risikofaktorer relatert til sprøytebruk på offentlig sted ført til at det er blitt åpnet sprøyterom under tilsyn av fagfolk<sup>(213)</sup>. Målgruppen er svært marginaliserte og risikoutsatte sprøytebrukere som holder til på gaten (EONN, 2004c).

<sup>(212)</sup> Resultatene er basert på en undersøkelse gjennomført av 27 nasjonale kontaktpunkter i 2004. Verktøyet kan lastes ned på <http://www.emcdda.europa.eu/?nnodeid=1333>

<sup>(213)</sup> EU-landene er Tyskland, Spania, Luxembourg og Nederland.



## Kapittel 8

# Bedre kartlegging av problembruk og blandingsbruk

Narkotikaavhengighet, narkotikamisbruk, skadelig bruk og problembruk – en rekke ulike begreper er forbundet med EONNs indikator for problembruk, og hvert av dem har sine egne subtile medisinske eller sosiale definisjoner. EONNs indikator for problembruk, PDU-indikatoren (problem drug use), kartlegger "injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av heroin, kokain og/eller amfetamin". I praksis omfatter definisjonen også bruken av andre opioider, som metadon.

Denne definisjonen av problembruk bygger eksplisitt på atferd. Den baserer seg på bruksmønstre og omfatter ingen måling av problemer. Definisjonen er likevel knyttet til de ulike begrepene forbundet med avhengighet gjennom erkjennelsen av at personer som driver med denne typen atferd, med stor sannsynlighet faller inn under det mer generelle begrepet "problembruker". I så måte er det viktig å merke seg at PDU-indikatoren kun måler en viktig undergruppe av alle som har en eller annen form for narkotikaproblem. Men denne tilnærmingen er likevel nyttig, og som atferdsbetinget begrep har den følgende fortrinn:

- Den har gjort det mulig å fortsette kartleggingen uten at man er bundet til definisjoner av avhengighet, skade og problemet som sådan.
- Den er relativt enkel å operasjonalisere i forskningsstudier.
- Den grupperer ulike typer narkotiske stoffer og inntaksmåter uten å skille spesifikt mellom dem.

Historisk sett var EONNs overvåkingsindikator et barn av sin tid. I løpet av 1980-tallet, og i stor grad på 1990-tallet, ble heroinbruk og sprøytebruk ansett som nøkkelementer i narkotikaproblematikken som det var viktig å få målt. Disse formene for narkotikabruk kunne dessuten ikke måles på en overbevisende måte gjennom befolkningsundersøkelser. Definisjonen ble utvidet til også å omfatte amfetamin, noe som gjorde den anvendelig i enkelte nordiske land hvor sprøytebruk av amfetamin var framtrødende. Kokain ble også inkludert, men i praksis har stoffet sjelden vært noen vesentlig komponent i noen beregninger. Selv om PDU-indikatoren fremdeles er nyttig for å få et bilde av en viktig del av narkotikafenomenet, blir det stadig klarere at

den må utvikles for å oppfylle kravene til overvåking av den langt mer sammensatte narkotikasituasjonen i Europa i dag. Når det gjelder kroniske narkotikaproblemer, blir bildet stadig mer sammensatt. Dersom indikatoren fortsatt skal ha relevans i en skiftende verden av illegale rusmidler, må overvåkingsarbeidet videreutvikles. Det må kunne håndtere utfordringene med å dekke et bredere spekter av rusmidler og i tillegg gi mer detaljert informasjon om bruken av rusmidlene enn det hittil har gjort.

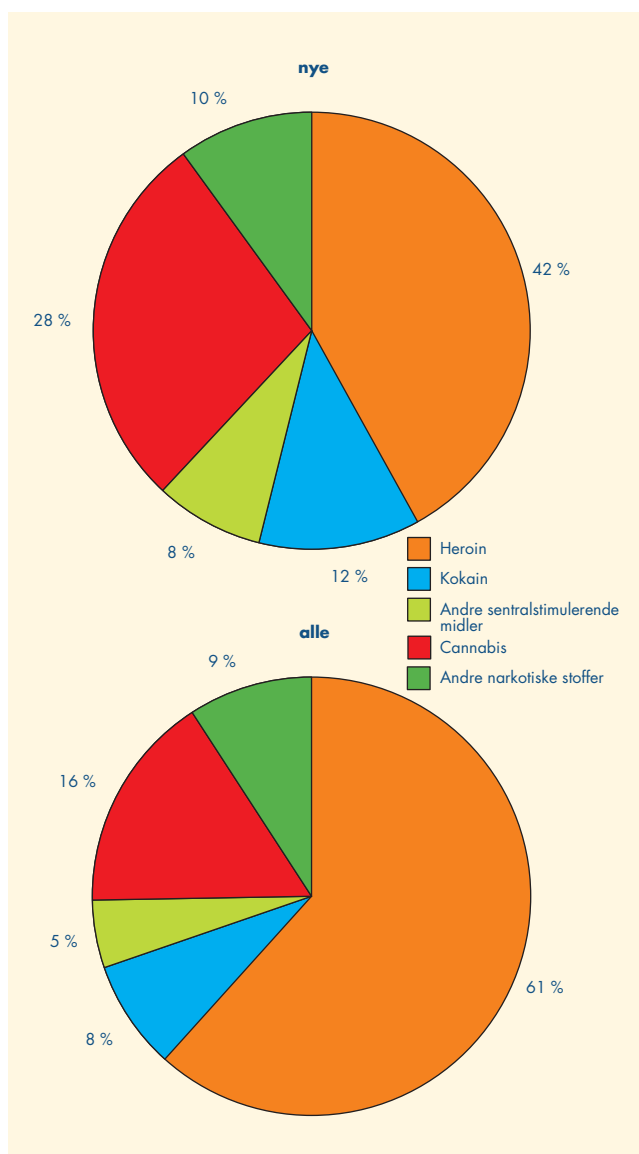
Med utvidelsen av EU er det blitt enda større variasjon i sosial atferd, så også innen bruken av illegale rusmidler. Utviklinger i ruskulturen, økningen av syntetiske stoffer og ulovlig medisinbruk, økningen i kokainbruk og den generelt høye utbredelsen av cannabisbruk er alle elementer i forståelsen av behovene til personer som har problemer knyttet til narkotikabruk. Tidligere i rapporten går det fram at etterspørselen etter behandling fremdeles er størst blant heroinbrukere, men bildet er et annet når det gjelder personer som kommer til behandling for første gang. Blant disse rapporteres det om økende problemer med cannabis og sentralstimulerende midler (figur 14).

Denne endringen må ses på bakgrunn av den store satsingen på behandlingstilbud til personer med opioidrelaterte problemer så vel som økt rapportering om behandlingstilbud. Substitusjonsbehandling med opioider, som binder folk til omsorgsapparatet i lang tid (merk at dette ikke framgår av diagrammene, som bare viser antall personer inntatt til behandling i løpet av inneværende år), understreker i særlig grad opioidenes plass i dagens behandlingstilbud i forhold til de nye behandlingstiltakene. I flere land ser det likevel ut til at de som i dag utvikler et narkotikaproblem i Europa, antakelig vil være en mer sammensatt gruppe enn det som historisk har vært tilfelle, i alle fall med hensyn til hvilke stoffer de bruker.

## PDU-indikatoren og beregning av skjulte populasjoner av narkotikabrukere

Dagens PDU-tilnærming oppnår gode estimater av den gruppen narkotikabrukere som representerer de største forbrukerne av behandlingstilbud i Europa, og tilnærmingen har i så måte vist seg ekstremt nyttig.

**Figur 14:** Fordeling av "nye" og "alle" i behandlingsapparatet etter primærrusmiddel



NB: Basert på data fra Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Hellas, Italia, Kypros, Ungarn, Malta, Nederland, Slovenia, Slovakia, Finland, Sverige, Storbritannia, Bulgaria, Romania og Tyrkia.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

Tilnærmingen har bidratt til å stimulere utviklingen av en rekke metoder og statistiske prosedyrer for å estimere den totale størrelsen på denne overveiende skjulte gruppen. I alle disse metodene er målingene basert på tanken om at en viss prosentandel av problembrukerne er "administrativt synlige" i kontakt med flere behandlingstilbud, med rettssystemet, med akuttmottak og med sosialtjenesten, og ut fra denne synlige minoriteten kan størrelsen på gruppen beregnes hvis prosentandelen er kjent. Denne typen indirekte statistiske metoder brukes som et supplement til befolkningsundersøkelsene, som av en rekke metodologiske og praktiske grunner er dårligere

egnet til å beregne utbredelsen av narkotikabruk som har lav prevalens, er stigmatisert og overveiende skjult.

Når det gjelder dagens implementering av PDU-indikatoren i EU har hvert land tilpasset definisjonen slik at den dekker aktuelle, lokale forhold, og situasjonen er derfor sammensatt. Ni land følger i hovedsak EONNs definisjon, elleve land estimerer kun antall opioidbrukere (eller heroinbrukere), og ytterligere fire land utelukker ikke problembrukere av cannabis selv om cannabisbrukere generelt bare utgjør en svært liten del av estimatene (kriteriene for å inkludere cannabisbrukere er ganske strenge da kun avhengige eller svært intensive cannabisbrukere medregnes).

I betraktning av at bruken av kokain, crack og sentralstimulerende midler generelt er blitt mer utbredt, og at narkotikaproblemer ofte overlapper med problemer forbundet med alkohol og forskrevne medisiner, ville selv en ensartet implementering av indikatoren måttet fange opp et større repertoar innen narkotikabruk enn tidligere, med mulighet for et enda bredere spekter av konsekvenser og problemer. I tillegg til å kartlegge det totale omfanget av problembruk er det derfor nødvendig å kartlegge de ulike atferdene som inngår i PDU-indikatoren, dvs. sprøytebruk og hver enkelt narkotikatype omfattet av definisjonen av problembruk. Dette er spesielt viktig i lys av at enkelte land har dokumentert en økning i bruken av kokain. Dette er også viktig for å få nærmere kunnskap om bruksmønstrene for amfetamin og for å kunne spore trender innen opioidbruk på høyere detaljnivå. Dersom alle disse atferdstypene kun rapporteres under ett, er det helt klart en fare for at viktige utviklingstrekk ikke blir fanget opp samt for at man går glipp av en mulighet til å få en bedre forståelse av trendene.

Tidligere i denne rapporten ble det for første gang gitt et separat estimat av heroinbruk og sprøytebruk i Europa. I tillegg peker vi på økningen i behandlingstilbud for brukere med opioidproblemer, der anslagsvis over en halv million personer i Europa følger substitusjonsbehandling med opioider. Dette tyder på at andelen av heroinbrukere og sprøytebrukere som har eller har hatt kontakt med behandlingstjenestene, kan være ganske stor i mange land. Sammen med de nasjonale faggruppene er EONN nå i ferd med å undersøke nytten av å sammenstille informasjon om behandlingsbehov, behandlingstilbudenes tilgjengelighet og anslag over heroinbruk og sprøytebruk.

#### Fra PDU-indikatoren og videre

Neste skritt i utviklingen av vår forståelse av det europeiske narkotikafenomenet, er å undersøke i hvilken grad intensiv narkotikabruk kan innlemmes i kartleggingsoppgaven, utover kartleggingen av



problembruk. I hvilken grad intensiv narkotikabruk, uansett hvordan den defineres, er forbundet med avhengighet og grader og typer av problemer, krever nærmere utdyping. Kandel og Davis (1992) anslo f.eks. at rundt en tredel av daglige cannabisbrukere i USA kunne anses som avhengige. For å komme videre på dette området må begrepet hyppig, intensiv bruk av cannabis og andre ulovlige rusmidler formaliseres slik at det kan fungere som et spesifikt mål for kartleggingen. Hyppig eller intensiv bruk kan måles i undersøkelsesdata for å supplere beregningene gjennom indirekte statistiske metoder. I dag gir undersøkelsesdata nyttig innsikt i ulike mønstre av cannabisbruk, men disse måler hovedsakelig en begrenset type atferd og bruksfrekvens. Undersøkelsesdata vil nok være viktige hvis vi skal utarbeide sikre anslag over hvor mange brukere av rusmidler som cannabis som kan beskrives som avhengige eller hvis bruk er skadelig, i det minste ifølge egenrapportering.

Skrittet mot en mer formell definisjon av hyppig, intensiv bruk av flere stoffer ville også ha bidratt til utviklingen av forskningsverktøy som kan måle graden av problemer og avhengighet relatert til ulike grader og mønstre av cannabisbruk. En rekke europeiske land arbeider med å utvikle metodeverktøy for å måle både intensiv bruk og grader av avhengighet og problemer, og EONN tar nå til orde for et samarbeid på dette området.

En vanskelighet ved å benytte intensiv bruk som indikator for de personene som antakelig er mest utsatt for å bli avhengige eller få problemer, er at oppfatningen av hva som utgjør intensiv bruk, til en viss grad er rusmiddelbetinget. Selv om problembruk av opioider i stor grad kjennetegnes av daglige bruksmønstre, er dette ofte ikke tilfellet for sentralstimulerende midler. Med disse stoffene er et overstadig forbruk vanligere, dvs. bruken øker i korte perioder for deretter å gå ned, og brukerne går ofte over til andre narkotiske stoffer eller alkohol for å dempe de negative konsekvensene av avhold. Både farmakologiske og kontekstuelle faktorer kan være viktige når det gjelder å påvirke mønstre av intensiv narkotikabruk, men det er klart at atferdsbaserte målinger av intensiv bruk må være følsomme overfor de ulike bruksmønstrene som er forbundet med de ulike stoffene.

### Utfordringen i å rapportere problemer med blandingsbruk

Av praktiske og metodologiske grunner beskriver de fleste rapporter om narkotikabruk stort sett hvert stoff for seg. Dette gir den begrepsmessige klarheten som trengs for å forenkle rapporteringen ut fra tilgjengelige atferdsbaserte målemetoder, men det tar ikke hensyn til at den enkelte narkotikabruker ofte har brukt eller bruker flere rusmidler, både lovlig og ulovlig, og at de også kan ha

problemer med mer enn ett stoff. De erstatter gjerne ett rusmiddel med et annet, de endrer preferanser over tid eller de lar rusmidlene supplere hverandre. Denne typen kompleksitet gjør kartlegging ekstremt utfordrende selv om analysen begrenses til enkle atferdsbaserte målinger av narkotikabruk over ulike tidsperioder. Dersom begrepene problembruk og vanebruk inkluderes, øker kompleksiteten ytterligere, og på europeisk plan foreligger det svært få sikre data som tillater informert analyse. Det er ikke desto mindre sannsynlig at enkelte land har en betydelig populasjon av narkotikabrukere med kroniske problemer som vanskelig lar seg klassifisere etter primærrusmiddel, og som kan ha problemer som skyldes bruk av både lovlig og ulovlig rusmidler. Dersom vi skal kunne gripe fatt i dette problemet, må vi utvikle en bedre forståelse av mønstrene for blandingsbruk og bruke denne til å forbedre rapporteringen på både nasjonalt og europeisk plan.

### Ekstrem blandingsbruk

Flere spesifikke betydninger av det generelle begrepet blandingsbruk må tas i betraktning. Ett ytterpunkt er bruken av flere stoffer på en intens og kaotisk måte, samtidig eller etter hverandre, der ett rusmiddel i mange tilfeller erstatter et annet, alt etter tilgjengelighet. Dette er f.eks. tilfelle med problembrukere som bruker ulike opioider i tillegg til legemidler, kokain, amfetamin og alkohol.

Dette bruksmønsteret synes å eksistere hos noen kroniske brukere, muligens hos marginaliserte grupper, muligens hos mennesker med psykiatriske tilstander. I mange registreringssystemer i Europa vil disse tilfellene bli tilskrevet opioider.

Dermed vil disse personene defineres som problembrukere og kartlegges som sådan. Imidlertid gjenstår spørsmålet om ikke denne intensive, kaotiske blandingsbruken faktisk utgjør en egen kategori – en ikke-spesifikk narkotikaavhengighet som krever målrettede epidemiologiske tiltak og behandling, støtte eller skadereduksjon i en særdeles vanskelig situasjon. Under disse omstendighetene vil enhver kartlegging av komponentene som inngår i problembruk, måtte omfatte blandingsbruk som en av de separat målte komponentene.

### Rusmiddelkombinasjoner

Det finnes en annen gruppe brukere som også tar flere rusmidler samtidig, men da systematisk. De søker effektene av den farmakologiske kombinasjonen, for eksempel "speedballing" – samtidig bruk av heroin og kokain gjennom injeksjon.

Ved bruk av et andre rusmiddel av funksjonelle eller farmakologiske grunner, er ikke bruken begrenset til samtidig bruk – det kan også brukes etter et annet, som en erstatning for eller som et supplerende

stoff. Benzodiazepin kan f.eks. brukes for å dempe abstinenssymptomene når opioider ikke er tilgjengelige. I andre tilfeller kan et andre stoff brukes for sin kompensierende farmakologiske virkning. Dette er tilfellet når den narkotiske effekten av opioider modifiseres ved bruk av kokain, eller når angsten som kokain eller amfetamin framkaller, dempes ved bruk av opioider eller andre beroligende midler.

### Økt risiko gjennom blandingsbruk

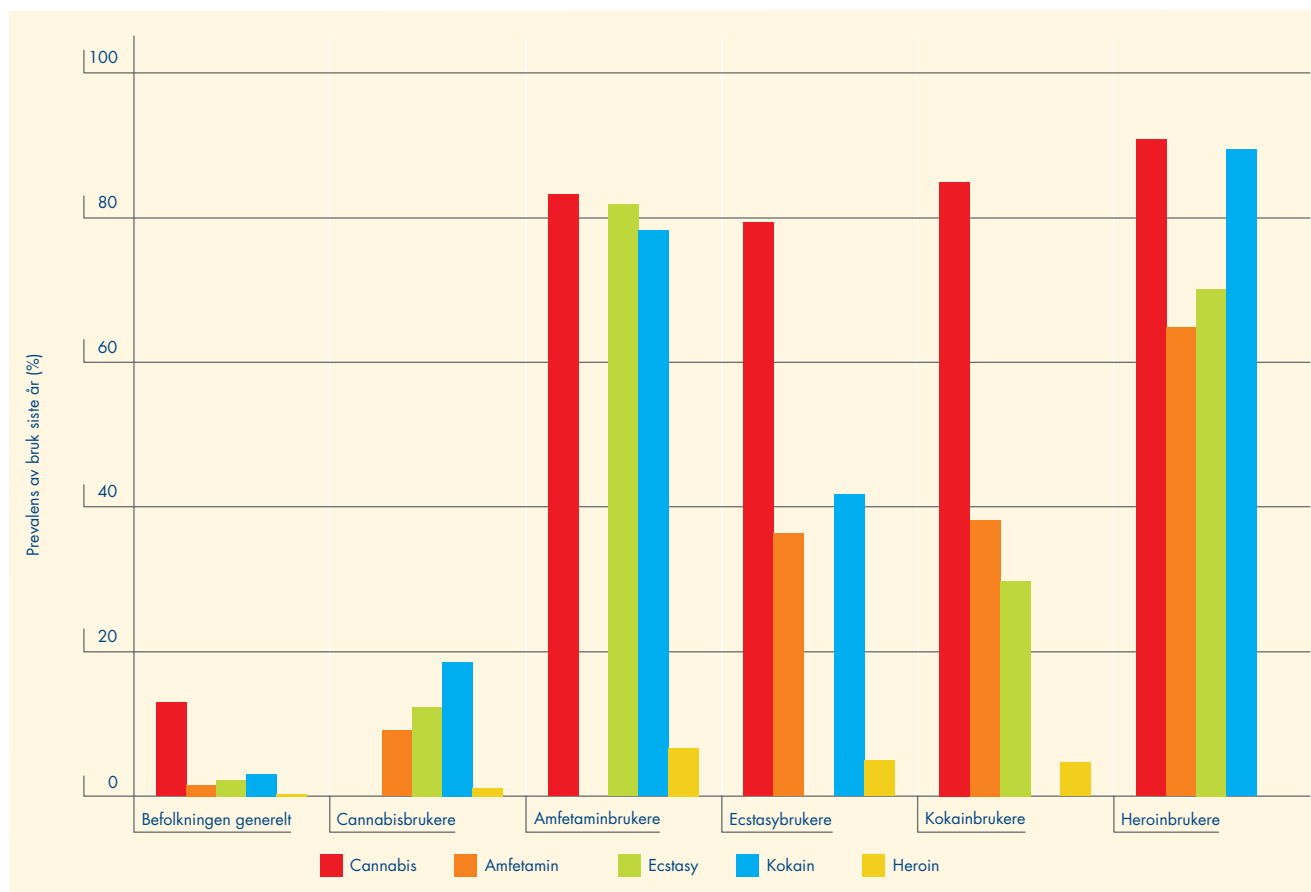
Den forsterkende virkningen av ett stoff på et annet kan være betydelig, og her må lovlige rusmidler og medisiner – f.eks. alkohol, nikotin og antidepressiva – tas i betraktning sammen med kontrollerte psykoaktive stoffer. Risikonivået vil avhenge av doseringsnivå for begge stoffene. En rekke farmakologiske parkombinasjoner gir grunn til bekymring: Alkohol og kokain øker hjerte- og kar-toksisitet, kombinasjonen opioider og alkohol eller beroligende midler fører til økt overdoserisiko, og inntak av opioider eller kokain sammen med ecstasy eller amfetamin gir også økt akutt toksisitet.

### Begrensninger ved tilgjengelige data over blandingsbruk

Mangelen på data begrenser rapporteringen om mange aspekter ved blandingsbruk. Data er hentet fra toksikologiske rapporter etter narkotikaoverdoser og fra egenrapporter fra behandlingmottakere. Selv om disse kildene gir oss noe kunnskap om blandingsbruk, er den tilgjengelige informasjonen ofte begrenset, og representativiteten ved dataene må vurderes.

Undersøkelseresultater viser utstrakt bruk av mer enn to rusmidler i samme tidsperiode hos en og samme person. Men undersøkelsesdata gir ofte utilfredsstillende opplysninger om enkelte former for narkotikabruk, og selv der det foreligger data, er det nødvendig å utarbeide sammenlignbare rapporteringsstandarder. Et eksempel på omfanget av data om blandingsbruk som finnes i befolkningsundersøkelser, foreligger i en ny fagrapport fra EONN (2005b). Dataene fra Spania, figur 15, viser for eksempel at sammenlignet med befolkningen generelt, har personer som har brukt ett rusmiddel økt tendens til også å ha brukt et annet stoff, og at tendensen er avhengig av hvilke stoffer det er snakk om. Blant

Figur 15: Bruk av narkotika siste år etter brukergruppe i befolkningen generelt i aldersgruppen 15–34



NB: Data for Spania 1999. Se figur GPS-34 i Statistiske opplysninger 2006 for flere opplysninger.  
Kilde: EONN (2005b).

heroinbrukere er det f.eks. relativt vanlig å bruke kokain, mens kokainbrukere sjeldnere bruker andre stoffer.

### Utvikling av en operasjonell definisjon av blandingsbruk – et spørsmål om timing?

Ved evaluering og rapportering av blandingsbruk er det nødvendig å ta i betraktning tidsperiodene som velges. Livstidsprevalens er generelt ikke særlig nyttig eller relevant i folkehelsesammenheng, sammenlignet med målinger av nyere bruk av narkotika.

Blandingsbruk kan med fordel defineres operasjonelt som hyppig bruk av mer enn ett rusmiddel over en spesifisert minimumsperiode, f.eks. 1 måned. Da skilles det ikke mellom de ulike brukstypene som ovenfor beskrevet, men vi får et generelt bilde av noe som kan være en høyrisikogruppe. Tilfeller der man derimot *ikke* må se bort fra livstidsprevalens ved karakterisering av blandingsbruks-atferd blant de helt unge – elever eller studenter – der livstidsprevalens for blandingsbruk i sterkere grad kan gjenspeile aktuell bruk. Dokumentasjon, f.eks. fra ESPAD-undersøkelser, tyder på at de mer avvikende mønstrene/lavprevalensmønstrene for narkotikabruk blant skoleelever (ecstasy, amfetamin, hallusinogener, kokain, heroin) hopper seg opp hos noen få enkeltpersoner.

## Bedre kartlegging av narkotikasituasjonen i Europa og økt innsikt i blandingsbruk

En av EONNs viktigste oppgaver er å oppnå bedre forståelse av narkotikafenomenet i Europa. Narkotikabruk er imidlertid et meget sammensatt fenomen og omfatter en rekke atferdstyper som i ulik grad er forbundet med en rekke viktige folkehelse spørsmål og sosiale problemer. Narkotikabrukere kan oppleve eller være utsatt for problemer. Bruksmønstrene varierer fra det eksperimentelle, episodiske og sporadiske

til det regelmessige, intensive og ukontrollerte. Narkotikabrukerne kan klassifiseres klinisk som personer som har et narkotikaproblem eller er avhengige, og fra et forskningmessig synspunkt kan begge disse kategoriene utdypes langs et kontinuum. Narkotikabrukere anvender dessuten ofte flere rusmidler og endrer bruksmønstre over tid, noe som bidrar til å komplisere bildet. Det finnes ikke ett enkelt rapporteringsverktøy som fanger opp denne kompleksiteten på en tilfredsstillende måte. I praksis er EONNs tilnærming, dvs. å bruke flere indikatorer, ment å belyse de forskjellige aspektene ved narkotikafenomenet.

PDU-indikatoren fokuserer på et bestemt sett av atferdstyper, og gir dermed nyttig innsikt i noen av de mest skadelige og kostbare formene for narkotikabruk. Som sådan er den et viktig element i forståelsen av det europeiske narkotikafenomenet. Men for å håndtere Europas stadig mer sammensatte narkotikasituasjon er det i dag et klart behov for å supplere PDU-indikatorens generelle estimater med anslag over rusmiddelspesifikke komponenter.

Mange av de tilgjengelige datakildene er basert på atferdsbaserte rapporter om narkotikabruk, og begrepet hyppig eller intensiv bruk må utvikles på dette grunnlaget. Dette vil utvide perspektivet for kartleggingen av narkotikaproblemer ut over det som for øyeblikket ligger i PDU-indikatoren. Muligheten til å betrakte informasjon om problembruk i sammenheng med et slikt bredere informasjonssett vil også være et skritt videre i EONNs arbeid for å øke sin generelle forståelse av narkotikafenomenets natur og omfang i Europa. Arbeidet med å utarbeide rapporteringsstandarder som gjør det mulig å gi en bedre beskrivelse av blandingsbruksmønstre på europeisk plan, må pågå parallelt. De første skrittene i denne retning omfatter utviklingen av et mer sofistikert begrepsapparat for å se på ulike typer blandingsbruk – herunder fastsettelse av hensiktsmessige tidsrammer – samt å identifisere hensiktsmessige datakilder.



## Kilder

- ACPO Drugs Committee (2002), *A review of drugs policy and proposals for the future*, The Association of Chief Police Officers, 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. 321–3.
- Burrell, K., Jones, L., Sumnall, H. et al. (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. et al. (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*, FNs narkotikakommisjon, Det økonomiske og sosiale råd, Wien.
- CND (2006), *World drug situation with regard to drug trafficking: Report of the Secretariat*, FNs narkotikakommisjon, Det økonomiske og sosiale råd, Wien.
- EONN (2002a), *Prosecution of drug users in Europe – varying pathways to similar objectives*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- 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', prosjekt CT.00.EP.13, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2004a), *2004 Årsrapport om narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2004b), *An overview of cannabis potency in Europe*, Insights no. 6, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2004c), *Europeisk rapport om sprøyterom*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2004d), 'Overdose – en vesentlig årsak til unødvendige dødsfall blant unge', *Fokus på narkotika* nr. 13, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2005a), *Årsrapport for 2005: Narkotikasituasjonen i Europa*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2005b), 'Assistance to EMCDDA for the analysis of drug profiles from EMCDDA Databank on surveys of drug use', final report, prosjekt CT.03.P1.200, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- 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', final report, prosjekt CT.04.P2.329, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EuroHIV (2005), *HIV/AIDS surveillance in Europe: End-year report 2004*. Institut de veille sanitaire: Saint-Maurice. No 71.
- Europol (2006), 'Drugs 2006' (rapport til EONN av 16. januar 2006, fil nr. 158448), Europol, Haag.
- Farrell, M., Gowing, L., Marsden, J. et al. (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in HIV prevention', *International journal of drug policy* 16S, s. S67–75.
- Haasen, C., Prinzleve, M., Gossop, M. et al. (2005), 'Relationship between cocaine use and mental health problems in a sample of European cocaine powder and crack users', *World psychiatry* 4(3), s. 173–6.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T. et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Centalförbundet för alkohol og narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe.
- Higgins, S.T., Sigmon, S.C., Wong, C.J. et al. (2003), 'Community reinforcement therapy for cocaine-dependent outpatients', *Archives of general psychiatry* 60, s. 1043–52.
- INCB (2006a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2005*, FNs internasjonale komité for narkotikakontroll, New York.
- INCB (2006b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, FNs internasjonale komité for narkotikakontroll, New York.
- Kandel, D. og Davis, M. (1992), 'Progression to regular marijuana involvement: Phenomenology and risk factors from near daily use', in: Glantz, M. og Pickens, R. (redaktører), *Vulnerability to Drug Abuse* s. 211–53. 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', in: Peters, R. og McMahon, R. J. (redaktører) *Childhood disorders, substance abuse, and delinquency: prevention and early intervention approaches*, Sage Publications, Newbury Park, CA.

- MacDonald, Z., Tinsley, L., Collingwood, J. et al. (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*, Zentrum für interdisziplinäre Suchtforschung der Universität Hamburg ([http://www.heroinstudie.de/ZIS\\_H-Bericht\\_P1\\_DLR.pdf](http://www.heroinstudie.de/ZIS_H-Bericht_P1_DLR.pdf)).
- Nasjonale 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. et al. (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. et al. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European addiction research* 10, s. 147–55.
- 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. et al. (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. et al. (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. 203–11.
- UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2005), *Coca cultivation in the Andean region: A survey of Bolivia, Colombia and Peru – June 2005*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2006), *2006 world drug report*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC og Marokkos regjering (2005), *Morocco Cannabis Survey 2004*. FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.
- Van den Brink, W. (2005), 'Epidemiology of cocaine and crack: implications for drug policy and treatment', *Sucht* 51(4), s. 196–8.
- 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* (under trykking).
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H. et al. (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*, Verdens tollorganisasjon, Brussel.
- WHO (2005), *Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users. Evidence for action technical papers*, Verdens helseorganisasjon, Genève.
- WHO/UNODC/UNAIDS (2004), 'Substitution maintenance therapy in the management of opioid dependence and HIV/AIDS prevention', position paper, Verdens helseorganisasjon, FNs organ for narkotika og kriminalitet, UNAIDS ([http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/treatment/en/index.html](http://www.who.int/substance_abuse/publications/treatment/en/index.html)).







Europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk

**Årsrapport for 2006: Narkotikasituasjonen i Europa**

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

2006 — 92 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 92-9168-264-0



## **SALES AND SUBSCRIPTIONS**

Publications for sale produced by the Office for Official Publications of the European Communities are available from our sales agents throughout the world.

You can find the list of sales agents on the Publications Office website (<http://publications.europa.eu>) or you can apply for it by fax (352) 29 29-42758.

Contact the sales agent of your choice and place your order.

## Om EONN

Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er en av Den europeiske unions desentraliserte institusjoner. Det ble opprettet i 1993 og har sitt hovedkontor i Lisboa. EONN er den viktigste kilden til informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet i Europa.

EONN samler inn, analyserer og distribuerer 'objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon' om narkotika og narkotikaavhengighet og kan dermed gi publikum et evidensbasert bilde av narkotikasituasjonen i Europa.

Senterets publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, vitenskapelige miljøer, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet, og i videre forstand, media og allmennheten.

I årsrapporten presenterer EONN sin årlige oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Rapporten er et viktig referansedokument for alle som søker siste nytt om narkotikasituasjonen i Europa.