



Europeisk overvåkings-senter for
narkotika og narkotikamisbruk

ÅRSRAPPORT 2008

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

ÅRSRAPPORT 2008

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen fra Europeisk 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 samtalerne blir fakturert.

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

Bibliografiske opplysninger finnes bakerst i publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2008

ISBN 978-92-9168-334-5

© Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2008

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Luxembourg

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

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

Innhold

Forord	5
Takk	7
Innledende merknad	9
Kommentar: Narkotikasituasjonen i Europa – nye perspektiver og noen gamle realiteter	11
Kapittel 1: Politikk og lovgivning	
Politisk utvikling internasjonalt og i EU • Nasjonale strategier • Offentlige utgifter • Nasjonal lovgivning • Kriminalitet • Nasjonal forskning	18
Kapittel 2: Narkotikatilbud i Europa – en oversikt	
Forebygging • Behandling • Skadereduksjon • Sosial reintegrasjon • Helse- og sosialtiltak i fengsler	28
Kapittel 3: Cannabis	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Behandling	36
Kapittel 4: Amfetamin, ecstasy og LSD	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Fritidsmiljøer • Behandlingstilbud	47
Kapittel 5: Kokain og crack	
Tilbud og tilgjengelighet • Prevalens og bruksmønstre • Behandling og skadereduksjon	58
Kapittel 6: Opioidbruk og injeksjonsbruk	
Tilbud og tilgjengelighet av heroin • Prevalensanslag over problematisk opioidbruk • Injeksjonsbruk av narkotika • Behandling av problematisk opioidbruk	68
Kapittel 7: Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og dødsfall	
Infeksjonssykdommer • Forebygging av infeksjonssykdommer • Dødsfall og dødelighet • Reduksjon av dødsfall	78
Kapittel 8: Nye stoffer og trender	
EU-tiltak mot nye psykoaktive stoffer • Internettbutikker • GHB og GBL	90
Kilder	95



Forord

Det er med stolthet vi nå presenterer årets rapport fra Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, den trettende i rekken. Rapporten har kommet til stand takket være hardt arbeid og engasjement fra våre partnere i Reitox-nettet av nasjonale kontaktpunkter så vel som eksperter i hele Europa som har bidratt til analysen. Vi skylder også EU-byråer og internasjonale organisasjoner som arbeider innen narkotikafeltet, en stor takk. Rapporten er et kollektivt foretak, og vi vil gjerne takke alle som har bidratt til den. En nøktern analyse av det vi vet om narkotikasituasjonen er nemlig en forutsetning for en opplyst, produktiv og rasjonell debatt der alle innspill er underbygget av fakta; og de som skal ta vanskelige politiske beslutninger vil ha en god forståelse av kostnadene og fordelene ved mulige alternativer.

Dette året har stått i narkotikapolitikkens tegn, og EONN har hatt æren av: både å ha bidratt til den endelige evalueringen av EUs innværende handlingsplan mot narkotika og til en gjennomgang av 1998-års erklæring fra FNs Generalforsamlings spesialsesjon om narkotikaproblemet. Det gleder oss at Europa er en av de delene av verden hvor kartleggingen på dette området er kommet lengst. Likevel er vi klar over begrensningene i de informasjonsressursene vi har til rådighet. Derfor samarbeider vi kontinuerlig med våre partnere for å forbedre kvaliteten på tilgjengelige data og øke deres relevans.

Et underliggende tema i enhver narkotikapolitisk debatt, er kostnadene, både de skjulte og de mer synlige, ved Europas narkotikaproblem. Dette temaet behandles i forskjellige deler av denne rapporten. EONN har prøvd å utarbeide en metode for å få klarhet i de offentlige utgiftene som er forbundet med narkotikaproblemet i EUs medlemsstater. Arbeidet har bare så vidt begynt, og estimatene vi har kommet fram til, er mer veiledende enn nøyaktige. Likevel er det klart at beløpene er betydelige – foreløpige tall tilsier at vi snakker om beløp i størrelsesordenen 28 til 40 milliarder euro. Det er noe vanskeligere å beløpsfeste skadene narkotikabruken medfører. Hvilke kostnader skal vi regne med når vi ser på de tragiske tapene av menneskeliv som narkotikabruk medfører i Europa, konsekvensene for lokalmiljøet der narkotika blir produsert eller solgt, eller hvordan handelen med narkotika undergraver den samfunnsmessige utviklingen og den politiske stabiliteten i

produsentland og transittland? Vi trenger ikke gå lengre enn til den foruroligende utviklingen som transitten av kokain gjennom Vest-Afrika har medført, for å forstå hvilke skader dette problemet indirekte kan forårsake.

På den positive siden synes imidlertid bruken av narkotika i Europa å ha stabilisert seg, og det har vært en viss positiv utvikling i måten EU-medlemsstatene griper fatt i problemet på. For de fleste formene for narkotikabruk er vår generelle vurdering at vi ikke ser noen økning, og i enkelte områder synes trenden nedadgående. Når det gjelder tiltak, har praktisk talt alle medlemsstatene anlagt en strategisk tilnærming, og her er det stadig større sammenfall på europeisk plan. Behandlingstilbudet blir stadig større, og enkelte land har nå kommet til et punkt der de fleste heroinbrukerne, som en gang ble betraktet som en skjult gruppe, nå er i kontakt med rusmiddeltiltjenestene på en eller annen måte. For ikke mange år siden sto HIV-smitten blant sprøytebrukere i sentrum for den narkotikapolitiske debatten. Siden den gang har en pragmatisk blanding av forebygging, behandling og skadereduksjon blitt normen i Europa, og antallet nye smittetilfeller relatert til narkotikabruk har falt, og fortsetter å falle.

For di gode nyheter ikke gir gode overskrifter, blir de ofte oversett. Det er imidlertid viktig å anerkjenne positiv utvikling der det faktisk har vært framgang. Vi har i Europa etter hvert fått stadig bedre forståelse av hvilke tiltak som kan virke når det gjelder narkotikaproblemer. Aksept for at det vi gjør kan gjøre en forskjell – og faktisk gjør det – er en forutsetning for å sikre investeringer og politisk støtte. Det er ikke dermed sagt at det ikke fortsatt finnes problemer på narkotikaområdet i Den europeiske union, noe vi også setter fingeren på i denne rapporten. Vi kan bare nevne den stadig økende bruken av kokain og de store forskjellene som består landene imellom med hensyn til tilgjengeligheten av og kvaliteten på tjenestene som tilbys de som har problemer. Vi må derfor konkludere med at selv om det er gjort framskritt, så er vi ennå langt fra målet. Men mer enn noen gang tidligere står Europa i dag samlet om den retningen vi bør gå.

Marcel Reimen
Styreleder, EONN

Wolfgang Götz
Direktør, EONN



Takk

For deres bidrag til denne rapporten ønsker EONN å takke:

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

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

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

Kontaktinformasjon for de nasjonale kontaktpunktene er lagt ut på

<http://www.emcdda.europa.eu/about/partners/reitox-network>



Innledende merknad

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 2006 (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.

Prisene på narkotika rapportert til EONN, er prisene til bruker. Rapporter om renhet eller styrke er fra de fleste land basert på prøver tatt av alle beslaglagte stoffer, og det er generelt ikke mulig å knytte de innrapporterte dataene til et bestemt sjikt av narkotikamarkedet. Når det gjelder renhet, styrke og pris, er alle analyser basert på typiske (modale) verdier, eller hvis slike mangler, gjennomsnittlige (eller middel-) verdier.

Rapporter om prevalens av narkotikabruk basert på generelle befolkningsundersøkelser viser i hovedsak til aldersgruppen 15–64 år. Land som bruker andre øvre eller nedre aldersgrenser, er bl.a. Bulgaria (18–60), Den tsjekkiske republikk (18), Danmark (16), Tyskland (18), Ungarn (18–59), Malta (18), Sverige (16) og Storbritannia (16–59).

I rapporter om behandlingssøknader viser "nye klienter" til personer som er inntatt til behandling for første gang, og "alle klienter" til alle som påbegynner behandling. Klienter som er inne i et behandlingsprogram ved årets begynnelse, er ikke inkludert i dataene. Når andelen behandlingssøknader for et primærrusmiddel oppgis, er nevneren antallet søknader der primærrusmiddelet er kjent.

Analyser av trender er bare basert på land som har lagt fram tilstrekkelig tallmateriale til å beskrive endringer i den aktuelle tidsperioden. Tall for 2005 kan erstatte manglende 2006-verdier i analyser av trender på narkotikamarkedet. For analyser av andre trender kan manglende data bli interpolert. Trender for priser er korrigert for inflasjon på nasjonalt plan.

Begrepet "rapporter" i forbindelse med brudd på narkotikalovgivningen kan dekke ulike begreper i forskjellige stater.

Ytterligere informasjon om data og analysemetoder er tilgjengelig i Statistiske opplysninger 2008.

Årsrapporten er tilgjengelig på 23 språk og kan lastes ned fra <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>

Statistiske opplysninger 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08>) 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.

Landsoversikter (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/country-overviews>) inneholder et sammendrag av de viktigste aspektene ved narkotikasituasjonen i det enkelte land.

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/publications/national-reports>).



Kommentar

Narkotikasituasjonen i Europa — nye perspektiver og noen gamle realiteter

En kraftig røst fra Europa i et viktig år for ettertanke og politikktutforming

I Europa har 2008 vært året for evaluering av handlingsplanen mot narkotika 2005–2008, i tillegg til at det har vært arbeidet med en ny plan for å føre EUs narkotikastrategi inn i sin andre periode (2009–2012). Samtidig er 13 medlemsstater i ferd med å utarbeide utkast til eller gjennomgå sine nasjonale narkotikastrategier eller handlingsplaner. Internasjonalt er tiden inne for en gjennomgang av de erklæringer og handlingsplaner som ble vedtatt av FNs generalforsamlings 20. spesialsesjon (UNGASS) for ti år siden. 2008 kan dermed sies å være et ettertankens år både for Europa og verden for øvrig med hensyn til hvordan narkotikapolitikken har fungert så langt, og hvor veien går videre.

EU-medlemsstatenes nasjonale narkotikastrategier og bidrag til den globale narkotikadebatten viser at det råder stadig større enighet på området. Med bare ett unntak har alle medlemsstatene i EU nå nasjonale narkotikapolitiske dokumenter, og om lag halvparten av dem har strukturert sine nasjonale dokumenter på noenlunde samme måte som EUs handlingsplan, noe som tyder på stadig større politisk enighet i Europa om hvordan narkotikaproblemet bør håndteres. Med støtte fra Kommissjonen har EUs medlemsstater inntatt en stadig mer samstemt holdning i debatten som har ledsaget UNGASS-gjennomgangen. De europeiske innspillene til debatten vektlegger behovet for gjennomgripende, balanserte og evidensbaserte retningslinjer og tiltak, samt verdien av forbedret kartlegging av det globale narkotikaproblemet, nå etter UNGASS.

Narkotikabruk og anvendelsen av strafferettslige sanksjoner: et sammensatt bilde

De senere årene har EONN rapportert om en tendens i europeiske land til å skille skarper i narkotikalovgivning mellom de som smugler eller omsetter narkotika, og de som bruker narkotika. Dette skillet kommer til uttrykk ved at en del land har redusert straffen for narkotikabruk, mens andre har avvist dette og

kanskje til og med skjerpet straffen. I praksis er det ofte vanskelig å skille mellom leverandør og bruker, og det er stor forskjell medlemsstatene imellom i hvordan de skiller mellom disse to kategoriene.

Forestillingen om at europeiske land nå har redusert bruken av strafferettslige sanksjoner mot narkotikabruk, underbygges ikke av tilgjengelige data. I løpet av de siste fem årene har antallet rapporterte narkotikaforbrytelser økt i Europa. De fleste rapporterte narkotikaforbrytelser gjelder bruk og besittelse til eget bruk snarere enn omsetning, og mens lovbrudd knyttet til omsetning har økt med 12 %, har lovbrudd knyttet til besittelse økt med over 50 %. Cannabis er fortsatt det stoffet som oftest figurerer i forbindelse med brudd på narkotikalovgivningen.

Årsakene til økningen i antall narkotikalovbrudd knyttet til bruk, er uklare og kan til og med være forbundet med at det i enkelte land administrativt sett kan ha blitt enklere å avsi dom for besittelse. Selv om noen mener at sannsynligheten for at narkotikabrukere, og da særlig cannabisbrukere, skal bli tiltalt for narkotikalovbrudd er blitt mindre de senere årene, blir ikke dette underbygget av dataene. Det er heller ikke klart i hvilken grad det har vært noen forandring når det gjelder anvendelsen av sanksjoner for narkotikabesittelse, og EONN vil se nærmere på dette spørsmålet i en utgave av Utvalgte aspekter neste år.

Ny undersøkelse ser på de unges holdninger til narkotikabruk

En Eurobarometer-undersøkelse som nylig ble gjennomført om de unges holdninger til og oppfatninger om narkotika, fant at det var stort sammenfall mellom landene. Generelt ble risikoen ved å bruke stoffer som heroin, kokain og ecstasy ansett for å være høy av mellom 81 % og 96 % av de tilspurte. Langt de fleste av alle som svarte (95 %) mente at disse stoffene fortsatt burde være kontrollert i Europa. Synet på cannabis var imidlertid mer delt. 40 % av de spurte mente at stoffet utgjorde en stor risiko, mens omtrent like mange (43 %) mente at bruk av cannabis utgjorde en "middels helsefare", altså stort sett like farlig som å røyke tobakk. Oppfatningen om helsefaren knyttet

til bruk av cannabis kom til uttrykk gjennom mindre støtte til et fortsatt forbud mot cannabis (67%), og at et stort mindretall (31 %) mener at cannabis bør reguleres på samme måte som alkohol og tobakksprodukter.

Narkotikaforebygging: evidensgrunnlaget vokser, men praksis er vanskelig å endre

Til tross for en nærmest universell støtte til forebygging av narkotikabruk, innebærer formelle evalueringer på dette området store metodologiske utfordringer, og dokumentasjon angående effektiviteten av tiltakene har vært begrenset. Denne situasjonen er i ferd med å endres etter hvert som det vitenskapelige grunnlaget for narkotikaforebygging vokser og ytterligere, mer stringente, studier utføres. Selv om man fortsatt ofte må trekke slutninger ut fra amerikanske studier, hvis relevans for europeiske forhold kan være tvilsom, finnes det nå stadig mer europeisk dokumentasjon. Den samlede informasjonen som nå er tilgjengelig, gir større forståelse av hvilke aktiviteter som har sannsynlighet for å være effektive, og hvordan tiltakene kan målrettes mot de gruppene som er utsatt for størst risiko. Nye data tyder likevel på at de vanligste tilnæringsmåtene i mange land fortsatt mangler et solid evidensgrunnlag og faktisk i noen tilfeller også omfatter tiltak som kan virke mot sin hensikt. Utfordringen for beslutningstakerne kan derfor være at de programmene man vet har effekt, ofte krever større ressurser og mer fokus på opplæring og kvalitetskontroll.

For å fremme kunnskapsutveksling og beste praksis på narkotikaområdet lanserte EONN i 2008 en internettportal om beste praksis. Portalen, som bl.a. inneholder en modul om forebyggende tiltak, gir en oversikt over den nyeste dokumentasjonen på programmenes effekt og effektivitet samt verktøy og standarder med sikte på å forbedre kvaliteten på tiltakene. Det gis også eksempler på evaluerte praksiser fra hele Europa.

Behandling for narkotikabruk: større fokus på resultater og klientenes behov

Antallet narkotikabrukere som får behandling for sin avhengighet, har økt betraktelig i de senere årene, og mange land har nå en signifikant andel av sine problembrukere av opioider i langsiktig substitusjonsbehandling. Denne trenden har ført til at tilbudet av legemiddelalternativer er blitt utvidet og til økt fokus på behandlingskvalitet og -resultater; i motsetning til tidligere, da antallet klienter i behandling ble viet størst politisk interesse. Debatten har dreid over til diskusjoner om hva som er realistiske langsiktige mål

for substitusjonsbehandlingen og i hvilken grad klientene kan reintegreres i samfunnet og gjenoppta et normalt liv. En av de viktigste forutsetningene for at klientene skal kunne reintegreres i samfunnet, er inntektsgivende arbeid, og dette har vist seg å ha stor prognostisk verdi. Det har imidlertid vist seg vanskelig for klientene å få innpass på arbeidsmarkedet, gitt de svake faglige kvalifikasjonene og det lave utdanningsnivået som kjennetegner mange av de menneskene man finner i en generelt aldrende befolkning av kroniske narkotikabrukere i langtidsbehandling i Europa. For europeiske behandlingstjenester blir det stadig viktigere å komme til enighet om hva som kan betegnes som vellykkede resultater for klienter med langvarige narkotika problemer, og i hvilken grad man kan forvente å lykkes med å reintegrere medlemmer av denne befolkningen i samfunnet.

Selv om behandlingstilbudet i Europa stadig bygges ut, er det fortsatt store variasjoner landene imellom når det gjelder tilgjengelighet og i hvilken grad tjenestene er innrettet mot ulike typer narkotika problem. Man ser i stadig større grad verdien av å tilby narkotikabehandling til innsatte i fengslene, men likevel er det ennå et stykke igjen til denne erkjennelsen reflekteres i bevilgningene til slike tjenester, som i de fleste land fremdeles er lite utviklet. En viktig utfordring for behandlingstjenestene i Europa er behovet for å utvikle omsorgsmodeller som er skreddersydd etter behovene til en mer uensartet brukerbefolkning. I en situasjon hvor dokumentasjonen ikke utpeker noen enkelt beste praksis, er noen europeiske land i ferd med å utvikle interessante nye metoder for behandling av cannabis- og kokainbrukere. De komplekse problemene som skyldes ulike former for blandingsbruk, herunder av alkohol, er en utfordring i utformingen av behandlingstjenestene. Derfor vil de europeiske behandlingstjenestene i fremtiden sannsynligvis måtte utvikle stadig mer differensierte tiltak hvis de skal kunne håndtere klientenes stadig mer differensierte behov.

Sterkere signaler om at cannabisbruk blir mindre populært

Nyere data fra spørreundersøkelser gjennomført blant skoleelever og voksne, tyder på en stabilisering eller reduksjon i bruken av cannabis totalt sett i en del land. Andre nasjonale trender er fortsatt synlige, og det er markante forskjeller landene imellom. Dette gjenspeiler seg i trendene på mellomlang sikt – noen lavprevalensland har rapportert om en økning og en del høyprevalensland om nedgang, mens situasjonen i mange andre land er stabil.

Nedgangen i prevalens er tydeligst i de yngre aldersgruppene. Data fra den siste HBSC-studien, som

Anslag over narkotikabruk – i korte trekk

De estimatene som presenteres her, gjelder den voksne befolkningen (15–64 år) og er basert på de nyeste tilgjengelige dataene. For fullstendig datasett og informasjon om metodene som er benyttet, se ledsagende statistiske opplysninger.

Cannabis

Livstidsprevalens: minst 71 millioner (22% av voksne i Europa)

Bruk siste år: om lag 23 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: over 12 millioner europeere

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,8% til 11,2%

Kokain

Livstidsprevalens: minst 12 millioner (3,6% av voksne i Europa)

Bruk siste år: 4 millioner voksne i Europa, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: om lag 2 millioner

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,1% til 3,0%

Ecstasy

Livstidsprevalens: om lag 9,5 millioner (2,8% av voksne i Europa)

Bruk siste år: over 2,6 millioner, eller én tredel av alle som har livstidserfaring

Bruk siste måned: over 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,2% til 3,5%

Amfetamin

Livstidsprevalens: nesten 11 millioner (3,3% av voksne i Europa)

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

Bruk siste måned: under 1 million

Variasjoner mellom landene mht. bruk siste år:

Variasjoner fra 0,0% til 1,3%

Opioider

Problematiske bruk av opioider: mellom ett og seks tilfeller pr. 1 000 i den voksne befolkningen

I 2005–2006 sto narkotikainduserte dødsfall for 3,5% av alle dødsfall blant europeere i alderen 15–39 år, og opioider ble påvist i om lag 70% av dødsfallene

Ca. 50% av alle søknader om narkotikabehandling gjelder opioider

Mer enn 600 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i 2006

undersøker helseatferd hos skolebarn, viser en stabil eller nedadgående trend for narkotikabruk blant 15-åringene i de fleste land i perioden 2001–2006, og foreløpige rapporter tyder på at dette inntrykket kan bli bekreftet av den siste runden av Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), som vil bli publisert i slutten av 2008. I Storbritannia, som pleide å utmerke seg med høy prevalens av cannabisbruk, ser man nå en stabilt nedadgående trend som er aller tydeligst i aldersgruppen 16–24 år. Grunnen til at cannabisbruk synes å bli mindre populært blant unge mennesker, er ikke godt dokumentert, men kan ha noe å gjøre med en mulig endring i oppfatningen av risiko forbundet med bruk av dette stoffet. Enkelte kommentatorer har antydnet at redusert popularitet for cannabisbruk kan ha forbindelse med endrede holdninger til sigarettøyking. I Europa røykes cannabis ofte sammen med tobakk, og narkotikaforebyggende programmer har i stadig større grad tatt for seg helsekonsekvensene ved bruk av både lovlige og ulovlige rusmidler.

Likevel ligger cannabisbruken i Europa fortsatt på et historisk høyt nivå, og i mange land er det et betydelig antall mennesker som bruker cannabis jevnlig eller intensivt, for det meste unge menn. Trendene for tallet på regelmessige og intensive cannabisbrukere kan variere uavhengig av prevalensen av cannabisbruk i befolkningen generelt, og det bør fokuseres mer på disse bruksmønstrene og tilknyttede problemer.

Innenlandsk cannabisproduksjon: store mørketall

Hasjissj har tradisjonelt vært det mest utbredte cannabisproduktet i EU-medlemsstatene, og på verdensbasis er Vest-Europa fortsatt det største markedet for dette stoffet. Imidlertid har innenlandsk produksjon av marihuana økt i Europa, og denne produksjonen har for en stor del gått upåaktet hen. De fleste land rapporterer nå om lokal produksjon, som kan variere fra noen få planter til eget bruk til storskaladyrking for kommersielle formål.

Omfanget av og den relative markedsandelen for lokalt produsert marihuana er ikke kjent, og EONN gjennomfører derfor en studie for å kartlegge cannabismarkedet i Europa. Det er også økt debatt om implikasjonene ved utviklingen på cannabismarkedet. Blant de bekymringer som har kommet til uttrykk, er de negative konsekvensene cannabisproduksjonen har i lokalmiljøene gjennom økt kriminalitet, samt det faktum at cannabis produsert innenlands typisk er svært sterk. Den lokale produksjonen er også en utfordring for organene for rettshåndhevelse, dvs. politi, retts- og tollvesen,

fordi produksjonsstedene befinner seg nær forbrukerne, er relativt enkle å skjule og krever ikke transport over landegrensene.

Kokainbruken øker fortsatt i et segmentert europeisk marked for sentralstimulerende midler

Sentralstimulerende midler spiller en viktig rolle, ikke bare i bruksmønstrene blant kroniske brukere og marginaliserte grupper av problembrukere i Europa, men også blant grupper av sosialt bedre integrerte unge mennesker som snarere bruker narkotika i rekreasjonssammenheng. Bruksmønstrene for sentralstimulerende midler varierer imidlertid i Europa. Kokain er nå det vanligste sentralstimulerende middelet i mange land i Sør- og Vest-Europa, og bruken brer om seg. Når det gjelder amfetamin og ecstasy, tyder imidlertid indikatorene på en generelt stabil eller nedadgående trend. Likevel er amfetamin fortsatt det mest brukte sentralstimulerende middelet i de fleste land i Sentral-, Nord- og Øst-Europa, hvor det noen steder utgjør et alvorlig problem. Bruk av metamfetamin er fortsatt sjelden utenom Den tsjekkiske republikk og Slovakia, men tilgjengelighet eller bruk av dette stoffet rapporteres sporadisk også i andre land.

Ettersom det finnes likhetstrekk både mellom miljøet de ulike sentralstimulerende midlene brukes i og forklaringene som gis på hvorfor de brukes, kan disse stoffene til en viss grad anses som konkurrerende produkter på det europeiske narkotikamarkedet. Dette burde medføre at tiltakene ikke bare bør fokusere på enkeltstoffer, men også må betrakte sentralstimulerende midler som gruppe snarere enn bare som enkeltstående problemer. Dette er et viktig poeng, da tiltak som iverksettes med sikte på å redusere tilgjengeligheten av ett av disse stoffene, kan undergraves om de bare fører til at brukerne bytter til alternative produkter.

Utviklingen innen produksjon av syntetiske narkotiske stoffer i Europa gir økt bekymring for miljøkostnadene

Europeiske land er fortsatt store produsenter av amfetamin og MDMA, selv om Europas rolle har blitt relativt mindre i takt med at produksjonen har økt andre steder. Det blir typisk avslørt mellom 70 og 90 produksjonsheter hvert år, hovedsakelig konsentrert til noen få land i Vest- og Øst-Europa. Data fra politi og tollvesen tyder på at produksjonen av syntetiske narkotiske stoffer, herunder metamfetamin, kan være i ferd med å bli mer sofistikert, med større produksjonspartier ved bruk av større reaksjonskar, industrielt og spesiallaget utstyr så vel som mobile enheter.

At størrelsen på en typisk produksjonsomgang øker, kan forverre problemet med dumping av avfall. Produksjonen av ett kilo amfetamin eller MDMA vil typisk gi ca. 15–20 kilo avfall som inneholder giftige og brennbare kjemikalier som utgjør en miljøfare. Kostnadene i forbindelse med miljøskade og opprydning på steder som har vært benyttet til illegal deponering av kjemisk avfall fra produksjon av syntetiske narkotiske stoffer, kan være betydelige.

Kokainsmugling via Vest-Afrika: fra bekymring til handling

Etter hvert som kokainbruken brer om seg i Europa, økes innsatsen for å bekjempe denne. Både volumet og antallet kokainbeslag stiger stadig, og de årlige beslagene er nå oppe i over 120 tonn, hvorav mer enn tre firedeler i Spania og Portugal. Innsatsen for å bekjempe smuglingen av kokain til Europa er styrket ved opprettelsen av Maritime Analysis and Operations Centre–Narcotics (MAOC-N) i Lisboa. Dette senteret spiller en viktig rolle i koordineringen av bekjempesarbeidet og utvekslingen av etterretningsinformasjon mellom deltakerstatene.

Selv om kokainen kommer til Europa via en rekke ruter, har smuglingen via vestafrikanske land økt dramatisk og representerer nå en viktig kanal for kokain til det europeiske markedet. Denne situasjonen kan bidra til å destabilisere og undergrave utviklingsarbeidet i en region som allerede står overfor mange sosiale, helsemessige og politiske utfordringer. Særlig kan inntektene fra kokainsmugling ha potensial til å undergrave strafferettssystemet og oppmuntre til korrupsjon. Den europeiske union og medlemsstatene samarbeider med vestafrikanske land om å utvikle en rekke tiltak for å motarbeide denne voksende trusselen.

Heroinproblemet er stadig like stort, og bruken av syntetiske opioider øker

Nye estimater over den globale heroinproduksjonen, anslått til 733 tonn, viser at produksjonen har fortsatt å øke. Hvilke konsekvenser denne økningen har for tilgjengeligheten og bruken av stoffet i Europa, er imidlertid vanskelig å måle. De dataene som finnes, gjør det vanskelig å trekke konklusjoner. For eksempel har mengden av heroin som er beslaglagt i Den europeiske union gått noe ned, men dette er blitt oppveid av en betydelig økning i mengdene som er tatt i Tyrkia.

Det foreligger ikke overbevisende dokumentasjon på at vi står overfor en epidemisk økning i heroinproblemene, slik mange deler av Europa opplevde på 1990-tallet. Generelt tyder dataene på at problemet er stabilt, men ikke lenger minkende. Heroinbruken i Europa er derfor

fortsatt et alvorlig folkehelseproblem og står for en stor del av de samlede helse- og sosialkostnadene knyttet til narkotikabruk. Dataene tyder på at opioidbrukere, for det meste heroinbrukere, utgjør om lag 60% av klientene som får narkotikabehandling i Europa. Blant nye behandlingsmottakere var den relative andelen opioidbrukere — men ikke det faktiske antallet — fallende, men denne trenden synes nå å ha flatet ut. Og selv om det er påvist at Europas befolkning av opioidbrukere sakte men sikkert blir eldre, tyder dataene på at nyrekrutteringen er stor nok til at omfanget av problemet ikke vil bli signifikant mindre i overskuelig framtid.

I motsetning til hva man skulle tro, gitt situasjonen i Afghanistan, synes problemene med både illegalt omsatte og illegalt produserte syntetiske opioider å bli stadig vanligere i enkelte land. I Latvia, Litauen og Estland er det f.eks. indikasjoner på økende problemer som følge av stor tilgjengelighet på 3-metylfentanyl som produseres ulovlig utenfor EU. På grunn av stoffets styrke (fentanyl er betraktelig sterkere enn heroin) kan bruk av stoffet være ekstremt farlig. Estland hadde da også over 70 fentanylrelaterte forgiftninger med dødelig utgang i 2006. Andre land merker at stadig flere søker hjelp for problemer forbundet med bruk av opioider som synes opprinnelig å stamme fra legale kilder, og dette bidrar til det stadig større problemet med blandingsbruk som nå kjennetegner den kroniske narkotikabruken i deler av Europa.

Sprøytebruk og HIV: det generelle bildet er positivt, men store nasjonale forskjeller

Over 40% av alle heroinbrukere som påbegynner poliklinisk behandling, rapporterer at de injiserer. Dette bekrefter at denne særlig skadelige inntaksmåten fortsatt er et stort helseproblem i Europa. Sprøytebruk er forbundet med en rekke problemer, inkludert blant annet spredning av blodbårne smittsomme sykdommer som HIV og hepatitt C. Endringer i andelen sprøytebrukere av alle klienter som påbegynner behandling, tyder på at den generelle trenden i mange land er på vei bort fra sprøytebruk, men dataene viser også distinkte regionale og nasjonale forskjeller. I enkelte land, særlig i Øst-Europa, er sprøytebruk fortsatt den vanligste inntaksmåten for heroin, og anvendes av over 80% av heroinbrukerne som påbegynner behandling. Det synes også som om nyrekrutteringen fortsatt er relativt omfattende i enkelte medlemsstater, noe som framgår av studier utført blant sprøytebrukere som viser at andelen unge og nye sprøytebrukere er relativt høy.

Samlet har forekomsten av nye tilfeller av HIV-smitte i Europa sunket etter at lokale epidemier førte til en topp i enkelte land på begynnelsen av 2000-tallet. Redusert sprøytebruk i tillegg til økt tilgjengelighet av behandling og skadereduserende tiltak synes å ha gitt en generell forbedring av situasjonen, og der hvor man likevel har observert en økning i nye smittetilfeller, har økningen vært liten. Det er imidlertid fortsatt store forskjeller landene imellom. Selv om data tyder på at situasjonen i Estland, Latvia og Portugal er i ferd med å bedre seg, rapporterer disse landene fortsatt uforholdsmessig mange nye smittetilfeller, og står for en signifikant andel av alle nye HIV-tilfeller i Europa som tilskrives narkotikabruk. Data fra regionale eller lokale studier tyder også på at HIV-smitte fortsatt er et problem i Spania og Italia, selv om manglende nasjonal rapportering av tilfeller gjør det vanskelig å spore trender i disse landene. Andre steder fortsetter risikoatferden, og potensialet for nye epidemier er fremdeles til stede, noe som understreker behovet for å være på vakt: f.eks. rapporterte Bulgaria om 34 nye tilfeller i 2006, mens det fra 2000 til 2003 så og si ikke ble rapportert om nye tilfeller.

Narkotikarelaterte dødsfall: en stor byrde for folkehelsen

EONN kartlegger forgiftninger med dødelig utfall som direkte kan tilskrives narkotikabruk (narkotikainduserte dødsfall). Gjennomsnittlig rapporteres det hvert år ca. 7 000–8 000 narkotikainduserte dødsfall i Europa, men da underrapportering er et kjent problem, representerer dette tallet et minsteanslag. Opioider, hovedsakelig heroin, er de stoffene som oftest forbindes med overdose, men også andre stoffer og alkohol er vanlige. Etter noen år med nedgang i begynnelsen av århundret har trenden for narkotikainduserte dødsfall nå flatet ut. Da årsakene er uklare, er det behov for ytterligere forskning både på hvilke faktorer som spiller inn ved overdose, og hvor effektive de forebyggende tiltakene er. Narkotikabrukere som løslates fra fengslene, kan være særlig utsatt for risiko. En ny studie rapporterte at denne gruppen hadde 8–10 ganger høyere dødelighet enn forventet. I det hele tatt er overdoseforebygging fortsatt et område hvor det må satses mer.

Studier har også vist at den totale dødeligheten blant narkotikabrukere; om også sykdom, ulykker og vold tas med i betraktningen, er inntil 50 ganger høyere enn i befolkningen generelt. Det er derfor nødvendig å investere i hensiktsmessig utformede kohortstudier som kan gi en bedre forståelse av årsakene til og omfanget av den totale narkotikarelaterte dødeligheten så vel som å undersøke ulike risikoer som f.eks. løslatte fanger eller personer som slutter i behandling utsettes for.

Internett og markedsinnovasjon – utfordringer for narkotikapolitikken

En undersøkelse EONN nylig har utført, viste at i Europa selges over 200 naturlige, halvsynetiske og syntetiske psykoaktive produkter via internett. Mange av disse stoffene klassifiseres som "legal highs" eller "herbal highs" og markedsføres som alternativer til kontrollerte stoffer, selv om deres faktiske rettslige stilling kan variere betraktelig fra land til land i Europa. Rapporter tyder på at antallet nettbaserte forhandlere av slike produkter øker, og at de raskt tilpasser seg forsøk på å kontrollere markedet, bl.a. ved å lansere nye produkter. I tillegg selger nettbaserte apoteker og forhandlere psykoaktive stoffer til angivelig lovlige formål, og disse kan være potensielle nye distribusjonskanaler for illegale rusmidler. Alt i alt utgjør nå salg via internett en betydelig utfordring for både internasjonal og nasjonal narkotikapolitikk og kontrollmekanismer. Fordi nye produkter dukker opp og i raskt tempo spres via nettet, blir det desto viktigere å utvikle mekanismer for å overvåke denne virksomheten.

Økt erkjennelse av betydningen av dialog med sivilsamfunnet

Narkotikaproblemene henger nøye sammen med en rekke andre samfunns- og helsespørsmål. For at tiltakene på området skal lykkes, er det nødvendig at en bred allianse av deltakere involveres, og at tiltakene får støtte i de miljøene der de iverksettes. Denne innsikten gjenspeiler seg i en stadig større erkjennelse av at den politiske debatten må gjennomføres av en dialog med sivilsamfunnet. Med sikte på dette har den europeiske narkotikadebatten i den senere tid blitt styrket med en rekke tiltak. Blant annet har Europakommisjonen

opprettet et sivilsamfunns-forum som skal sikre at erfaring fra førstelinje-tiltak tilføres prosessen fram mot en ny narkotikastrategi for EU, samt forme evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika. Betydningen av samråd med representanter for frivillige organisasjoner og lokalsamfunnene er også blitt anerkjent i EUs narkotikastrategi og gjenspeilet i en rapport vedtatt av Europaparlamentet i mars 2008, som understreker sivilsamfunnets grunnleggende rolle i utviklingen, gjennomføringen, evalueringen og overvåkingen av narkotikapolitikken.

Europeisk narkotikaforskning og behovet for tverrnasjonalt samarbeid

I løpet av det siste tiåret har narkotikarelatert forskning og infrastrukturen som støtter den (forskningsentra, vitenskapelige tidsskrifter, finansieringsordninger) utviklet seg mye i Europa. Dette framgikk av det utvalgte aspektet om forskning som EONN utga i 2008. Det som er mindre positivt, er at denne framgangen ikke er ledsaget av en tilsvarende styrking av samarbeidet og samordningen av den narkotikarelaterte forskningsinnsatsen blant EUs medlemsstater. Denne problemstillingen vies stadig mer oppmerksomhet, og Europakommisjonen har bestilt en ny studie for å få oversikt over forskningsaktiviteten, kombinert med en komparativ analyse av tilgjengelige infrastrukturer i Europa og andre deler av verden. Rapporten skal også inneholde anbefalinger for hvordan samarbeidet på EU-nivå kan forbedres, samt bidra til en diskusjon om hvordan forbindelsene mellom finansieringsmulighetene for europeiske forskning og behovene for forskning og politikk kan styrkes.



Kapittel 1

Politikk og lovgivning

Innledning

Narkotikapolitikk blir et viktig tema i 2008. I løpet av året skal både FN og EU vurdere resultatene av sin narkotikapolitikk angående bruk og skadevirkninger av illegale rusmidler. FN vurderer nå innsatsen som er gjort for å gjennomføre tiltakene og å nå målene som i 1998 ble satt av FNs generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) om narkotikasituasjonen i verden. I Europa blir 2008 året for den endelige evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2005–08) og utformingen av handlingsplanen for 2009–12. Samtidig skal i løpet av året flere EU-medlemsstater enn noen gang gjennomgå sine nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner samt utarbeide nye narkotikapolitiske dokumenter ⁽¹⁾.

EONN vil drøfte forskningsfunn og utviklingen i 2008 i neste årsrapport. Kapittel 1 fokuserer i år på den siste tids narkotikapolitiske endringer, presenterer nye data om narkotikarelaterte offentlige utgifter, utforsker tre konkrete dimensjoner ved narkotikalovgivning – besittelse til personlig bruk, alternativer til straff og fokuset på å beskytte befolkningen – og setter fokus på de nyeste trendene innen narkotikalovbrudd. Kapittelet avslutter med en oversikt over narkotikarelatert forskning i EUs medlemsstater.

Politisk utvikling internasjonalt og i EU

UNGASS – 10 år etter

I juni 1998 møttes FNs generalforsamlings 20. spesialsesjon (UNGASS) i New York for å diskutere narkotikasituasjonen i verden. Dette "narkotikatoppmøtet" satte en ny dagsorden for det internasjonale samfunnet gjennom tre nøkkeldokumenter ⁽²⁾: en politisk erklæring, en erklæring om retningsgivende prinsipper for reduksjon av etterspørselen etter narkotika samt en resolusjon i fem deler med tiltak for å øke internasjonalt samarbeid. Ved å vedta den politiske erklæringen forpliktet FNs

medlemsstater seg til innen 2008 å oppnå målbare resultater for tilbud og etterspørsel etter illegale rusmidler.

Årets møte i FNs narkotikakommisjon (CND) markerte starten for gjennomgangen av innsatsen som er gjort i løpet av disse ti årene for å nå målene og delmålene fastsatt av UNGASS i 1998. Ifølge en rapport fra FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC) er det gjort store framskritt det siste tiåret, selv om FNs medlemsstater i enkelte områder og regioner ikke har oppfylt målene og delmålene i den politiske erklæringen ⁽³⁾. Denne gjennomgangen skal etterfølges av en ettårig refleksjonsperiode, og i løpet av denne tiden skal det gjennomføres drøftinger først i mellomstatlige arbeidsgrupper av eksperter, deretter på møter mellom sesjonene. Det vil bli gjort forberedelser til et eget todagers segment på CND 2009, hvor det skal legges planer for framtidige politiske erklæringer og tiltak.

EU spiller en aktiv rolle i UNGASS-gjennomgangen. Resolusjoner utarbeidet av EU ble vedtatt på CNDs sesjoner i 2006 (49/1), 2007 (50/12) og 2008 (51/4), og samtlige tar til orde for en vitenskapelig og gjennomiktig evalueringsprosess. EONN har også vært involvert i eksperthøringer finansiert av Europakommisjonen og arrangert av UNODC, og har her bidratt med en oversikt over narkotikastrategier og tiltak i Europa siden 1998.

Evaluering av EUs handlingsplan mot narkotika

I desember 2007 la Europakommisjonen fram sin andre framdriftsrapport om gjennomføringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2005–08). Rapporten, som inneholder data fra EUs medlemsstater, EONN, Europol og Europakommisjonen, vurderer i hvilken grad målsettingene for 2007 er blitt gjennomført. En av hovedkonklusjonene i rapporten var at det er tegn på tilnærming mellom medlemsstatenes narkotikapolitikk. Det ble også satt fokus på vanskene med å samle inn data om tilbudsreducerende tiltak og med å kople en del av

⁽¹⁾ Med "nasjonale narkotikapolitiske dokument" menes ethvert av en regjering godkjent offisielt dokument, som definerer generelle prinsipper og konkrete intervensjoner eller målsettinger på narkotikaområdet, enten dette offisielt betegnes som narkotikastrategi, handlingsplan, program eller annet policy-dokument.

⁽²⁾ <http://www.un.org/ga/20special/>

⁽³⁾ <http://www.unodc.org/unodc/en/commissions/CND/session/51.html>

de planlagte tiltakene mot indikatoren for evaluering av gjennomføringen.

Den endelige evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika, med innspill fra medlemsstatene, Europol og EONN, har funnet sted i 2008. Evalueringsrapporten skal publiseres av Kommisjonen høsten 2008, og funnene skal innarbeides i den andre handlingsplanen (2009–12) under EUs narkotikastrategi (2005–12).

Øvrig utvikling i EU

I september 2007 vedtok Rådet og Europaparlamentet "Programmet for forebygging av og informasjon om narkotika" ⁽⁴⁾ under de økonomiske rammene for 2007–13 og det overordnede programmet for grunnleggende rettigheter og rettferdighet. Programmets generelle målsettinger er: forebygging og reduksjon av narkotikabruk, avhengighet og narkotikarelaterte skader, bidra til styrket informasjon om narkotikabruk samt støtte vedtak gjort under EUs narkotikastrategi (2005–12). Programmet har EUR 21,35 millioner til rådighet for kommisjonsstudier, driftsutgifter til europeiske frivillige organisasjoner på narkotikafeltet og tverrnasjonale prosjekter. Det vil også bli satt i gang felles tiltak med andre fellesskapsprogrammer, f.eks. det andre programmet for fellesskapstiltak på helseområdet (2008–13) ⁽⁵⁾, som i den delen som gjelder helsefremmende arbeid med ulike helse-determinanter, omfatter tiltak mot illegale rusmidler i utvalgte miljøer som skoler og arbeidslivet.

I juni 2006 utga Europakommisjonen i tråd med gjeldende handlingsplan mot narkotika, en grønnbok om det sivile samfunnets rolle i narkotikapolitikken. Denne ble etterfulgt i 2007 av utvelgelsesprosessen for et nytt sivilsamfunnsforum om narkotika. Formålet med forumet er å fungere som en plattform for uformell utveksling av synspunkter og informasjon mellom Kommisjonen og organisasjoner i det sivile samfunn i EU, søkerlandene og eventuelle naboland. Forumet omfatter 26 organisasjoner som representerer et bredt spekter av holdninger. Det møttes for første gang i desember 2007 og så igjen i mai 2008 for å drøfte evalueringen av den foreliggende handlingsplanen mot narkotika og den nye handlingsplanen.

Nasjonale narkotikastrategier

Utvikling i den senere tid

Nye handlingsplaner mot narkotika eller tilsvarende programmer ble vedtatt av fire EU-medlemsstater (Den tsjekkiske republikk, Estland, Ungarn og Finland) samt Tyrkia og Norge i annen halvdel av 2007. Alle dokumentene har en tidsramme på tre til fire år, og med unntak av den tyrkiske handlingsplanen avløser de alle tidligere planer eller programmer. Samme år vedtok også Spania et supplerende nasjonalt handlingsprogram mot kokain (2007–10).

Tidlig i 2008 vedtok tre medlemsstater nye policy-dokumenter. Italias første handlingsplan mot narkotika har en tidsramme på ett år, og denne skal følges opp av en fireårig handlingsplan (2009–12) som skal synkroniseres med EUs nye handlingsplan mot narkotika. Maltas aller første nasjonale narkotikapolitiske dokument har ikke noen tidsramme, men omfatter nærmere femti tiltak som skal gjennomføres i de kommende årene. Endelig er Storbritannias nye 10-årige narkotikastrategi (2008–18) for første gang supplert av en treårig handlingsplan (2008–11) som definerer nøkkeltiltak som skal gjennomføres i nær framtid.

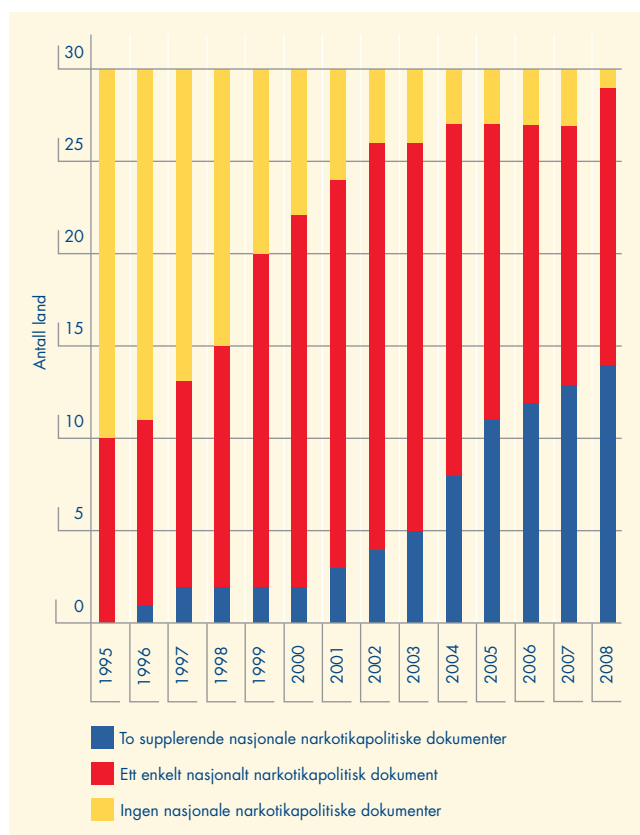
De fleste av de nasjonale narkotikapolitiske dokumentene som ble vedtatt i slutten av 2007 og begynnelsen av 2008, fokuserer hovedsakelig på illegale rusmidler, mens noen av dem også omhandler andre stoffer som alkohol, tobakk, legemidler og prestasjonsfremmende midler. Dette gjenspeiler tendensen i Europa til å anerkjenne koplingen mellom og likhetene i bruken av illegale og lovlige rusmidler, men narkotikapolitiske dokumenter tar sjelden, på noen uttømmende måte, for seg andre stoffer enn illegale rusmidler ⁽⁶⁾. Norge er fortsatt unntaket fra regelen, da illegale rusmidler og alkohol er fullstendig integrert i den nylig vedtatte handlingsplanen. De mange nasjonale narkotikastrategiene og handlingsplanene som skal utarbeides for 2009, sammen med de som allerede er vedtatt, vil gi EONN muligheten til å undersøke om trenden med å integrere lovlige og ulovlige rusmidler i nasjonale handlingsplaner mot narkotika, som ble identifisert i et utvalgt aspekt i 2006, har fortsatt.

⁽⁴⁾ Europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1150/2007/EF av 25. september 2007 om opprettelse av særprogrammet "Forebygging av og informasjon om narkotika" for perioden 2007–2013 som en del av det overordnede programmet "Grunnleggende rettigheter og rettferdighet" (EUT L 257 av 3.10.2007, s. 23).

⁽⁵⁾ Europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1350/2007/EF av 23. oktober 2007 om opprettelse av Fellesskapets andre handlingsprogram på området helse (2008–2013) (EUT L 301 av 20.11.2007, s. 3).

⁽⁶⁾ Se utvalgt aspekt (2006) "Narkotikapolitikken i Europa: begrenset til illegale rusmidler?".

Figur 1: Trender for antall land blant de 27 EU-medlemsstatene, Kroatia, Tyrkia og Norge som har narkotikapolitiske dokumenter



Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

Situasjonen generelt

Østerrike er nå den eneste av EUs medlemsstater som ikke har vedtatt en nasjonal narkotikastrategi eller handlingsplan, selv om hver av landets provinser har en regional strategi eller handlingsplan mot narkotika eller avhengighet. I de andre 26 medlemsstatene, samt i Kroatia, Tyrkia og Norge, er narkotikapolitikken fastsatt i nasjonale narkotikapolitiske dokumenter. Til sammenligning hadde bare 10 av disse 30 landene utviklet slike virkemidler i 1995 (figur 1).

Det er også en tendens til tilnærming i formatet på narkotikastrategiene og handlingsplanene. Fjorten land strukturerer nå sine nasjonale narkotikapolitiske dokumenter etter EUs tidligere narkotikastrategier og handlingsplaner. Like mange land organiserer dessuten sin nasjonale narkotikapolitikk rundt to supplerende dokumenter, nemlig et strategisk rammeverk og en handlingsplan (figur 1). I 2000, da EU benyttet denne tilnærmingen for første gang, hadde bare to medlemsstater to slike supplerende narkotikapolitiske dokumenter.

Innholdet i de nasjonale narkotikapolitiske dokumentene er et annet område der vi ser tegn på tilnærming mellom EUs medlemsstater, Kroatia, Tyrkia og Norge, med stadig flere tegn på felles mål og felles intervensjoner i de nasjonale narkotikastrategiene og handlingsplanene som er vedtatt i hvert land. Ettersom narkotikasituasjonen i hvert land vil gjenspeile ulike politiske, sosiale og økonomiske forhold, vil forskjellene i de nasjonale narkotikapolitikken, selv om de blir mindre, til en viss grad gjøre seg gjeldende også i framtiden. Noen eksempler på disse ulikhetene er gitt i kapittel 2.

Evaluering

I 2008 har 13 EU-medlemsstater allerede utarbeidet, eller er i ferd med å gjennomgå og utarbeide, nye utkast til nasjonale narkotikapolitiske dokumenter, noe som gjør dette året til et spesielt aktivt år når det gjelder utforming av nasjonale politiske retningslinjer. I likhet med Italia, Malta og Storbritannia skal Irland fornye sin narkotikastrategi i 2008, Frankrike, Portugal og Romania skal fornye sine handlingsplaner mot narkotika, og Bulgaria, Spania, Kypros, Litauen og Slovakia skal fornye både strategier og handlingsplaner. Nederland, som har det eldste nasjonale narkotikapolitiske dokumentet i Europa, har også planer om å utarbeide et nytt i 2008.

Europa erkjenner i stadig større grad nødvendigheten av å integrere overvåking og evaluering i nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner. Nesten alle de nevnte landene har utarbeidet eller planlegger å utarbeide en framdriftsrapport om gjennomføringen av sine narkotikastrategier eller handlingsplaner, og noen land, f.eks. Irland, Kypros og Portugal, vil kunne gjennomføre en grundigere evaluering i 2008.

EU-medlemsstatene har imidlertid ulike metoder for og tilnærminger til evaluering av sine nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner, og det er behov for å identifisere beste praksis på området. Dette ble tatt opp på en konferanse om evaluering organisert av det portugisiske formannskapet i EU i september 2007. For å møte utfordringen er EONN og medlemsstatene i ferd med å undersøke muligheten for å utarbeide europeiske retningslinjer på området.

Narkotikarelaterte offentlige utgifter

Fire av EUs medlemsstater har lagt fram detaljerte opplysninger for 2006 om offentlige utgifter til bekjempelse av narkotika (oppsummert i tabell 1). To av de fire landene la fram opplysninger om fordelingen av narkotikarelaterte utgifter mellom sentrale myndigheter

Tabell 1: Offentlige utgifter spesifisert som narkotikarelaterte ⁽¹⁾ i utvalgte EU-medlemsstater

Land	Spesifiserte utgifter rapportert av styringsmakt (EUR)				Andel av totale offentlige utgifter ⁽²⁾ (%)
	sentrale myndigheter	regionale myndigheter	lokale myndigheter	Sum	
Den tsjekkiske republikk	12 821 000	3 349 000	1 699 000	17 869 000	0,04
Irland ⁽³⁾	214 687 000	–	–	214 687 000	0,39
Polen	68 476 000	644 000	13 253 000	82 373 000	0,08
Portugal	75 195 175	–	–	75 195 175	0,11

⁽¹⁾ Offentlige utgifter som uttrykkelig er "spesifisert" som narkotikarelaterte i offisielle regnskapsdokumenter.
⁽²⁾ Totale utgifter offentlig forvaltning for året.
⁽³⁾ I Irland oppfordres departementer og statlige organer til å rapportere sine årlige narkotikarelaterte utgifter til Department of Community, Rural and Gaeltacht Affairs. Disse utgiftene er ikke nødvendigvis spesifisert som narkotikarelaterte i offisielle regnskapsdokumenter.
Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet og Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>).

og regionale eller lokale myndigheter, noe som tillater en sammenligning av rollene til de ulike myndighetsnivåene. I de landene som det finnes data for, går mesteparten av rapporterte narkotikarelaterte offentlige utgifter til tiltak finansiert av sentrale myndigheter.

Elleve medlemsstater ga opplysninger om statlige utgifter til visse aktiviteter iverksatt for å håndtere narkotikasituasjonen. To andre land la fram grove anslag over samlede offentlige utgifter relatert til narkotika (Spania, Malta), uten å informere om tiltakene pengene var brukt på.

I 2005 ble Europas samlede narkotikarelaterte offentlige utgifter beregnet til å ligge et sted mellom EUR 13 mrd. og EUR 36 mrd. (EONN, 2007a). Tallet framkom ved at totale narkotikarelaterte utgifter i seks land (Belgia, Ungarn, Nederland, Finland, Sverige og Storbritannia) ble ekstrapolert til de andre statene. Et revidert anslag som omfatter data fra flere land (Den tsjekkiske republikk, Frankrike, Luxembourg, Polen, Slovakia), ble nylig lagt fram (EONN, 2008d). Det nye anslaget over narkotikarelaterte offentlige utgifter i Europa er på EUR 34 mrd. (95 % konfidensintervall, EUR 28–40 mrd.), eller tilsvarende 0,3 % av samlet bruttonasjonalprodukt i alle EUs medlemsstater. Dette tyder på at det offentliges utgifter til narkotikabekjempelse i gjennomsnitt koster hver EU-borger 60 euro pr. år. Disse tallene må imidlertid anses som veiledende på grunn av de begrensede dataene de er basert på.

Rapporter om samfunnskostnader ved narkotikabruk

Opplysninger om samfunnskostnadene ved narkotikabruk (direkte og indirekte kostnader forårsaket av narkotikabruk) ble rapportert av fire medlemsstater. Selv om disse

rapportene kan gi nyttig innsikt i konsekvensene av narkotikabruk i det landet de gjelder, gjør forskjeller i metoder og måten resultatene blir rapportert på, at det ikke er mulig å foreta sammenligninger landene imellom. Mangelen på sammenlignbarhet i dataene fra ulike land gjør at det blir nødvendig å vedta en felles tilnærming til kartlegging av de samfunnsmessige kostnadene ved narkotikabruk i Europa.

I Italia ble samfunnskostnadene ved bruk av illegale rusmidler anslått til EUR 6 473 millioner, der den største andelen gikk til rettsåndhevelse (43 %), mens resten var fordelt mellom helse- og sosialtjenester (27 %) og produktivitetstap hos narkotikabrukere og personer som indirekte påvirkes av narkotikabruk (30 %). I tillegg ble det anslått at narkotikabrukere la ut EUR 3 980 millioner på kjøp av illegale rusmidler. På grunnlag av disse dataene anslås det at kostnadene ved narkotikabruk i Italia utgjør 0,7 % av bruttonasjonalproduktet. I data rapportert fra Østerrike var fordelingen mellom direkte og indirekte kostnader i 2004 motsatt av det som Italia rapporterte, slik at av de beregnede samfunnskostnadene ved narkotikabruk på EUR 1 444 millioner, utgjorde indirekte kostnader 72 %.

Storbritannia rapporterte at de økonomiske og samfunnsmessige kostnadene ved bruk av A-preparater ⁽⁷⁾ i England og Wales var EUR 22,26 mrd. i 2003–04, som utgjør en årlig kostnad på EUR 63 940 for hver problembruker. Det ble anslått at problematisk bruk av narkotika representerte 99 % av de samlede kostnadene. Kostnadene forbundet med narkotikarelatert kriminalitet, herunder rettsåndhevelse og kostnader for ofre for narkotikarelatert kriminalitet, utgjorde den største andelen av de samlede kostnadene (90 %, eller EUR 20,1 mrd.).

⁽⁷⁾ A-preparater er de stoffene som anses som de mest skadelige.

Mot en bedre forståelse av narkotikarelaterte offentlige utgifter i Europa — utvalgt aspekt EONN 2008

Som en oppfølging til EUs handlingsplan mot narkotika 2005–08 har EONN utviklet et prosjekt som tar sikte på å identifisere, utvikle og teste metoder for kvantifisering av narkotikarelaterte offentlige utgifter. Et utvalgt aspekt om dette emnet gir en oversikt over EU-medlemsstatenes og Norges narkotikarelaterte offentlige utgifter i 2005. Mesteparten av utgiftene som er identifisert, var opprinnelig "spesifisert" som narkotikarelaterte. De ble oftest sporet gjennom en grundig gjennomgang av offisielle regnskapsdokumenter og ville dermed potensielt kunne gi et bilde av statenes engasjement på narkotikafeltet. Der det har vært mulig, er skjulte eller "uspesifiserte" utgifter i programmer med et bredere formål beregnet ved hjelp av modelleringsteknikker. Denne nye doble tilnærmingen produserer standardiserte estimater som øker validiteten og sammenlignbarheten landene imellom angående utgifter som det offentlige bruker på narkotika og narkotikaavhengighet.

Detta utvalgte aspektet fås i trykt utgave og på internett (bare på engelsk)
(<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Utvikling av nasjonal lovgivning

Å studere endringene som har funnet sted i narkotikalovgivning siden UNGASS i 1998, er særlig interessant i år med tanke på alle de internasjonale, europeiske og nasjonale vurderingene og evalueringene av narkotikapolitiske dokumenter som er på trappene. Denne delen har fokus på endringer på tre nøkkelområder og stiller følgende spørsmål: Er endringene som er gjort når de gjelder rettslige definisjoner og tiltak for narkotikabrukere tegn på en ny og bredere trend for hvordan landene betrakter narkotikabrukerne?

Besittelse til eget bruk

I løpet av det siste tiåret har de fleste landene i Europa begynt å skille mellom narkotikaselgeren, som anses som en kriminell, og narkotikabrukeren, som anses som en syk person som trenger behandling. Det er imidlertid stor forskjell på hvordan medlemsstatene har valgt å definere disse kategoriene i lovgivning vedtatt i de senere år.

Et av spørsmålene der medlemsstatene er mest uenige, er hvorvidt det skal settes grenser for hvilke kvanta som faller inn under besittelse til eget bruk. I perioden 2004–06 fjernet Bulgaria begrepet besittelse til personlig bruk, mens Italia gjeninnførte det etter 12 år og Storbritannia vedtok konseptet, men valgte å ikke bruke det. Kypros og Belgia innførte grensemengder i 2003 for henholdsvis alle stoffer og cannabis, mens det i de tyske delstatene arbeides

for å gjennomføre en mer konsekvent praksis etter en avgjørelse i forfatningsdomstolen som inneholdt en udefinert henvisning til "ubetydelige mengder", noe som resulterte i tolkninger på mellom 3 og 30 gram. I Slovakia ble den rettslige definisjonen av eget bruk, i 2005 utvidet fra maksimalt én dose til maksimalt tre, og for en større mengde, 10 doser. Samtidig ble straffen for besittelse av mer enn dette hevet til minst fire år i fengsel, det samme som for handel.

Narkotikabruk i små grupper utgjør også en utfordring når det gjelder skillet mellom brukere og leverandører. I Belgia ble bruk i gruppe opphevet som eget lovbrudd i 2003. Samme år åpnet en endring i den ungarske straffeloven for overføring til behandling ved salg av en mindre mengde til "felles" bruk (et begrep som siden er påstått å være juridisk uklart). Malta avgjorde i 2006 at minimumsstraffen på seks måneder for salg ikke alltid var hensiktsmessig i situasjoner som gjaldt deling, og endret loven til å omfatte unntak.

Når det gjelder straff, har den maksimale eller sannsynlige strafferammen for besittelse til eget bruk, dersom det ikke foreligger skjerpene omstendigheter, blitt redusert i flere europeiske land siden 2001 – enten for alle stoffer (Estland, Hellas, Ungarn, Portugal, Finland) eller begrenset til cannabis (Belgia, Luxembourg, Storbritannia) eller mindre risikofylte stoffer (Romania). Ikke alle land har redusert straffene i denne perioden: Frankrike og Polen besluttet å ikke endre lovgivningen etter å ha rådført seg, og Danmark hevet den "normale" straffen fra advarsler til bøter (som så ble satt opp). En ny lov i Italia gjeninnførte narkotikabruk som en forseelse, og cannabis ble reklassifisert til å kvalifisere til den samme straffen som andre illegale rusmidler, som heroin og kokain. Storbritannia har annonsert at cannabis skal reklassifiseres oppover.

Alternativer til straff

Endringer i narkotikabrukernes tilgang til behandling via strafferettssystemet har typisk to fellestrekk. For det første utvides, uten unntak, hjemmelen for å henvise narkotikabrukere til behandling. Det er imidlertid en del forskjeller landene imellom angående når tilbudet om behandling blir lagt fram. I de fleste landene kommer tilbudet i retten, heller enn på et tidligere stadium hos politi eller påtalemyndighet. For det andre vil et slikt tilbud om behandling være betinget, slik at dersom behandlingen avbrytes, tas prosessen med tiltale, straffeforfølgning eller straff opp på nytt.

I tråd med målsettingene til UNGASS og EUs handlingsplan har landene innført eller utvidet tilbudet

eller ordningene for å henvise lovbrøyttere til behandling eller rådgivning som et alternativ til straff eller fengsel. I Irland og på Malta kan narkotikabrukere nå henvises til behandling etter å ha blitt arrestert, og det samme er tilfelle i Storbritannia, der narkotikatesting under visse omstendigheter er tillatt ved arrestasjon. Egne narkotikadomstoler har blitt opprettet i Irland, Storbritannia (England og Skottland) og Norge og blir drøftet på Malta. Portugal har et system med "nemnder for bekjempelse av narkotikabruk", bestående av en jurist, en medisiner og en sosialarbeider. I andre land har nye lover introdusert en form for behandling som alternativ til straff, slik at i Frankrike kan ikke-avhengige narkotikalovbrøyttere følge – og betale for – bevisstgjøringskurs, i Spania, Ungarn og Latvia kan narkotikabrukere løslates dersom de søker behandling, og i Bulgaria, Ungarn, Romania og Tyrkia kan prøvetid kombineres med behandling. Nederland har som mål å øke bruken av behandling som vilkår for tidlig løslatelse fra fengsel. Når det anses som hensiktsmessig, kan finske lovbrøyttere som er dømt til fengselsstraff, overføres til åpen soning hvis de holder seg stoffrie, og i Hellas kan de bli sendt til en egen behandlingsenhet. Narkotika-behandlingsprogrammer tilbys nå også personer som er dømt for alvorligere lovbrudd; i Italia (hvis lovbruddet kan straffes med inntil seks års fengsel, opp fra fire år) og Spania (opp fra tre til fem år). I Belgia foreligger det muligheter på alle nivåer av den strafferettslige prosessen for å overføre narkotikabrukende lovbrøyttere til behandling.

Nærmere beskrivelser av de ulike behandlingalternativene til straff og i hvilken grad de benyttes, finnes i ELDDs "Emneoversikt" og "Juridiske rapporter" ⁽⁸⁾.

Fokus på å beskytte befolkningen

Det siste tiåret har straffeloven i økende grad blitt brukt til å beskytte befolkningen mot narkotikabrukere, og parallelt med distinksjonen mellom den "syke" brukeren og den "kriminelle" selgeren har kategorien "bruker" også blitt juridisk inndelt i slike som forstyrrer eller skader andre medlemmer av samfunnet, og slike som ikke gjør det. Tiltakene som reduserer straffen for besittelse til eget bruk eller tilbyr alternativer til straff, som beskrevet over, er del av denne utviklingen. Disse behandlingstiltakene eller straffereduksjonene gis f.eks. på den betingelse at brukeren ikke forårsaker noen form for ordensforstyrrelse.

Kriteriene har også blitt utvidet og straffene økt for lovbrøyttere som risikerer å skade andre medlemmer av samfunnet. De fleste lovgivningstiltakene har fokusert på

dem som bruker narkotika og deretter kjører bil (Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Spania, Frankrike, Latvia, Litauen, Portugal og Finland). Nye lover som regulerer narkotikatesting på arbeidsplassen i Irland, Finland og Norge, legger vekt på at testing hovedsakelig er tillatt i situasjoner der det ville medføre en betydelig fare eller risiko å være påvirket. Narkotikabruk innenfor ulike former for transport er regulert av nye lover – tog og skip i Irland, båter i Latvia, fly i Finland. De siste årene har det også kommet lover og strategier for å forebygge eller straffe narkotikarelaterte ordensforstyrrelser (se utvalgt aspekt, 2005), nye fullmakter til å stenge barer eller andre lokaler eller utestenge personer fra dem (Belgia, Irland, Nederland) og fullmakt til å stenge private hjem der det foregår narkotikadistribusjon i vinningsøymed eller systematisk narkotikabruk (henholdsvis Nederland og Storbritannia). I samme periode har det også blitt innført nye lover over hele Europa for å beskytte ikke-røykere mot bruken av tobakk. Siden 2004 har 24 EU-medlemsstater (alle unntatt Hellas, Ungarn og Polen) innført forbud mot eller strenge begrensninger mht. røyking innendørs på offentlig sted, ofte med store bøter for overtredelse.

For å oppsummere lovendringene som er gjennomgått her, ser det ut til at de strafferettslige sanksjonene ofte har blitt redusert for den enkelte bruker der det ikke er noen skjerpene omstendigheter, men samtidig har straffen økt for handlinger som kan påvirke andre medlemmer av samfunnet. Dette siste gjenspeiler et økt fokus på å bruke straffeloven for å beskytte allmennheten.

Narkotikarelatert kriminalitet

Narkotikarelatert kriminalitet er et bredt konsept som kan omfatte alle typer lovbrudd som på en eller annen måte er knyttet til narkotika ⁽⁹⁾. Europa har i praksis bare rutinedata tilgjengelig når det gjelder anmeldelser av narkotikalovbrudd ("rapporter"), hovedsakelig fra politiet. Selv om disse dataene vanligvis anses som indirekte indikatorer på narkotikabruk eller narkotikahandel, er det viktig å merke seg at de gjenspeiler forskjeller i nasjonal lovgivning og også i hvordan loven anvendes og håndheves. Dataene viser også forskjeller i hvordan bestemte kategorier lovbrudd prioriteres av politi og domstoler, og hvilke ressurser som blir bevilget. I tillegg varierer de nasjonale informasjonssystemene angående brudd på narkotikalovgivning, særlig når det gjelder rutinene for rapportering og registrering. Disse forskjellene gjør sammenlikninger mellom land vanskelig, og derfor blir det enklere å sammenligne trender enn absolutte tall.

⁽⁸⁾ <http://eldd.emcdda.europa.eu>

⁽⁹⁾ For en drøfting av forholdet mellom narkotika og kriminalitet, se EONN (2007b).

I EUs medlemsstater økte antallet "rapporterte" (anmeldte) narkotikalovbrudd gjennomsnittlig med 36% mellom 2001 og 2006 (figur 2). Dataene avdekker oppadgående trender i alle de rapporterende landene unntatt Bulgaria, Hellas, Latvia og Slovenia, som rapporterte en generell nedgang i femårsperioden ⁽¹⁰⁾.

Lovbrudd relatert til bruk og forsyning

Forholdet mellom narkotikalovbrudd relatert til bruk og lovbrudd relatert til forsyning, (omsetning, smugling, produksjon) har ikke forandret seg siden tidligere år. De fleste europeiske landene rapporterte at mesteparten av lovbruddene i 2006 gjaldt narkotikabruk eller besittelse til eget bruk – i Spania var andelen hele 93% ⁽¹¹⁾. I Den tsjekkiske republikk, Nederland, Tyrkia og Norge dominerer imidlertid lovbrudd relatert til forsyning. Slike lovbrudd utgjorde mellom 52% (Tyrkia) og 88% (Den tsjekkiske republikk) av alle narkotikalovbrudd rapportert i 2006.

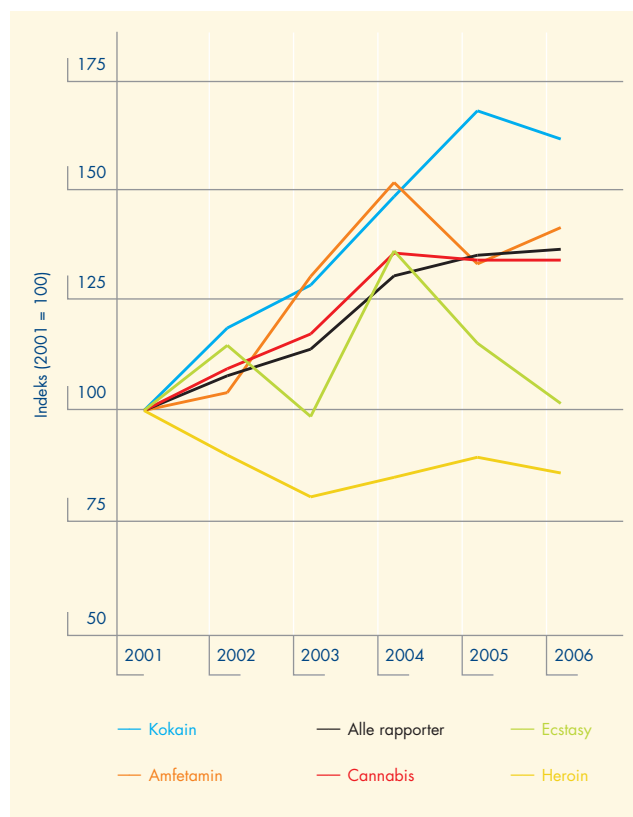
I Den europeiske union økte antall narkotikalovbrudd relatert til bruk i gjennomsnitt med 51% mellom 2001 og 2006. To tredeler av de rapporterende landene viser en stigende trend, og bare Slovenia og Norge viser en nedadgående trend i femårsperioden ⁽¹²⁾. For halvparten av de rapporterende landene er det i tillegg verd å nevne at i forhold til alle narkotika-relaterte lovbrudd, økte andelen bruksrelaterte lovbrudd i samme periode.

Antallet lovbrudd relatert til forsyning av narkotika har også økt i perioden 2001–06, men langt fra like mye. For EU sett under ett, var økningen i gjennomsnitt 12%. Mer enn halvparten av de rapporterende landene hadde i løpet av perioden en økning i antall lovbrudd relatert til forsyning, mens fire land (Tyskland, Kypros, Nederland, Slovenia) registrerte en nedgang ⁽¹³⁾.

Trender for de enkelte stoffer

I de fleste europeiske land var i 2006 cannabis fortsatt det illegale rusmiddelet som oftest var involvert i rapporterte narkotikalovbrudd ⁽¹⁴⁾. I de landene hvor dette er tilfellet, utgjorde cannabisrelaterte lovbrudd 36–86% av alle narkotikalovbrudd. I noen få land var narkotikalovbruddene dominert av andre stoffer enn cannabis. I Den tsjekkiske republikk utgjorde metamfetamin 60% av alle narkotikalovbrudd, og på Malta var tallet for heroin 41%. I Luxembourg fordelte narkotikalovbruddene seg omtrent likt mellom cannabis, heroin og kokain.

Figur 2: Indekserte trender for rapporter om brudd på narkotikalovgivningen i EUs medlemsstater, 2001–06



NB: Trendene er basert på tilgjengelig informasjon om nasjonale tall for rapporter om brudd på narkotikalovgivningen (straffbare og ikke-straffbare forhold) som er innrapportert av alle organer for rettshåndhevelse i EUs medlemsstater. Alle seriene er indeksert (2001=100) og vektet etter befolkningsstørrelse i hvert land for å beregne en generell europeisk trend. Det totale antallet lovbrudd rapportert i 2006 i land som er inkludert i trendene (før vektning), var: amfetamin 41 069, cannabis 550 878, kokain 100 117, ecstasy 17 598, heroin 77 242; alle rapporter 936 866. Land som mangler data for to eller flere påfølgende år, er ikke medtatt i beregningsgrunnlaget for trenden. Den generelle trenden er basert på alle EU-land unntatt Storbritannia, trenden for cannabis på 18 land, heroin 18, kokain 17, amfetamin 12 og ecstasy 13. For ytterligere opplysninger om metoder, se figur DLO-3 i Statistiske opplysninger 2008.

Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet og for befolkningsdata, Eurostat (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/>)

I femårsperioden 2001–06 var antallet narkotikalovbrudd som involverte cannabis økende eller stabilt i de fleste av de rapporterende landene, og for EU sett under ett var økningen gjennomsnittlig på 34% (figur 2). Det ble imidlertid rapportert om nedadgående trender i Bulgaria, Den tsjekkiske republikk (2002–06), Italia og Slovenia ⁽¹⁵⁾.

Antallet kokainrelaterte lovbrudd gikk opp i perioden 2001–06 i alle europeiske land unntatt Bulgaria, Tyskland og Slovakia. Den gjennomsnittlige økningen for EU var på 61% i samme periode.

⁽¹⁰⁾ Se tabell DLO-1 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹⁾ Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹²⁾ Se figur DLO-2 og tabell DLO-4 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹³⁾ Se tabell DLO-5 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁴⁾ Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁵⁾ Se tabell DLO-6 i Statistiske opplysninger 2008. For en supplerende analyse av cannabisrelaterte lovbrudd, se kapittel 3.

I perioden 2001–06 viste narkotikalovbrudd relatert til heroin en annen trend enn lovbrudd relatert til cannabis eller kokain, idet denne kategorien falt med gjennomsnittlig 14 % i Den europeiske union, spesielt mellom 2001 og 2003. De nasjonale trendene for heroinlovbrudd i denne perioden har imidlertid vært sprikende, og en tredel av landene har rapportert om stigende trender ⁽¹⁶⁾.

Gjennomsnittstrenden i EU for både amfetamin- og ecstasylovbrudd nådde en topp i 2004. Mens trenden for amfetaminrelaterte lovbrudd holdt seg stigende (gjennomsnittlig økning på 41 % i 2001–06), svingte EU-gjennomsnittet for lovbrudd relatert til ecstasy i perioden, uten at det var noen generell økning i perioden mellom 2001 og 2006.

Nasjonal narkotikarelatert forskning

Forskning på narkotikaproblematikken driver alle europeiske land, for å gi nødvendig informasjon for å beskrive og forstå konsekvensene av illegale rusmidler på en nasjonal skala. Med utgangspunkt i rapporter fra 25 medlemsstater, Kroatia og Norge er det mulig å gi en oversikt over hvordan den narkotikarelaterte forskningen er organisert i Europa. I en tid der man i økende grad anerkjenner betydningen av evidensbaserte intervensjoner, er det verdt å merke seg at 21 land rapporterte at narkotikapolitikken er basert på forskningsresultater, i alle fall til en viss grad.

Samordning og finansiering

Narkotikarelatert forskning nevnes i den nasjonale narkotikastrategien eller handlingsplanen i 20 av de 27 rapporterende landene, enten som et særtema eller omtalt som en vesentlig komponent av en evidensbasert politikk. Femten av de 27 rapporterende landene har nasjonale

strukturer for samordning av narkotikarelatert forskning. Bare fem land rapporterer at narkotikarelatert forskning ikke nevnes i deres nasjonale strategier eller at de ikke har en nasjonal samordningsstrategi på området.

Ifølge medlemsstatene er staten hovedfinansieringskilde for den narkotikarelaterte forskningen, enten gjennom generelle forskningsprogrammer eller gjennom forskningsprogrammer på narkotika-/rusmiddelfeltet. Helse- og sosialvitenskap er to av de viktigste feltene innen generell forskning som får midler til narkotikarelatert forskning. Midler øremerket for narkotikarelatert forskning kan være tilgjengelig gjennom nasjonale samordningsorganer på narkotika-/rusmiddelfeltet (Den tsjekkiske republikk, Spania, Frankrike, Luxembourg, Ungarn, Polen, Portugal, Norge). Begge typer finansieringsprogrammer kombinerer ofte forskning på illegale stoffer med annen avhengighetsproblematikk, som alkohol, tobakk og spill. Midlene stilles oftest til rådighet i form av kontrakter om forskningsoppdrag eller gjennom rammeprogrammer som forskere søker på. Andre finansieringskilder kan være stiftelser, vitenskapelige akademier, private institusjoner, egne midler til bekjempelse av narkotika, Europakommisjonen og FN.

Strukturer og prosjekter

De fleste landene rapporterte at det meste av forskningsvirksomheten skjer på universiteter og i spesialiserte sentre, hvorav noen er nasjonale kontaktpunkter, etterfulgt av offentlige og private forskningssentre. Nasjonale forskningsnettverk ble rapportert av noen land (Tyskland, Spania, Portugal). Disse kan spille en viktig rolle i organiseringen og finansieringen av forskningen og kan også fremme mer direkte koplinger mellom forskning og praksis.

Stadig mer forskning på narkotikafeltet

EONN har fått nærmere opplysninger om narkotikarelatert forskning i Europa fra de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet sammen med en beskrivelse av nasjonale forskningsorganisasjoner og finansieringsordninger. Medlemsstatene har også sendt inn oversikter over de viktigste narkotikarelaterte studiene som er gjennomført i hvert land siden 2000 samt vitenskapelige artikler, vitenskapelige tidsskrifter og nettsteder der funnene i studiene er publisert. EONN har en rekke produkter og kanaler for å spre denne informasjonen, så vel som mye annen informasjon (se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/research>).

En grundigere redegjørelse for dette temaet er gitt på utvalgt aspekt om narkotikarelatert forskning, 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Europakommisjonen har bestilt en grundig komparativ analyse av forskning på området illegale rusmidler i Den europeiske union. Studien vil gi en oversikt over hvilke midler Den europeiske union og medlemsstatene stiller til rådighet for narkotikarelatert forskning, basert på resultatene av det utvalgte aspektet om forskning, inklusive for forskning på tilbudsreduksjon og sikkerhet. Studien vil omfatte en gjennomgang av eksisterende forskningsinfrastruktur i medlemsstatene og i Europa og innbefatte en sammenligning med andre regioner, som Nord-Amerika og Australia. Den vil konkludere med anbefalinger til tiltak for å fylle kunnskapshullene og styrke samarbeidet på europeisk plan. Studien vil også evaluere eksisterende europeiske nettverk, inklusive EONNs og dets nettverk av nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet. Resultatene av studien vil foreligge tidlig i 2009.

⁽¹⁶⁾ Se tabell DLO-7 i Statistiske opplysninger 2008.

Blant de største studiene som har blitt utført siden 2000, ifølge rapportene fra medlemsstatene, var mer enn halvparten innenfor epidemiologi og om lag en tredel innen anvendt forskning (hovedsakelig evaluering av forebyggings- og behandlingsintervensjoner). I tillegg kom studier av determinanter, risiko- og beskyttelsesfaktorer for narkotikabruk, konsekvenser av narkotikabruk samt stoffenes virkemåter og virkninger.

Flere land rapporterte om begrensninger på den narkotikarelaterte forskningen. Blant de nevnte problemene var organisatoriske forhold, som manglende samordning og spredte ressurser (Tyskland, Frankrike, Østerrike), mangelen på kvalifisert forskningspersonell (Latvia, Ungarn) og metodologiske aspekter (personvernspørsmål, problemer med å nå skjulte populasjoner og mangel på kontinuitet i forskningsprosjektene). Flere land nevnte begrensede midler til narkotikarelatert forskning som en viktig begrensning (Belgia, Hellas, Polen, Romania, Finland).

Spredning

Det ble påvist til sammen 25 europeiske fagfelle-vurderte tidsskrifter, på 11 språk andre enn engelsk, spesialisert på narkotikaområdet. De fleste av disse nasjonale tidsskriftene utgir engelske sammendrag og ønsker internasjonale bidrag velkommen. I tillegg til spesialpublikasjoner om illegale rusmidler og avhengighet utgis det også artikler om illegal narkotikabruk i fagfellevurderte tidsskrifter innen en rekke fagområder og i fagblader. I 2006 ble forskningsfunn på narkotikafeltet publisert i mer enn 100 slike europeiske tidsskrifter. Andre typer publikasjoner, herunder fra nasjonale kontaktpunkter, spiller også en viktig rolle i spredningen.

De nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet spiller også en viktig rolle for spredningen av forskningsresultater i alle de rapporterende landene, hovedsakelig gjennom sine nasjonale rapporter.



Kapittel 2

Narkotik tiltak i Europa – en oversikt

Innledning

Dette kapitlet gir en oversikt over narkotik tiltakene i Europa og redegjør nærmere, der det er mulig, for trender, utviklinger og kvalitetsspørsmål. Tiltakene som gjennomgås her, omfatter forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon, som til sammen utgjør et helhetlig system for etterspørselsreduksjon. Kapitlet inneholder også en oversikt over data som er tilgjengelig om behovene narkotikabrukere i fengsel har, og hvilke tiltak som finnes i fengselsmiljøet. I tillegg blir det en kort gjennomgang av framtidige utfordringer angående kartlegging av et annet område innen narkotikapolitikken, nemlig tilbudsreduksjon.

Forebygging

Narkotikaforebygging kan deles inn i ulike nivåer eller strategier, fra miljøbasert forebygging til indisert forebygging, som ideelt sett ikke skal være konkurrerende men supplerende. Følgende beskrivelse av dagens situasjon og trender i Europa er basert på kvalitative data om tilbudet av generell og selektiv forebygging innrapportert til EONN i 2007 ⁽¹⁷⁾ og på en gjennomgang av litteraturen om indisert forebygging (EONN, 2008f).

Generell forebygging

Formålet med generell skolebasert forebygging i Europa synes å ha endret seg i de senere år. I 2007 var utvikling av livsferdigheter det hyppigst rapporterte formålet med forebyggende tiltak (12 av 28 rapporterende land), mens i 2004 halvparten av landene (13/26) rapporterte at bevisstgjøring og informasjon var hovedmål. Å skape beskyttende skolemiljøer, en form for strukturelle intervensjoner, ble også oftere nevnt som et hovedmål i 2007 (seks land) enn i 2004 (fire land). Endringene i de rapporterte målsettingene kan gjenspeile en mer rasjonell og evidensbasert tilnærming, men det er uklart i hvilken grad denne endringen i målsettinger gjenspeiler endringer i det faktiske tilbudet.

Arrangementer for foreldre og strategier som utelukkende formidler informasjon (informasjonsdager, besøk fra

Styrket kartlegging av effektene av tilbudsreducerende tiltak

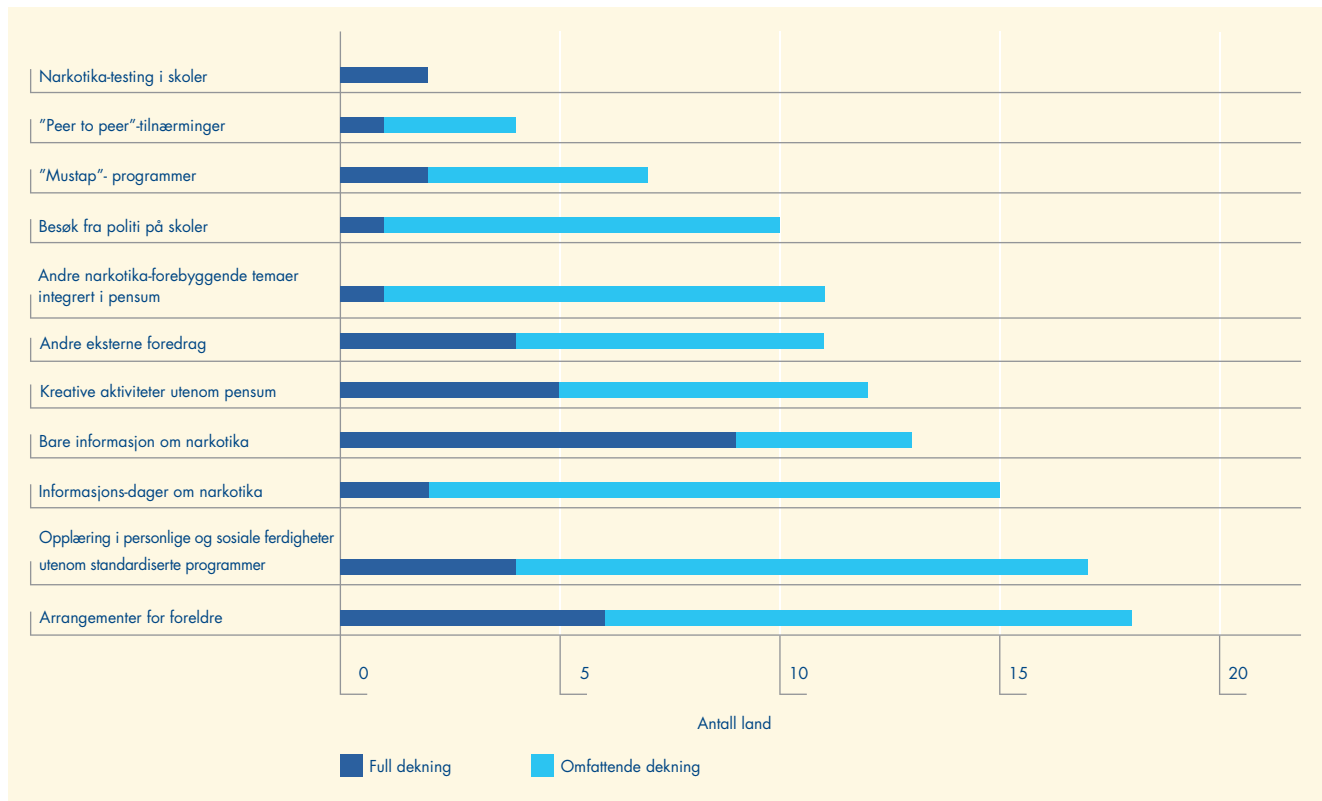
Tilbudsreduksjon kan anses å omfatte alle aktiviteter som tar sikte på å forhindre at illegale rusmidler når fram til brukerne. Tiltakene kan være alt fra internasjonale konvensjoner, lovgivning og politikk på EU- og nasjonalt plan så vel som til tiltak som omfatter den enkelte prosess og aktør involvert i produksjon og handel med illegale stoffer, eventuelt involvert i ulovlig handel eller produksjon med lovlige stoffer (legemidler, kjemiske prekursorer) for ulovlige formål, samt hvitvasking av narkotikapenger. Rettshåndhevende virksomhet, alternative utviklingstiltak og prosjekter som tar sikte på å forebygge narkotikarelatert kriminalitet, er alle områder som bidrar til å redusere tilbudet av illegale narkotiske stoffer. Kartlegging og analyse er også her, som innen etterspørselsreduksjon, en viktig støtte for disse aktivitetene og evalueringen av dem.

Data som er innsamlet til den årlige framdriftsrapporten i forbindelse med EUs handlingsplan mot narkotika og UNGASS-rapporten (se kapittel 1) har avdekket en svært varierende situasjon når det gjelder tilgjengeligheten av responsdata på området tilbudsreduksjon. Aktivitetene relatert til internasjonale prosjekter er vanligvis godt dokumentert, mens det ofte er vanskelig å få tilgang til data om aktiviteter på nasjonalt plan, som dessuten ofte er vanskelig sammenlignbare. Europakommisjonen, Eurostat, Europol og EONN arbeider for å forbedre denne situasjonen innenfor rammen av EUs neste handlingsplan mot narkotika (2009–12). Det trengs en gjennomgang av både begrepsapparat, informasjonssystemer og potensielle informasjonskilder til kartlegging og analyse av tilbudsreducerende aktiviteter i medlemsstatene. Det er også viktig å få en bedre forståelse av narkotikamarkedene, særlig tilbuds- og distribusjonsleddene, både i økonomisk og samfunnmessig perspektiv. To studier finansiert av Europakommisjonen skal utforske både informasjonssystemer og kilder med hensyn til tilbudsreduksjon og de internasjonale narkotikamarkedene.

eksperter eller politi på skoler), er blant de skolebaserte intervensjonene som rapporteres av det største antallet land (figur 3). Det er uklart hvor effektive disse intervensjonene er. Derimot rapporterer bare noen få land om mer evidensbaserte intervensjoner. Disse omfatter: standardiserte programmer, "peer"-baserte tilnærminger eller intervensjoner bare for gutter, og alle har som mål å bedre kommunikasjonsferdighetene, øke

⁽¹⁷⁾ Data ble lagt fram av nasjonale eksperter i medlemsstatene.

Figur 3: Hyppigste typer intervensjoner i generell skolebasert forebygging



NB: "Mustap" står for "multisession, standardised programmes with printed material" (standardiserte programmer med trykket materiell som går over flere samlinger).
 Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

evnen til å håndtere konflikter, stress og frustrasjoner eller korrigerer normative misoppfatninger rundt narkotikabruk. Overvekten av intervensjoner som mangler eller bare har en svak evidensbase, kan skyldes at slike tiltak krever færre ressurser og mindre opplæring av personell.

I tillegg til aktiviteter som retter seg spesifikt mot narkotikabruk, forekommer også strukturelle intervensjoner i skolen. Gjennom å skape beskyttede og normative skolemiljøer søker strukturelle intervensjoner å påvirke unge menneskers valg i forhold til narkotikabruk (Toumbourou et al., 2007). Denne tilnærmingen gjenspeiler en generell forebyggingspolitikk som i økende grad omfatter strengere regler for tobakk og alkohol i skolen. Tjue land rapporterer da også om totalt røykeforbud på alle skoler, og 18 land rapporterer om full eller omfattende dekning⁽¹⁸⁾ av narkotikapolitiske tiltak i skolen. Særlig i Sentral- og Vest-Europa rapporterer medlemsstatene om gjennomføring av strukturelle intervensjoner i skolen for å redusere bruk av tobakk og alkohol. Disse forebyggende tiltakene kan også suppleres av andre strukturelle tiltak, som forbedring av skolebyggenes utforming og hvordan skolehverdagen er organisert.

Familiebasert forebygging er en annen velbrukt forebyggende metode. Elleve land rapporterer full eller omfattende dekning av tiltak i form av familiemøter og kvelder. I likhet med skolebasert forebygging synes familiebasert forebygging hovedsakelig å fokusere på informasjonsformidling. Intensiv veiledning og opplæring for familier, en tilnærming som har vist konsekvent effekt på tvers av studier (Petrie et al., 2007), tilbys i begrenset omfang – bare syv land rapporterer det høyeste tilbudsnivået.

Selektiv forebygging

Selektiv forebygging styres av sosiale og demografiske indikatorer som arbeidsledighet, lovbrudd og skulking. Slike tiltak retter seg mot bestemte grupper, familier eller hele lokalsamfunn, der folk på grunn av manglende sosiale bånd og ressurser har større sannsynlighet for å utvikle bruk eller til og med avhengighet av narkotika.

Tretten land rapporterer at de fleste (av deres) familiebaserte forebyggende tiltak er selektive. I Europa blir det imidlertid sjelden satt fokus på viktige familierelaterte risikofaktorer. Av 30 rapporterende land rapporterer bare syv full eller omfattende dekning når det

⁽¹⁸⁾ Omfattende dekning: Tiltaket tilbys de fleste steder der målgruppen er tilstrekkelig stor til at tiltaket kan gjennomføres. Full dekning: Tiltaket tilbys nærmest alle steder der målgruppen er tilstrekkelig stor til at tiltaket kan gjennomføres.

gjelder intervensjoner mot stoffbruk i familier, og fem tilbyr tiltak mot familiekonflikter og omsorgssvikt. I tillegg ble følgende kategorier intervensjoner rapportert av fem land: fokus på ressursvake grupper (f.eks. arbeidsledighet), hjelp ved strafferettslige problemer eller bistand til marginaliserte familier som tilhører etniske minoriteter. Videre har bare tre land tiltak for familier som sliter med psykiske helseproblemer.

Risikofaktorer for unge sårbare grupper, som f.eks. unge lovbrytere, bostedsløse, skulkere og vanskeligstilt minoritetsungdom, er også sjelden et tema til tross for økende politisk aktualitet. Siden 2004 har narkotikapolitikken i økende grad satt fokus på disse gruppene som viktige målgrupper for forebyggende intervensjoner, men det rapporterte tilbuds nivået har ikke økt i løpet av denne perioden. Mer detaljerte opplysninger om dette er gitt i det utvalgte aspektet om sårbar ungdom (2008).

Indisert forebygging

Indisert forebygging har som mål å identifisere individer med atferdsproblemer eller psykiske problemer som kan være prediktive for utvikling av problematisk stoffbruk senere i livet, og iverksette spesialintervensjoner for hver enkelt. Det kan være snakk om ungdom som har droppet ut av skolen, eller personer med psykiatriske lidelser, antisosial atferd eller tidlige tegn til narkotikabruk. En rapport som nylig ble utgitt av EONN (2008f), presenterer: longitudinelle studier som definerer problemforløp, studier av nevropsykologisk betinget atferd, økt kunnskap om hjernens plastisitet og neurotransmitternes rolle samt fokuserer på funn fra intervensjoner rapportert av medlemsstatene.

Barn med atferdsforstyrrelser, som ADHD kombinert med atferdsproblemer, har høy risiko for å utvikle problemer med stoffbruk. Tidlig innsats mot barn med atferdsforstyrrelser krever nært samarbeid mellom medisinske, sosiale og ungdomsrelaterte tjenester. Et tysk flermoduls behandlingskonsept tilbyr f.eks. en kombinasjon av rådgivning for foreldre og omsorgspersoner og samtidig medisinsk, psykoterapeutisk og psykososial støtte så vel som undervisningsstøtte i barnehagen eller på skolen. Den irske tilnærmingen med målrettet undervisning og psykologisk rådgivning for ungdom, særlig for å forebygge utviklingsmessige problemer i skole, utdanningsinstitusjon og familie, ga samlet sett positive resultater. I Nederland fant en studie av de langsiktige forebyggende effektene av å behandle nedbrytende atferd hos unge i alderen 8–13 at manualisert atferdsterapi ga betydelig bedre oppfølgingsresultater i forhold til røyking og cannabisbruk enn vanlig behandling (Zonneville-Bender et al., 2007).

Narkotika og sårbare grupper blant de unge – utvalgt aspekt EONN 2008

Unge mennesker i visse grupper løper en særlig risiko for å bli sosialt ekskludert, en situasjon som kan være forbundet med økt sannsynlighet for bruk av narkotika og for å utvikle et narkotikaproblem. Når intervensjoner utformet for å redusere bruken av narkotika og skadene narkotikabruken fører med seg, fokuseres på spesifikke grupper, økes sjansene for å møte disse gruppens behov og sannsynligheten for å lykkes med intervensjonen.

Dette utvalgte aspektet gir mer inngående informasjon om risikofaktorer og sårbarhetsprofiler for spesifikke grupper og undersøker narkotikabruk og narkotikarelaterte problemer i disse gruppene. Videre undersøkes konsekvensene av sårbarhet som følge av skulking, svake skoleprestasjoner, ressursvakheter, familieproblemer og lovbrudd. Endelig drøftes spesifikke tiltak mot narkotikabruk og narkotikaproblemer i sårbare grupper, herunder lovgivning, forebygging og behandling.

Dette utvalgte aspektet fås i trykt utgave og på internett (bare på engelsk) (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issues>).

Effekter av og risikoer ved intervensjoner

Narkotikabruk hos barn og i familier er hovedfokuset i målrettet forebygging i Europa. En rekke studier av sosiale og nevropsykologiske prediktorer for utvikling av stoffbruk viser at forebyggende tiltak som ikke fokuserer på narkotika, også kan ha effekt på narkotikabruk. Både selektiv og indisert forebygging kan redusere effekten av tidlige utviklingsproblemer, overgangen til sosial marginalisering og påfølgende utvikling av stoffmisbruk. Flere forskningsstudier har vist at intervensjoner i tidlige skoleår som har fokus på å forbedre læringsmiljøer og redusere sosial eksklusjon, også har en reduserende virkning på senere stoffbruk (Toumbourou et al., 2007).

Det har blitt stilt spørsmål ved den samlede effektiviteten ved skolebasert forebygging (Coggans, 2006, Gorman et al., 2007). En del litteraturgjennomganger ⁽¹⁹⁾ som er utført i den senere tid, viser imidlertid at visse komponenter i skolebasert forebygging, som fokuset på normative holdninger og livsferdigheter, synes å være effektive. For eksempel ble det rapportert om positive resultater fra EU-Dap-studien, et europeisk, randomisert kontrollert forsøk delfinansiert av Europakommisjonen som hadde som mål å utvikle og evaluere et skolebasert forebyggingsprogram ⁽²⁰⁾. En oppfølgingsstudie fant at effektene av programmet fortsatt var stabile femten måneder senere, med redusert hyppighet av beruselse og cannabisbruk blant deltakerne. "Unplugged"-programmet som ble brukt i forsøket, utfordret gjengs oppfatning om

⁽¹⁹⁾ Se portalen for beste praksis (<http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>).

⁽²⁰⁾ <http://www.eudap.net>

EONNs “beste praksis”-portal

EONN har i år lansert den første modulen av sin internettportal til beste praksis for narkotikarelaterte tiltak (forebygging, behandling, skadereduksjon og sosial reintegrasjon). Portalen gir en oversikt over de nyeste forskningsresultatene om effekten og effektiviteten av ulike tiltak, og inneholder verktøyer og standarder som vil bidra til å øke kvaliteten på tiltakene, i tillegg til eksempler på evaluert praksis i hele Europa. Den er ment for praktikere, beslutningstakere og forskere innen rusmiddelfeltet og har et sterkt europeisk fokus.

Portalens første modul fokuserer på generell forebygging, i særdeleshet bevis på virkning basert på en rekke rapporter publisert siden 2000. For nærmere opplysninger om funn, se <http://www.emcdda.europa.eu/themes/best-practice>

Portalen inneholder informasjon om effekten av ulike tiltak, men det er viktig å merke seg at evidensgrunnlaget noen ganger er begrenset, og at å velge mellom forskjellige typer tiltak kan være en vanskelig øvelse. Ettersom et kontrollert forsøk måler effekten av et program, vil resultatene av enkelte tiltak dessuten avhenge av i hvilket miljø de blir gjennomført. Den nye utgaven av EDDRAs databank, som man også får tilgang til gjennom denne portalen, inneholder eksempler på tiltak som er evaluert i forskjellige land og miljøer, og kan også være til nytte.

akseptasjon og forestillinger angående utbredelsen av stoffbruk blant unge.

Forebygging skal ikke bare være effektiv, men også sikker. Altså skal uønskede effekter reduseres til et minimum. Risikoen for negative effekter må derfor vurderes grundig i utformingen og evalueringen av intervensjoner. Dette er særlig viktig i forbindelse med generell skolebasert forebygging, som tilbys til en stor og mangfoldig målgruppe. For eksempel kan informasjon om virkningene av narkotika, en utbredt tilnærming i Europa, ikke bare vise seg ineffektiv men også medføre risiko for uønskede effekter (Werch og Owen, 2002). Det samme gjelder mediekampanjer, som kan medføre risiko for å øke tilbøyeligheten til å bruke stoff ⁽²¹⁾.

En måte å sikre at forebyggende programmer er evidensbaserte og at risikoen for uønskede effekter reduseres, er å utvikle standarder for gjennomføringen og innholdet i forebyggende prosjekter. Antallet medlemsstater som rapporterer å ha standarder for utforming og evaluering av prosjekter, har økt fra tre i 2004 til ni i 2007. Flere medlemsstater rapporterer at

de utvikler sertifiseringsprosesser for å sikre kvaliteten på programmene og effektiv bruk av offentlige ressurser (Den tsjekkiske republikk, Ungarn, Polen, Portugal). I Den tsjekkiske republikk er sertifisering av forebyggende tiltak en betingelse for å motta støtte over statsbudsjettet.

Behandling

Denne delen gir en oversikt over narkotikabehandling i Europa og beskriver organiseringen og tilbudet av tjenester.

Organisering

Som hovedregel tilbys narkotikabehandling gjennom den offentlig sektor i EUs medlemsstater, selv om frivillige organisasjoner kan ha en tilsvarende rolle (syv medlemsstater) eller til og med være hovedleverandøren av behandlingstjenester (fem medlemsstater). Allmennleger spiller også en viktig rolle, og i noen land er de hovedleverandører av substitusjonsbehandling. Privat sektor kan også være involvert i noen land, hovedsakelig i døgntilbud. Likevel blir narkotikabehandlingen for det meste finansiert av det offentlige eller gjennom sosial- eller helseforsikring.

Tilbud

Narkotikabehandling tilbys i en rekke ulike miljøer, poliklinisk eller som døgntilbud, hos allmennlege, via lavterskeltilbud eller i fengsel. Poliklinisk behandling, herunder hos allmennleger, står for det meste av behandlingen av narkotikabruk i Europa, hovedsakelig fordi substitusjonsbehandling vanligvis foregår i disse miljøene. Ifølge de siste tallene fra indikatoren for behandlingsetterspørsel er narkotikabrukere som starter behandling i polikliniske miljøer, i gjennomsnitt rundt 30 år gamle og for det meste menn ⁽²²⁾. Om lag en tredel søker selv behandling, 22 % henvises til behandling av strafferettssystemet, et tall som har økt de senere årene, og resten henvises gjennom sosial- eller helsetjenester eller gjennom uformelle nettverk ⁽²³⁾.

Halvparten av klientene som påbegynner poliklinisk behandling oppgir opioider som primærusmiddel, mens 21 % oppgir cannabis og 16 % kokain som primærusmiddel. Økningen i andelen klienter, og særlig nye klienter, som henvises til behandling for problemer med andre stoffer enn opioider, kan gjenspeile et styrket behandlingstilbud for brukere av cannabis og kokain i flere medlemsstater, men

⁽²¹⁾ Se kapittel 3 i denne rapporten og årsrapporten for 2007.

⁽²²⁾ Se tabell TDI-10 del (iii) og TDI-21 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽²³⁾ Se tabell TDI-16 i Statistiske opplysninger 2008.

også en økning i antallet brukere som søker behandling for disse stoffene (se kapittel 3 og 5). Den generelle tilgjengeligheten av tjenester som er særlig rettet mot behovene til brukere av andre stoffer enn opioider, er imidlertid fortsatt begrenset.

Døgnbehandling skjer for det meste i terapeutiske samfunn, psykiatriske sykehus og egne avdelinger på allmennsykehus. Tjenestene varierer fra akutt avrusning til forlengede psykiatriske behandlingsprogrammer og programmer basert på avholdenhet. Døgninstitusjons-tjenester kan være særlig egnet for narkotikabrukere som på grunn av psykiatriske tilleggslidelser og psykiske helseproblemer, har sammensatte behandlingsbehov. Institusjonsklientene tilhører stort sett samme gruppe som polikliniske klienter, dvs. de er rundt 30 år, hovedsakelig menn og har ved inntak til behandling opioider som primærusmiddel ⁽²⁴⁾. I de fleste land der sammenligning er mulig, er imidlertid andelen narkotikaklienter som er uten arbeid og har en ustabil bosituasjon, høyere blant klienter i døgninstitusjoner enn i det polikliniske behandlingsapparatet ⁽²⁵⁾.

Historisk sett har narkotikabehandlingen vært organisert rundt opioidbrukeres behov, da disse fortsatt utgjør den største gruppen av brukere i behandling. I de fleste medlemsstatene har substitusjonsbehandling kombinert med psykososial omsorg blitt den vanligste behandlingsformen for opioidbrukere. Høydosert buprenorfinbehandling ble introdusert på Kypros i 2007, og substitusjonsbehandling er nå tilgjengelig i alle medlemsstatene samt i Kroatia og Norge ⁽²⁶⁾. Tyrkia har ennå ikke innført substitusjonsbehandling, selv om loven om behandlingssentre fra 2004 nå tillater det. Etter metadon er buprenorfin det nest hyppigst forskrevne stoffet i substitusjonsbehandling, og bruken av stoffet i behandlingen av opioidavhengighet har økt i de senere år (se kapittel 6). Det er nå tilgjengelig som behandlingsalternativ i alle medlemsstater unntatt Bulgaria, Ungarn og Polen. Det anslås at 600 000 opioidbrukere mottok substitusjonsbehandling i Europa i 2006, med en økning fra foregående år rapportert av 16 av de 22 landene som har lagt fram data.

Skadereduksjon

Forebygging og reduksjon av narkotikarelaterte skader er et folkehelsepolitisk mål i alle medlemsstatene og i EUs narkotikastrategi og handlingsplan (Europakommisjonen, 2007a). Hovedintervensjonene på området er substitusjonsbehandling med opioider samt sprøytebytteprogrammer som fokuserer på overdosedødsfall og spredningen av infeksjonssykdommer. Alle landene unntatt

Tyrkia rapporterer å tilby slike tiltak (se også kapittel 6 og 8), og selv om det er store variasjoner i omfanget av og nivået på tjenestene, er den generelle trenden i Europa at de skadereduserende tiltakene bygges ut og konsolideres.

I tillegg tilbyr de fleste landene en rekke helse- og sosialtjenester fra lavterskeltilbud. Noen land rapporterer imidlertid at gjennomføringen av skadereduserende tiltak har blitt utsatt på grunn av manglende politisk støtte. I Hellas har utvidelsen av lavterskeltilbud og substitusjonsbehandling blitt satt på vent, sprøytebytteprogrammer i Romania og Polen ble redusert i 2006 etter at den eksterne finansieringen stanset, og Kypros' eneste sprøytebytteprogram er ikke offisielt vedtatt. Ungarn har bygget ut sprøytebytteprogrammene og den oppsøkende virksomheten, men en studie blant personer som er utenfor behandlingsapparatet, tyder på at tilbudet fortsatt er utilstrekkelig utbygget og at hindringene for inntak er mange.

På grunn av de baltiske statenes og Romanias særstilling med hensyn til HIV/AIDS fortsetter internasjonale givere å spille en viktig rolle i disse landene. Økonomisk støtte til skadereduserende tiltak kommer fra Det globale fondets "Program for bekjempelse av AIDS, malaria og tuberkulose", mens i Estland, Litauen og Latvia har UNODC nylig lansert prosjektet "HIV/AIDS – forebygging og omsorg blant sprøytebrukere og i fengselsmiljøer".

I tillegg har en del medlemsstater nylig vurdert konsekvensene av å innføre skadereduserende intervensjoner. I Frankrike inntraff den observerte nedgangen i dødelighet blant narkotikabrukere samtidig med innføringen av trippel antiviral behandling, utviklingen av en politikk for skadereduksjon og muligheten for substitusjonsbehandling med opioider. I Spania ble nedgangen i antall sprøytebrukere og enkel tilgang til vedlikeholdsbehandling med metadon forbundet med en nedgang i infeksjonssykdommer og narkotikarelaterte dødsfall blant narkotikabrukere (De la Fuente et al., 2006). Og i Portugal viser tilgjengelige data en utflating i antall infeksjonssykdommer, som sannsynligvis til dels kan tilskrives økt tilgjengelighet av skadereduksjon og behandlingstiltak.

Sosial reintegrasjon

Narkotikabrukere i behandling rapporterer ofte høye nivåer av arbeidsledighet og hjemløshet. Dette har også en tendens til å være mer utbredt i enkelte brukergrupper, særlig kvinner,

⁽²⁴⁾ Se tabell TDI-10 del (vii) og TDI-21 del (iv) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽²⁵⁾ Se tabell TDI-13 og TDI-15 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽²⁶⁾ Se tabell HSR-1 og HSR-2 i Statistiske opplysninger 2008.

heroin- og crackbrukere, personer som tilhører etniske minoriteter og personer med psykiatriske tilleggs lidelser.

Sosial reintegrasjon anerkjennes som en vesentlig komponent i omfattende narkotikastrategier og kan gjennomføres på alle stadier i misbruksforløpet og i ulike miljøer. Målene for intervensjoner som fokuserer på sosial reintegrasjon, kan nås gjennom kompetansebygging, styrking av sosiale ferdigheter, tiltak for å tilrettelegge for arbeid og sikre hensiktsmessig bolig. I praksis kan reintegrasjonstjenestene tilby yrkesveiledning, utplassering i arbeidslivet og bostøtte, mens fengselsbaserte intervensjoner kan sette innsatte i kontakt med boligkontoret og det sosiale støtteapparatet i lokalsamfunnet som forberedelse på løslatelsen.

Hjemløshet, og generelt en ustabil bosituasjon, er en av de alvorligste formene for sosial eksklusjon narkotikabrukere står overfor, og gjaldt om lag 10% av narkotikabrukere som påbegynte behandling i 2006⁽²⁷⁾. Selv om mange land tilbyr bostøtte til klientene i behandlingsapparatet, har også mangler blitt dokumentert, og to land rapporterer at det er vanskelig for narkotikabrukere å få tilgang til det generelle tjenestetilbudet til bostedsløse som tradisjonelt anvendes av problembrukere av alkohol (Irland, Italia). Nye tiltak som kan bidra til å imøtekomme narkotikabrukernes behov for bolig, er iverksatt i tre land (Belgia, Danmark, Nederland), som rapporterer at tilbudet til bostedsløse langtidsavhengige sentraliseres, og at egne pleiehjem skal åpnes for narkotikabrukere med problematferd eller tilleggs lidelser.

Å hjelpe klientene i behandlingsapparatet er en nøkkelfaktor for sosial reintegrasjon, ettersom annenhver klient som påbegynner behandling, er arbeidsledig⁽²⁸⁾. Nye tilnærminger for å hjelpe disse klientene med å finne og holde på en jobb rapporteres å gi gode resultater, blant annet fadderordninger, subsidierte arbeidsplasser (siden 2006 også i Litauen) og "coaching" av arbeidsgiver og arbeidstaker, som ble gjennomført i prosjektet "Ready for work" i Irland, eller ulike "arbeidsrelaterte og sosiale ordninger" i Den tsjekkiske republikk.

Helse- og sosialtiltak i fengsler

Fengsler er viktige arenaer for helsemessige og sosiale intervensjoner for narkotikabrukere. I denne delen gjennomgås data om: narkotikabruk og narkotikabrukere i europeiske fengsler, fersk informasjon om tilbudet av

tjenester til innsatte narkotikabrukere og ny lovgivning om narkotikabehandling i fengsler.

Narkotikabruk

Tilgjengelige data fra en rekke studier viser fortsatt at narkotikabrukerne er overrepresentert i europeiske fengsler sammenlignet med befolkningen generelt. Undersøkelser gjennomført mellom 2001 og 2006 viser at andelen innsatte⁽²⁹⁾ som rapporterer at de noen gang har brukt et illegalt rusmiddel, varierer avhengig av fengselspopulasjon, land og fengsel, fra en tredel eller færre (Bulgaria, Ungarn, Romania) til over 50% i de fleste studier og inntil 84% i kvinnefengsler i England og Wales. Cannabis er fortsatt det vanligste illegale rusmiddelet blant innsatte, med en livstidsprevalens på inntil 78%. Selv om anslagene for livstidsbruk av andre stoffer kan være svært lave i enkelte fengsler (ned til 1%), rapporterer enkelte studier en livstidsprevalens på 50–60% for heroin, amfetamin eller kokain blant innsatte⁽³⁰⁾. De aller skadeligste formene for narkotikabruk kan også være utbredt blant innsatte, og enkelte studier rapporterer at mer enn en tredel av de undersøkte noen gang har injisert narkotika⁽³¹⁾.

At narkotika finner veien inn i de fleste fengsler på tross av alle tiltakene som iverksettes for å redusere tilførselen, er et faktum som erkjennes av både fengselseksperter og politikere. Studier utført mellom 2001 og 2006 i Europa viser at mellom 1% og 56% av de innsatte rapporterer å ha brukt narkotika i fengselet, og inntil en tredel av de innsatte har injisert narkotika i fengselet⁽³²⁾. Dette reiser spørsmål om potensialet for spredning av infeksjonssykdommer, ikke minst med hensyn til deling av injeksjonsutstyr.

EU har en fengselspopulasjon på over 607 000⁽³³⁾, med en beregnet årlig utskiftning av over 860 000 innsatte. I de fleste land soner mellom 10% og 30% av alle innsatte straffer for narkotikalovbrudd. Ut fra tilgjengelige data kan det anslås at det gjennom fengslene i EU hvert år passerer over 400 000 personer som har erfaring med illegal rusmiddelbruk. Og blant disse vil det være et betydelig antall problembrukere. Helsebehovene til denne store populasjonen av tidligere eller nåværende narkotikabrukere i europeiske fengsler vil til en viss grad bestemmes av helseproblemer relatert til narkotikabruk, særlig infeksjonssykdommer som hepatitt B og C og HIV/AIDS (se kapittel 7).

⁽²⁷⁾ Se tabell TDI-15 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽²⁸⁾ Se tabell TDI-20 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽²⁹⁾ Begrepet "innsatt" brukes i bredeste forstand her og omfatter både varetektsfanger og soningsfanger.

⁽³⁰⁾ Se tabell DUP-1 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽³¹⁾ Se tabell DUP-2 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽³²⁾ Se tabell DUP-3 og DUP-4 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽³³⁾ Europarådets Annual Penal Statistics (SPACE), basert på en undersøkelse blant fengselspopulasjoner pr. 1. september 2006.

Helsevern

I de fleste land er det justisdepartementet som har ansvaret for helsevern i fengslene. Dette er imidlertid i ferd med å endre seg, og i stadig flere europeiske land er ansvaret overført til helsevesenet (Frankrike, Italia, England og Wales i Storbritannia, Norge). Spania er i ferd med å bygge ut omfattende tjenester for narkotikabrukere i alle fengsler i henhold til den nasjonale narkotikastrategien (2000–08), basert på en samarbeidsprotokoll mellom helse- og innenriksdepartementet undertegnet i 2005. For å møte behovene til det økende antallet narkotikabrukere blant de innsatte, har fengsler i andre land etablert samarbeid med offentlige helsetjenester og spesialiserte frivillige rusmiddeltjenester i lokalsamfunnet.

Intervensjoner som retter seg mot innsatte som bruker narkotika, har økt i antall i EU. Sammenlignet med for fem år siden rapporterer nå flere land om aktiviteter innen narkotikelatert informasjon og forebygging,

kartlegging av infeksjonssykdommer og vaksiner samt behandling av narkotikaavhengighet, herunder substitusjonsbehandling. I tillegg har slike intervensjoner blitt mer utbredt i hvert enkelt land. Fengselsbasert substitusjonsbehandling er offisielt tilgjengelig i alle land unntatt Bulgaria, Estland, Latvia, Litauen, Kypros, Slovakia og Tyrkia, selv om den generelle tilgjengeligheten av dette behandlingsalternativet er begrenset i mange land. Spania er for tiden det eneste europeiske landet som tilbyr et bredt spekter av skadereduserende tiltak i fengsler.

I 2006 rapporterte bare fire medlemsstater, gjennom sine nasjonale overvåkingssystemer for behandling, sosiodemografiske data og informasjon, om mønstre for narkotikabruk blant innsatte som fikk narkotikabehandling. Frankrike, Kypros og Slovakia rapporterer at et opioid, vanligvis heroin, oftest er primærrusmiddelet for personer som påbegynner narkotikabehandling, mens Sverige rapporterer bruk av amfetamin som hovedårsaken til behandling i fengsler, noe som gjenspeiler de generelle mønstrene for problematisk bruk av narkotika i landet.

Narkotikabehandling i fengsel – nye lovgivningstiltak

I 2006 og begynnelsen av 2007 ble i seks land lovgivning og retningslinjer vedrørende innsattes rett til narkotikabehandling revidert.

I Belgia gikk det i 2006 ut et direktiv fra justisministeren som fastsetter at innsatte har samme rettigheter til behandling og behandlingsalternativer som resten av befolkningen. I Irland understreker de nye retningslinjene for kriminalomsorgen at behandlingstjenestene som tilbys de innsatte, skal være av samme helsemessige standard som det som tilbys i samfunnet for øvrig, men skal samtidig være tilpasset et fengselsmiljø.

Danmark har siden januar 2007 lovfestet innsatte narkotikabrukeres rett til gratis behandling for sin avhengighet. Loven fastsetter at behandling normalt skal starte innen 14 dager etter at den innsatte har sendt inn søknad til Kriminalomsorgen. Denne retten faller imidlertid bort om den innsatte kan forvente å bli løslatt innen tre måneder eller anses som uegnet eller ikke motivert for behandling.

Romania fikk i mai 2006 hjemmel for å innføre substitusjonsbehandling i fengslene, med en felles forskrift fra justis-, helse-, forvaltnings- og innenriksministrene om videreføring av integrerte medisinske, psykologiske og sosiale programmer for innsatte.

I Norge sendte Justisdepartementet og Helse- og omsorgsdepartementet i 2006 ut et felles rundskriv om ansvarsfordelingen for innsatte og domfelte rusmiddelmissbrukere mellom helsetjenesten, sosialtjenesten og kriminalomsorgen med sikte på bedre oppfølging både under og etter soning. Og ifølge en ny lov i Slovakia i 2006 er det nå tillatt å tilby psykologiske tjenester til narkotikabrukere som er i varetekt og lider av abstinens. Formålet med loven er å tilby narkotikabrukere slike tjenester når de trenger det som mest, dvs. når de blir tvangsavruset i forbindelse med innsettelsen. Den skaper også rettslig hjemmel for egne behandlingseenheter for domfelte som bruker narkotika.



Kapittel 3

Cannabis

Innledning

Situasjonen i Europa når det gjelder cannabis har endret seg betydelig det siste tiåret. Det samme har debatten om hensiktsmessige tiltak mot den utbredte bruken av dette stoffet. I begynnelsen og midten av 1990-årene pekte noen få land seg ut med høy prevalens, mens den europeiske normen var bruksnivåer som etter dagens standarder var lave. Bruken av cannabis økte i nærmest alle land i løpet av 1990-årene og begynnelsen av 2000-tallet, og det har resultert i at dagens situasjon i Europa er mindre variert, selv om det fortsatt er forskjeller fra land til land. De siste årene har man også fått økt forståelse av konsekvensene for folkehelsen ved langvarig og utbredt bruk av dette stoffet, og stadig flere rapporter om behovet for behandling av cannabisrelaterte problemer. Europa er kanskje nå på vei inn i en ny fase, ettersom data tyder på at bruken har stabilisert seg eller til og med gått ned. Bruksnivået er imidlertid fortsatt høyt i historisk sammenheng, og hva som utgjør et effektivt tiltak mot cannabisbruk, er fortsatt et nøkkelspørsmål i den europeiske narkotikadebatten.

Tilbud og tilgjengelighet

Produksjon og handel

Cannabis kan dyrkes i en rekke ulike miljøer og vokser vilt i mange deler av verden, og det antas at planten i dag dyrkes i 172 land og territorier (UNODC, 2008) ⁽³⁴⁾. Disse faktorene betyr at det er svært vanskelig å utarbeide pålitelige estimater for den globale produksjonen av cannabis. De siste tallene fra UNODC for den globale produksjonen av marihuana er nå 41 600 tonn (2006), hvorav Nord- og Sør-Amerika sto for mer enn halvparten og Afrika innpå en firedel (UNODC, 2008).

Den utbredte dyrkingen av cannabis betyr også at en vesentlig del av handelen foregår mellom ulike regioner. Dette er tilfelle for en del av marihuanaen i Europa, som enten er hjemmeproduert ⁽³⁵⁾ eller har Albania og Nederland som opprinnelsesland (nasjonale Reitox-rapporter). Marihuana som finnes i Europa, rapporteres

Tilbud og tilgjengelighet – data og kilder

Systematisk informasjon og rutineinformasjon om de illegale narkotikamarkedene og om smugling finnes fortsatt bare i begrenset omfang. Produksjonsestimater for heroin, kokain og cannabis er ofte beregnet ut ifra anslag over dyrkingsarealer basert på feltarbeid (prøvetaking i felten) og fly- eller satellittundersøkelser. Disse anslagene er forbundet med visse vesentlige begrensninger, f.eks. variasjoner i avling eller problemer med kartlegging av produksjon som foregår utenfor avgrensede geografiske områder, som f.eks. cannabis.

Beslag av narkotika betraktes ofte som en indirekte indikator på forsyningssituasjon, smuglerruter og tilgjengelighet av de forskjellige narkotiske stoffene, men beslagene sier også noe om rettshåndhevende organers prioriteringer, ressurser og strategier og hvor utsatt omsetningsleddene er for å bli tatt, samt rapporteringspraksis. En analyse av data om renhet, styrke og pris på illegale rusmidler kan også bidra til å forstå detaljmarkedene bedre. Det er imidlertid begrenset hvor mye slik informasjon som er tilgjengelig, og det kan stilles spørsmål ved opplysningenes pålitelighet og sammenlignbarhet. Etterretningsinformasjon fra de ulike organene for rettshåndhevelse kan bidra til å fylle ut bildet.

EONN samler inn nasjonale data om narkotikabeslag, renhet og detaljpriser i Europa. Andre data om forsyningssituasjonen kommer for det meste fra UNODCs informasjonssystemer og analyser, supplert med tilleggsinformasjon fra Europol. Informasjon om prekursorer for narkotika kommer fra INCB, som deltar i en rekke internasjonale initiativer med sikte på å forebygge handel med kjemiske stoffer til bruk i framstillingen av illegale narkotiske stoffer.

Ettersom det i mange deler av verden ikke finnes avanserte informasjonssystemer når det gjelder forsyningen av narkotika, må en del av anslagene og andre data som rapporteres – selv om de representerer de beste anslagene som er tilgjengelig – tolkes med varsomhet.

også å komme fra andre deler av verden, bl.a. Vest- og Sør-Afrika (Nigeria, Angola), Sørøst-Asia (Thailand), Sørvest-Asia (Pakistan) og Nord- og Sør-Amerika (Colombia, Jamaica) (CND, 2008; Europol, 2008).

Den globale produksjon av hasjij ble anslått til 6 000 tonn i 2006, ned fra 7 500 tonn i 2004 (UNODC, 2007), og Marokko er fortsatt den største internasjonale

⁽³⁴⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se boks på denne siden.

⁽³⁵⁾ Se "Cannabisproduksjon i Europa", s. 37.

produzenten. Dyrkingsarealet for hasjij ble redusert fra 134 000 hektar i 2003 til 76 400 hektar i 2005, med en produksjon på 1 066 tonn (UNODC og Marokkos regjering, 2007). Hasjijproduksjon er også rapportert i Afghanistan, der den øker kraftig, samt i Pakistan, India, Nepal så vel som Sentral-Asia og andre SUS-land (UNODC, 2008). Hasjij som produseres i Marokko, smugles typisk inn i Europa via Den iberiske halvøy (Europol, 2008), mens noe av det distribueres videre fra Nederland.

Beslag

I 2006 ble det beslaglagt 5 230 tonn marihuana og 1 025 tonn hasjij på verdensbasis, en nedgang fra toppnivåene i 2004. De fleste beslagene av marihuana ble gjort i Nord-Amerika (58 %), mens hasjij hovedsakelig ble beslaglagt i Vest- og Sentral-Europa (62 %) (UNODC, 2008).

Samme år ble det gjort anslagsvis 177 000 beslag av marihuana i Europa, tilsvarende 86 tonn ⁽³⁶⁾. Storbritannia er den EU-medlemsstaten som rapporterer om flest beslag av marihuana, selv om data for 2006 ennå ikke er tilgjengelig. Tyrkia rapporterte om rekordstore beslag av marihuana i 2006. Antallet marihuanabeslag i Europa har økt jevnt siden 2001, selv om det var en generell nedgang i beslaglagte kvanta fram til 2005, og de nyeste dataene viser tegn til økning.

Beslagene av hasjij i Europa overskrider marihuanabeslagene både i antall og mengder, med dobbelt så mange beslag (325 000) og åtte ganger så store beslaglagte kvanta (713 tonn). Spania rapporterer fortsatt om flest beslag av hasjij (halvparten av alle beslag og to tredeler av totalt beslaglagte kvanta i 2006), etterfulgt av Frankrike og Storbritannia et stykke bak. Etter en periode med nedgang i 2001–03 øker nå antallet beslag av hasjij i Europa, mens de beslaglagte mengdene økte fram til 2003–04 for deretter å synke.

I 2006 førte anslagsvis 10 500 beslag til at 2,3 millioner ⁽³⁷⁾ og 22 tonn cannabisplanter ble funnet i Europa (64 % i Spania). Etter en kontinuerlig økning siden 2001 stabiliserte antallet beslag av cannabisplanter seg i 2006 ⁽³⁸⁾. Etter en kraftig nedgang i 2002 fra de rekordstore beslagmengdene i 2001, har antallet beslag av planter økt i Europa, selv om nivåene flatet ut i 2006 til halvparten av det som ble rapportert i 2001. I den samme femårsperioden gikk mengdene cannabisplanter

Cannabisproduksjon i Europa

I løpet av de senere år har den innenlandske produksjonen av cannabis blitt stadig større i hele Europa, og de fleste landene i Europa rapporterer nå om lokal produksjon av cannabis og om enkelte svært store beslag av cannabisplanter. Cannabis dyrket i Europa rapporteres nå å være produsert både i innendørs anlegg, med intensive dyrkingsmetoder, og i plantasjer utendørs. Størrelsen på plantasjen varierer avhengig av produsentens motivasjon og ressurser, fra et par planter til eget bruk til flere tusen på store kommersielle anlegg.

Informasjonen som er tilgjengelig er usammenhengende og tillater ingen nøyaktige anslag over omfanget av cannabisdyrking i Europa. Rapportene fra en del land tyder likevel på at denne produksjonen ikke lenger er et marginalt fenomen. For eksempel ble det i en fransk befolkningsundersøkelse i 2005 anslått at om lag 200 000 mennesker hadde dyrket cannabis minst én gang i livet. I Storbritannia ble det rapportert at London-politiet i perioden 2005–06 stengte over 1 500 "cannabisfarmer" med gjennomsnittlig 400 planter i hver (Daly, 2007), og mesteparten av marihuanaen som nå er tilgjengelig, antas å være produsert enten lokalt eller i et annet europeisk land. I Nederland er dyrking av cannabis utbredt i enkelte deler av landet, og nærmere 6 000 dyrkingssteder ble avdekket i 2005 og 2006.

Cannabisproduksjonen synes å ha økt kraftig i første halvdel av 1990-tallet i en del europeiske land, delvis som en reaksjon fra cannabisforbrukerne på det de har oppfattet som dårlig kvalitet og høy pris på importert hasjij, som da var det hyppigst brukte cannabisproduktet. I enkelte land virker det som om de fleste brukerne nå konsumerer lokalt produsert marihuana. At innenlandsprodusert marihuana nå delvis har tatt over for importert hasjij, skyldes bedre kunnskap om hagebruk og utviklingen av nye teknikker (for å få størst mulig avlinger og unngå å bli oppdaget), som så spres via internett (Hough et al., 2003; Jansen, 2002; Szendrei, 1997/1998). Cannabis som produseres lokalt, har også den fordel for produsenten at det ikke trenger transporteres over landegrensene.

som ble beslaglagt i Europa og rapportert i kg, jevnt opp, med en topp i 2006 på grunn av rekordbeslag i Litauen.

Styrke og pris

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det viktigste virkestoffet. Styrken på cannabisen varierer mellom og innenfor det enkelte land og mellom ulike cannabisprøver

⁽³⁶⁾ Dataene om europeiske narkotikabeslag som nevnes i dette kapitlet, kan finnes i tabell SZR-1, SZR-2, SZR-3, SZR-4, SZR-5 og SZR-6 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽³⁷⁾ Da Tyrkia rapporterte om null beslag av cannabisplanter i 2005 og 2006, etter å ha rapportert høye beslag av dette i perioden 2001–04, ble landet ekskludert fra den europeiske analysen.

⁽³⁸⁾ Bildet av situasjonen er kun foreløpig ettersom data for Storbritannia, landet som rapporterte flest beslag av cannabisplanter i 2005, ennå ikke er tilgjengelig for 2006.

og -produkter. Av ulike metodologiske årsaker er dataene på området vanskelige å tolke, og det er tvilsomt i hvilken grad analysene av beslag gjenspeiler det totale markedet. Forskning tyder på at cannabis produsert innenlands under intensive forhold har en tendens til å være sterkere. I 2006 varierte det rapporterte THC-innholdet i hasjissprøver fra 2,3 % til 18,4 %, mens marihuana inneholdt fra under 1 % til 13 %. I tidsrommet 2001–06 var styrken på hasjissj og marihuana stabil eller synkende i mange av de 16 landene som la fram tilstrekkelige data. Det ble imidlertid avdekket en stigende trend for importert hasjissj i Nederland og for marihuana i syv andre land. Bare Nederland har anslag for styrken på lokalprodusert marihuana over flere år, og her har det vært en nedgang til 16,0 % i 2006, fra et toppnivå på 20,3 % i 2004 ⁽³⁹⁾.

Den typiske prisen på både marihuana og hasjissj varierte fra EUR 2 til EUR 14 pr. gram, og de fleste europeiske land rapporterte priser i området EUR 4–10 for begge produktene. Med unntak av i Belgia og Tyskland gikk prisen på hasjissj ned i perioden 2001–06 (korrigert for inflasjon). Tilgjengelige data fra de fleste landene viser til en mer stabil situasjon for marihuana i denne perioden, unntatt i Tyskland og Østerrike, hvor det er tegn til at prisene går opp.

Prevalens og bruksmønstre

I befolkningen generelt

Et forsiktig anslag tilsier at over 70 millioner europeere har brukt cannabis minst én gang i livet (livstidsprevalens), det vil si over en femdel av alle mellom 15 og 64 år (se tabell 2 for et sammendrag av dataene). Selv om det er stor variasjon mellom landene, med nasjonale tall fra 2 % til 37 %, rapporterer halvparten av landene anslag i området 11–22 %.

Flere land rapporterer relativt høye prevalensnivåer for bruk av cannabis siste år og siste måned. Det anslås at om lag 23 millioner europeere har brukt cannabis det siste året, i gjennomsnitt ca. 7 % av alle mellom 15 og 64. Estimer for prevalens siste måned vil omfatte personer som bruker stoffet mer jevnlig, men ikke nødvendigvis intensivt (se under). Det anslås at ca. 12,5 millioner europeere har brukt stoffet siste måned, i gjennomsnitt om lag 4 % av alle mellom 15 og 64 år.

Cannabisbruk blant unge voksne

Cannabisbruk er vanligst blant unge mennesker (15–34 år), og de høyeste bruksnivåene rapporteres vanligvis for aldersgruppen 15–24 år. Dette er tilfelle

Befolkningsundersøkelser: et viktig verktøy for å forstå mønstre og trender i narkotikabruk i Europa

Narkotikabruk i befolkningen generelt eller blant skoleelever kan kartlegges ved hjelp av representative undersøkelser som gir anslag over den andelen personer som rapporterer å ha brukt bestemte stoffer i løpet av et gitt tidsrom. Undersøkelser gir også nyttig kontekstuell informasjon om bruksmønstre, sosiodemografiske karakteristika for brukerne og oppfatninger av risiko og tilgjengelighet ⁽¹⁾.

Sammen med nasjonale eksperter har EONN utviklet et sett felles kjernespmål for bruk i undersøkelser blant voksne ("European Model Questionnaire" – EMQ). Protokollen har nå blitt gjennomført i de fleste EU-medlemsstatene ⁽²⁾. Det er imidlertid fortsatt forskjeller mellom landene når det gjelder metodikk og året da dataene ble samlet inn, og dette betyr at selv små forskjeller, særlig fra et land til et annet, bør tolkes med varsomhet ⁽³⁾.

For di det er dyrt å gjennomføre spørreundersøkelser, samler bare noen få europeiske land inn informasjon årlig, mens mange gjennomfører undersøkelser med to til fire års intervall. I denne rapporten presenteres data basert på de siste tilgjengelige undersøkelsene i hvert land, som i de fleste tilfeller er fra perioden 2004–2007.

Av de tre standard tidsrammene som er brukt for rapportering av data fra undersøkelsen, er livstidsprevalens den bredeste. Dette målet gjenspeiler ikke de voksnes bruk pr. i dag, men er nyttig når det gjelder å rapportere om skoleelever samt gi innsikt i bruksmønstre og forekomst. For voksne er fokuset på bruk siste år og siste måned ⁽⁴⁾. Det er viktig å identifisere personer som bruker narkotika jevnlig eller har problemer med narkotikabruk, og forbedringer er gjort når det gjelder å utvikle korte skalaer for vurdering av mer intensive bruksformer i befolkningen generelt, blant voksne og skoleelever (se boks om utvikling av psykometriske skalaer i årsrapporten for 2007).

⁽¹⁾ For ytterligere informasjon om undersøkelsesmetoder, se Statistiske opplysninger 2008 (<http://www.emcdda.europa.eu/stats08/gps/methods>).

⁽²⁾ Tilgjengelig på: <http://www.emcdda.europa.eu/themes/monitoring/general-population>

⁽³⁾ For ytterligere informasjon om nasjonale undersøkelser, se tabell GPS-121 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁴⁾ EONNs aldersspredning: alle voksne (15 til 64 år) og unge voksne (15 til 34 år). Denne rapporten bruker begrepene "livstidsbruk eller prevalens", "prevalens siste år" og "prevalens siste måned" og noen ganger de mer dagligdagse begrepene "livstidserfaring", "nyere bruk" og "aktuelt bruk".

i nærmest alle europeiske land, med unntak av Belgia, Kypros og Portugal ⁽⁴⁰⁾.

Befolkningsundersøkelser tilsier at gjennomsnittlig 31 % av unge voksne i Europa (15–34 år) har prøvd cannabis, mens 13 % har brukt stoffet det siste året og 7 % har brukt det den siste måneden. Det anslås at en enda større

⁽³⁹⁾ Se tabell PPP-1 og PPP-5 i Statistiske opplysninger 2008 for data om styrke og pris.

⁽⁴⁰⁾ Se figur GPS-1 i Statistiske opplysninger 2008.

andel av europeere i alderen 15–24 har brukt cannabis det siste året (17%) eller den siste måneden (9%), selv om gjennomsnittet for hvor mange som har prøvd stoffet i denne aldersgruppen er noe lavere (30%). Det er store variasjoner i de nasjonale prevalensestimaterne for cannabisbruk i alle prevalensmålinger, idet landene i øvre del av skalaen rapporterer inntil 10 ganger høyere verdier enn landene med lavest prevalens.

Cannabisbruk er mer utbredt blant menn enn kvinner (se utvalgt aspekt om kjønn, 2006), selv om forskjellene fra land til land er store. For eksempel varierer kjønnsfordelingen i land som rapporterer cannabisbruk siste år, fra 6,4 menn pr. kvinne i Portugal til 1,3 i Italia.

Cannabisbruk blant skoleelever

Etter tobakk og alkohol er cannabis fortsatt det mest brukte psykoaktive stoffet blant skoleelever.

Livstidserfaring med cannabis blant 15–16 år gamle skoleelever kan gjenspeile nyere eller aktuell bruk, da førstegangs eksperimentering med stoffet ofte inntreffer rundt denne alderen. Data fra HBSC-undersøkelsen for 2005–06 blant 15-åringene viste store variasjoner i livstidsprevalens for cannabisbruk mellom de 27 landene. Fem land rapporterte om prevalensestimater for livstidsbruk av cannabis på under 10%, 11 land rapporterte verdier mellom 10% og 20% og 11 land mellom 21% og 31% (Currie et al., 2008) ⁽⁴¹⁾.

Nyere skoleundersøkelser

Undersøkelsen av helseatferd blant skolebarn (Health behaviour in school-aged children – HBSC) er en samarbeidsstudie med WHO som undersøker barns helse og helseatferd. Siden 2001 inneholder undersøkelsen også spørsmål om cannabisbruk blant 15-årige skoleelever. Den andre runden av denne spørreundersøkelsen med spørsmål om cannabisbruk ble gjennomført mellom oktober 2005 og mai 2006, og 26 EU-medlemsstater samt Kroatia deltok.

Den europeiske undersøkelsen av skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) ble gjennomført for fjerde gang i 2007 med deltakelse fra 25 EU-medlemsstater, Kroatia og Norge. Denne undersøkelsen undersøker særlig stoffbruk blant skoleelever som fyller 16 i løpet av kalenderåret. Resultatene fra den nyeste undersøkelsen skal publiseres i desember 2008.

Deltakelsen i begge disse internasjonale skoleundersøkelsene, som gjennomføres hvert fjerde år, har økt for hver runde og omfatter nå de fleste landene i Europa.

Spania, Italia, Portugal, Slovakia, Sverige og Storbritannia rapporterte også data om cannabisbruk fra sine egne nasjonale skoleundersøkelser i 2006.

I denne aldersgruppen rapporterer gutter vanligvis en høyere prevalens for cannabisbruk enn jenter, men forskjellen i rapportert prevalens mellom kjønnene er liten eller fraværende i noen av landene med de høyeste prevalensestimaterne.

Som med livstidserfaring er det blant skoleelever store forskjeller mellom landene når det gjelder anslag for bruk siste 30 dager. I noen land er anslagene nærmest lik null, mens i andre land rapporterer om lag 15% av de spurte om bruk siste 30 dager, noen ganger med høyere tall blant gutter. På grunnlag av data som er samlet inn i tidligere ESPAD-undersøkelser, anslås det at i EU samt Kroatia og Tyrkia ca. 3,5 millioner (22,1%) skoleelever i alderen 15–16 i 2003 hadde brukt cannabis minst én gang i livet, og at om lag 1,7 millioner (11%) hadde brukt stoffet i måneden før undersøkelsen fant sted.

Internasjonale sammenligninger

Europeiske tall kan sammenlignes med tall fra andre deler av verden. For eksempel viste den nasjonale undersøkelsen om narkotikabruk og helse i USA (SAMHSA, 2005) en livstidsprevalens for cannabisbruk på 49% blant unge voksne (15–34 år, kalkulert på nytt av EONN) og en prevalens for siste års bruk på 21%. I den samme aldersgruppen var i Canada (2004) livstidsprevalensen for cannabisbruk 58% og tallet for siste års bruk 28%, mens tallene i Australia (2004) var henholdsvis 48% og 20%. Alle disse tallene er høyere enn de tilsvarende europeiske gjennomsnittene, som er på henholdsvis 31% og 13%.

Bruksmønstre for cannabis

Tilgjengelige data tyder på en rekke ulike bruksmønstre for cannabis. Blant personene i aldersgruppen 15–64 som noen gang har prøvd cannabis, har bare 30% brukt det i løpet av det siste året ⁽⁴²⁾. Men blant dem som har brukt stoffet det siste året, har gjennomsnittlig 56% brukt det den siste måneden.

I et folkehelseperspektiv er det viktig å estimere intensive og langvarige bruksmønstre. Daglig eller nesten daglig bruk (definert som bruk 20 eller flere dager av siste 30 dager) kan være en indikator på intensiv bruk. Data for denne formen for cannabisbruk i Europa ble samlet inn i 13 land i 2007–08 som en del av et "feltforsøk" koordinert av EONN i samarbeid med nasjonale eksperter og de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet. På grunnlag av disse dataene, selv om de er begrenset, anslås det at over 1% av alle europeiske voksne, om lag 4 millioner, bruker cannabis daglig eller nesten daglig.

⁽⁴¹⁾ Se figur EYE-5 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁴²⁾ Se figur GPS-2 i Statistiske opplysninger 2008.

Tabell 2: Prevalens av cannabisbruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk		
	Livstid	Siste år	Siste måned
15–64 år			
Anslag over antall brukere i Europa	71,5 millioner	23 millioner	12,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	21,8%	6,8%	3,8%
Spredning	1,7–36,5%	0,8–11,2%	0,5–8,7%
Land med lavest prevalens	Romania (1,7%) Malta (3,5%) Bulgaria (4,4%) Kypros (6,6%)	Malta (0,8%) Bulgaria (1,5%) Greece (1,7%) Sverige (2,0%)	Malta (0,5%) Sverige (0,6%) Litauen (0,7%) Bulgaria (0,8%)
Land med høyest prevalens	Danmark (36,5%) Frankrike (30,6%) Storbritannia (30,1%) Italia (29,3%)	Italia, Spania (11,2%) Den tsjekkiske republikk (9,3%) Frankrike (8,6%)	Spania (8,7%) Italia (5,8%) Storbritannia, Frankrike, Den tsjekkiske republikk (4,8%)
15–34 år			
Anslag over antall brukere i Europa	42 millioner	17,5 millioner	10 millioner
Europeisk gjennomsnitt	31,2%	13%	7,3%
Spredning	2,9–49,5%	1,9–20,3%	1,5–15,5%
Land med lavest prevalens	Romania (2,9%) Malta (4,8%) Bulgaria (8,7%) Kypros (9,9%)	Malta (1,9%) Hellas (3,2%) Kypros (3,4%) Bulgaria (3,5%)	Hellas, Litauen, Sverige (1,5%) Bulgaria (1,7%)
Land med høyest prevalens	Danmark (49,5%) Frankrike (43,6%) Storbritannia (41,4%) Spania (38,6%)	Spania (20,3%) Den tsjekkiske republikk (19,3%) Frankrike (16,7%) Italia (16,5%)	Spania (15,5%) Frankrike, Den tsjekkiske republikk (9,8%) Storbritannia (9,2%)
15–24 år			
Anslag over antall brukere i Europa	20 millioner	11 millioner	6 millioner
Europeisk gjennomsnitt	30,7%	16,7%	9,1%
Spredning	2,7–44,2%	3,6–28,2%	1,2–18,6%
Land med lavest prevalens	Romania (2,7%) Malta (4,9%) Kypros (6,9%) Hellas (9,0%)	Hellas, Kypros (3,6%) Sverige (6,0%) Bulgaria, Portugal (6,6%)	Hellas (1,2%) Sverige (1,6%) Kypros, Litauen (2,0%)
Land med høyest prevalens	Danmark (44,2%) Den tsjekkiske republikk (43,9%) Frankrike (42,0%) Storbritannia (39,5%)	Den tsjekkiske republikk (28,2%) Spania (24,3%) Frankrike (21,7%) Storbritannia (20,9%)	Spania (18,6%) Den tsjekkiske republikk (15,4%) Frankrike (12,7%) Storbritannia (12,0%)

Informasjonen er basert på den siste tilgjengelige undersøkelsen for hvert land. Studieåret varierer fra 2001 til 2007. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (328 millioner), 15–34 (134 millioner) og 15–24 (64 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2008.

De fleste av disse cannabisbrukerne, ca. 3 millioner, er i alderen 15–34 år, noe som tilsvarer om lag 2–2,5 % av alle europeere i denne aldersgruppen⁽⁴³⁾.

Trender for intensiv cannabisbruk i Europa er vanskelige å vurdere, men i landene som deltok i begge feltforsøkene i 2004 og 2007 (Frankrike, Spania, Irland, Hellas, Italia, Nederland, Portugal), var den gjennomsnittlige økningen på ca. 20 %, selv om dette anslaget i hovedsak er basert på tallene fra Frankrike, Spania og Italia.

Gjentatt bruk av cannabis kan være relativt stabil i lange perioder, selv blant yngre brukere. En nylig publisert tysk undersøkelse som i 10 år fulgte en kohort i aldersgruppen 14–24, viste at en stor andel av dem som hadde brukt cannabis gjentatte ganger (fem eller fler i løpet av livet) ved begynnelsen av studieperioden, fortsatte å bruke stoffet, og 56 % rapporterte bruk etter fire år mens 46 % fortsatt brukte stoffet etter 10 år. Derimot virket det ikke som sporadisk bruk av stoffet i begynnelsen av perioden (1–4 ganger) medførte utvikling av langvarig og mer problematiske former for bruk (Perkonig, 2008).

Det er økt erkjennelse for at cannabisavhengighet er en mulig konsekvens av regelmessig bruk av stoffet, selv om alvorlighetsgraden og konsekvensene kan være mindre enn det som vanligvis er tilfellet med andre psykoaktive stoffer. På grunn av den relativt store andelen av befolkningen som bruker cannabis regelmessig, kan de generelle konsekvensene av intensiv bruk av cannabis uansett utgjøre et betydelig folkehelseproblem. Analyser av data fra nasjonale befolkningsundersøkelser i USA avdekker at om lag 20–30 % av daglige brukere skåret positivt for avhengighet i perioden 2000–06⁽⁴⁴⁾. I en australsk studie ble 92 % av langvarige cannabisbrukere anslått å ha vært avhengige på et stadium i livet, og mer enn halvparten av dem ble vurdert som avhengige på studietidspunktet. En oppfølgingsstudie ett år senere tydet på at målinger av cannabisbruk og avhengighet blant langtidsbrukere kan være stabile over et så langt tidsrom (Swift et al., 2000).

I samarbeid med flere land utvikler EONN metoder for å kartlegge mer intensive og alvorlige former for langtidsbruk av cannabis, herunder avhengighet. Psykometriske skalaer testes ut i flere EU-land, og de tilgjengelige resultatene skal analyseres senere i år. Informasjonen kan gjøre det lettere for medlemsstatene

å vurdere konsekvensene for folkehelsen av mer problematiske former for cannabisbruk og planlegge hensiktsmessige intervensjoner⁽⁴⁵⁾.

Mønstre for cannabisbruk blant skoleelever

HBSC-data viser at hyppig cannabisbruk fortsatt er sjelden blant 15-årige skoleelever. Bare seks land rapporterer en prevalens for hyppig cannabisbruk (her definert som 40 eller flere ganger de siste 12 månedene) på over 2 %. Hyppig bruk er imidlertid mer utbredt blant unge menn, med estimater på inntil 5 % i syv land. Rapporten tyder på at det er en korrelasjon mellom mer problematiske mønstre for cannabisbruk og tilhørighet til en sårbar gruppe (f.eks. unge lovbrøyttere, skulkere, personer som gjør det svakt på skolen), noe som tyder på at det må iverksettes spesifikke strategier for å skape et sikkerhetsnett for disse særlig utsatte ungdommene. Temaet drøftes nærmere i det utvalgte aspektet om sårbare unge (2008).

I 2003 ble en undersøkelse av blandingsbruk gjennomført i samarbeid med ESPAD ved å sammenligne skoleelever i alderen 15–16 som hadde brukt cannabis de siste 30 dagene, med andre elever. Sammenligningen viser at elever som har brukt cannabis, generelt har høyere sannsynlighet for å ha brukt andre stoffer. Selv om siste måneds prevalens blant cannabisbrukere for bruk av andre stoffer var lav (under 10 %), var nivåene for sigarettøyking og overstadig drikking dobbelt så høye (80 %) blant cannabisbrukere som i den øvrige elevpopulasjonen. Sammenligningene tyder på at cannabisbruk er forbundet med betydelig mer bruk av både lovlige og ulovlige rusmidler enn gjennomsnittet⁽⁴⁶⁾.

Trender innen cannabisbruk

Bare Sverige og Norge rapporterer undersøkelsesserier blant ungdom eller vernepliktige som går tilbake til 1970-årene. Den første bølgen ble observert på 1970-tallet, etterfulgt av en nedgang i 1980-årene og en ny betydelig økning på 1990-tallet. Analyser av årstall for førstegangs bruk i nyere studier viser også en betydelig økning i cannabisbruk i Spania (midten av 1970-tallet) og Tyskland (tidlig i 1990-årene) (se årsrapportene for 2004 og 2007).

Data fra nasjonale undersøkelser som er rapportert til EONN, viser at cannabisbruken økte markant i nesten

⁽⁴³⁾ De europeiske gjennomsnittene som presenteres, er grove estimater basert på et vektet gjennomsnitt (for befolkningen) for landene som har lagt fram informasjon. Gjennomsnittresultatet legges til grunn for land uten informasjon. Tallene er 1,2 % for alle voksne (15–64 år) og 2,3 % for unge voksne (15–34 år). Se tabell GPS-7 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁴⁴⁾ NSDUH nettbasert analysefunksjon: <http://webapp.icpsr.umich.edu/cocoon/SAMHDA/SERIES/00064.xml>, tilgang 25. februar 2008, analysert ved hjelp av variablene MJDAY30A og DEPNDMRJ.

⁽⁴⁵⁾ Intervensjoner, f.eks. behandlingsformer, presenteres i "Behandlingstilbud", s. 44.

⁽⁴⁶⁾ Analysen er basert på data fra databasen produsert i forbindelse med Den europeiske undersøkelsen av skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), og er i tråd med reglene for bruk av ESPAD-databasen. På prosjektets hjemmeside (www.espad.org) kan du finne informasjon om de ansvarlige for studien og dataene for hvert land.

alle EU-landene i løpet av 1990-årene, særlig blant unge mennesker (figur 4) og skoleelever. Rundt år 2000 økte livstidsprevalensen for cannabisbruk i aldersgruppen 15–34 til over 30% i ni land og om lag 40% i to land, mens siste års prevalens nådde 15–20% i syv land og siste måned 8–15% i seks land. Av særlig interesse er trenden for cannabisbruk i Storbritannia (England og Wales), som er det landet som rapporterte de høyeste prevalensestimaterne i Europa på begynnelsen og midten av 1990-tallet, men som mer nylig har opplevd en jevnt nedadgående trend, særlig i aldersgruppen 16–24 år ⁽⁴⁷⁾.

Informasjon fra nyere nasjonale undersøkelser tyder på at cannabisbruken er i ferd med å stabilisere seg i mange land. I de 16 landene der det er mulig å analysere trender fra 2001 og 2006, økte siste års prevalens blant unge voksne med 15% eller mer i seks land, mens den sank tilsvarende i tre land og holdt seg stabil i syv ⁽⁴⁸⁾.

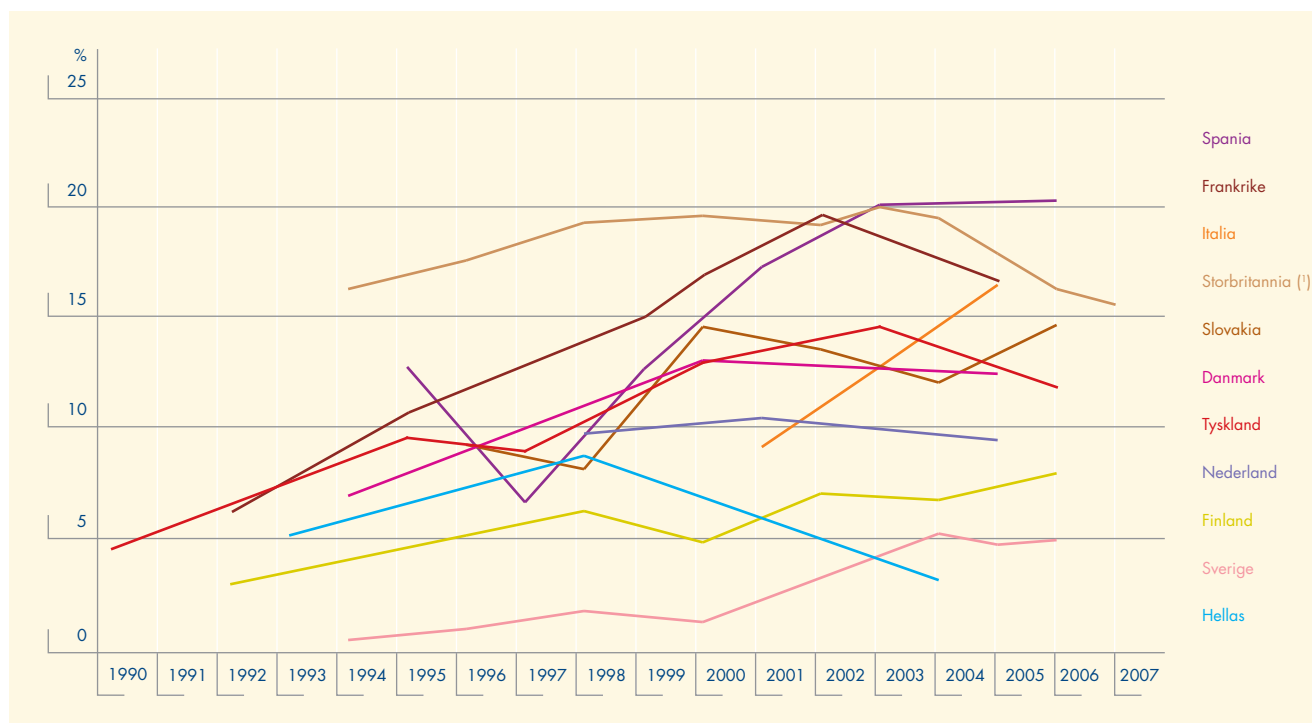
De siste publiserte dataene for cannabisbruk blant skoleelever viser også stabile eller fallende trender. En sammenligning av HBSC-data for 2001–02 og 2005–06 viser en stabil eller synkende trend i både livstidsbruk

og annen mer hyppig, bruk av cannabis blant 15-årige skoleelever i de fleste EU-land ⁽⁴⁹⁾. Andre nasjonale skoleundersøkelser som nylig er utført i Spania, Portugal, Slovakia, Sverige og Storbritannia, rapporterer også om en stabil eller fallende trend.

Ettersom tilgjengeligheten av cannabis i Europa som helhet ikke synes å ha endret seg og prisene antas å være synkende i de fleste landene som har lagt fram informasjon, må det finnes en annen forklaring på dagens situasjon. I en fransk spørreundersøkelse fra 2005 (Baromètre Santé) kom det fram at 80% av dem som hadde sluttet å bruke cannabis, oppga at årsaken var mangel på interesse. Noe av forklaringen kan også være den observerte reduksjonen i tobakksrøyking, ettersom inntaksmåten er den samme som for cannabis, og det kan derfor kanskje være en forbindelse gjennom atferden (nasjonale Reitox-rapporter og Currie et al., 2008).

Nedgang i eksperimentell eller sporadisk bruk av cannabis er ikke nødvendigvis direkte relatert til trender for regelmessig bruk av stoffet. Dette er tydelig i data fra to sammenhengende studier blant ungdom i Tyskland,

Figur 4: Trender for siste års prevalens av cannabisbruk blant unge voksne (15–34 år)



(1) England og Wales.

NB: Se figur GPS-4 i Statistiske opplysninger 2008 for ytterligere opplysninger.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2007), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

⁽⁴⁷⁾ Se figur GPS-10 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁴⁸⁾ Der informasjon om eksakte år ikke var tilgjengelig, ble informasjon fra året før eller året etter brukt, og der slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble det ikke utført noen analyse.

⁽⁴⁹⁾ Se figur EYE-4 og EYE-5 i Statistiske opplysninger 2008.

som viste nedgang i livstidsprevalens og siste års bruk, mens "regelmessig bruk" av cannabis (mer enn 10 ganger det siste året) var uendret (2,3 %) (BZgA, 2004 og BZgA, 2007, sitert i Tysklands nasjonale rapport).

Cannabisbehandling

Mønstre i behandlingsetterspørselen

Av totalt 390 000 behandlingssøknader rapportert i 2006 (data tilgjengelig fra 24 land), var cannabisbruk oppgitt som den primære årsaken til behandling i ca. 21 % av tilfellene. Dette gjør cannabis til det hyppigst rapporterte stoffet etter heroin⁽⁵⁰⁾. Det var imidlertid store variasjoner landene imellom. Cannabis ble oppgitt som primærårsaken til behandling av under 5 % av alle klienter i Bulgaria, Litauen, Luxembourg og Romania, mens det ble rapportert som primærrusmiddel av mer enn 30 % av klienter i behandling i Frankrike, Ungarn og Nederland⁽⁵¹⁾.

Når det gjelder nye behandlingssøknader er det også store variasjoner. Cannabis var oppgitt som primærrusmiddel av under 10 % av nye klienter i Bulgaria, Litauen og Romania og av over 50 % i Danmark, Tyskland, Frankrike og Ungarn⁽⁵²⁾. Disse variasjonene kan forklares av forskjeller i prevalensen for intensiv cannabisbruk, organiseringen av narkotikabehandlingen eller henvisningspraksis. For eksempel tilbys narkotikabehandling som et alternativ til straff og er noen ganger obligatorisk i forbindelse med arrest i flere land med en stor andel cannabispasienter (f.eks. Tyskland, Ungarn, Østerrike, Sverige). I Frankrike, som rapporterer den høyeste andelen cannabis klienter i Europa, har det nylig blitt opprettet spesialiserte sentre for cannabisbrukere, og dette vil ha en direkte innvirkning på rapporteringen.

Cannabisbrukere behandles hovedsakelig ved polikliniske behandlingssentre, men i noen land (Irland, Slovakia, Finland, Sverige) søker om lag en tredel behandling ved døgnbehandlingssentre⁽⁵³⁾. De fleste cannabis klienter henviser seg selv, men dette er mindre vanlig blant cannabis klienter enn personer som søker hjelp for problemer med andre rusmidler.

De som søker behandling i det polikliniske behandlingsapparatet for cannabis som primærrusmiddel, rapporter også bruk av andre stoffer: 21 % oppgir bruk av alkohol som sekundærrusmiddel, 12 % amfetamin og ecstasy og 10 % kokain. Blant personer som behandles for andre

primærrusmidler, rapporteres cannabis som det oftest nevnte sekundærrusmidlet (21 %) etter alkohol (32 %) ⁽⁵⁴⁾.

Trender innen nye behandlingssøknader

Av totalt ca. 160 000 nye behandlingssøknader (data tilgjengelig fra 24 land) rapportert i 2006, utgjorde cannabis klienter den nest største gruppen (28 %) etter heroinklienter (34 %). Sammenlignet med andelen av alle klienter som oppgir cannabis som primærrusmiddel, er andelen blant nye klienter høyere. Halvparten av landene rapporterer at andelen nye klienter som søker behandling for cannabis som primærrusmiddel, er økende. Det absolutte antallet nye søknader om behandling for cannabis bruk økte i perioden 2002–06, mens andelen nye klienter som påbegynte behandling for cannabis som primærrusmiddel, økte mellom 2002 og 2005 og holdt seg stabil i 2006 ⁽⁵⁵⁾.

Den oppadgående trenden for antall søknader om cannabisbehandling kan koples til en rekke faktorer: økt cannabisbruk eller intensiv og langvarig bruk, bedre datadekning, utbygging og diversifisering av behandlingssystemet, som tidligere hadde fokus på heroinbrukere, men nå retter seg mot brukere av andre stoffer, endringer i lovgivning og politikk, som noen ganger fører til en økning i antallet henvisninger til behandling for cannabis bruk fra strafferettssystemet (EONN, 2008a). Den senere tids stabilisering i antallet nye behandlingssøknader for cannabis bruk kan også forklares med nye trender innen cannabis bruk, endringer i behandlingssystemet eller modifikasjoner av kanalene for henvisning til behandling.

Klientprofiler

Cannabisbrukere som påbegynner behandling i det polikliniske behandlingsapparatet, er hovedsakelig unge menn. Kjønnfordelingen er 5,2 menn pr. kvinne, og gjennomsnittsalderen er 24 år. Cannabis er det hyppigst rapporterte primærrusmiddelet i de yngre aldersgruppene. Av personer som påbegynner behandling for første gang, oppgis cannabis som primærrusmiddel av 67 % i alderen 15–19 år og 80 % av personer under 15 år ⁽⁵⁶⁾.

De fleste cannabis klienter synes å være sosialt relativt godt integrert sammenlignet med dem som søker behandling for problemer med en del andre rusmidler. Mange er fortsatt under utdanning og har en stabil boligsituasjon idet de ofte bor hos sine foreldre, men nyere forskning rapporterer også at cannabis pasienter har en annen sosial profil

⁽⁵⁰⁾ Se figur TDI-2 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵¹⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵²⁾ Se tabell TDI-4 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵³⁾ Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵⁴⁾ Se tabell TDI-22 og TDI-23 del (i) og del (iv) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵⁵⁾ Se figur TDI-1 og TDI-2 og tabell TDI-3 del (iv) og TDI-5 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵⁶⁾ Se tabell TDI-10 og TDI-21 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

enn resten av befolkningen i samme aldersgruppe og en mindre privilegert bakgrunn (EONN, 2008a).

Generelt kan personer med cannabis som primærusmiddel ved inntak til behandling deles inn i tre grupper i forhold til bruksfrekvens: sporadiske brukere (30%), personer som bruker stoffet flere ganger i uken (30%), og daglige brukere (40%)⁽⁵⁷⁾. Det er imidlertid store forskjeller mellom landene, særlig når det gjelder andelen regelmessige cannabisbrukere som påbegynner behandling. I landene som har de største gruppene av cannabis klienter, varierer andelen daglige brukere fra over 70% i Nederland og Danmark til 40–60% i Spania, Frankrike og Italia og til 20–30% i Tyskland og Ungarn.

Behandlingstilbud

En undersøkelse bestilt av EONN om tilbudet av cannabisbehandling i et utvalg av behandlingstjenester i 19 medlemsstater, fant at halvparten av de undersøkte tjenestene ikke hadde egne programmer rettet mot cannabisproblemer (EONN, 2008a). Funnene tyder på at mange cannabisbrukere behandles i det samme miljøet som brukere av andre stoffer, noe som kan medføre vanskeligheter både for behandlingsspersonell og klienter.

Av de undersøkte spesialiserte tjenestene tilbød de fleste korte behandlingsperioder for cannabisbruk, vanligvis mindre enn 20 timer. Behandlingen besto oftest i individuell veiledning og terapi eller veiledning om mulige konsekvenser av cannabisbruk. Noen institusjoner rapporterte om cannabisavrusning, familieterapi, terapeutiske samfunn og støttegrupper som mulige behandlingskomponenter. Eventuell bruk av døgnopphold i forbindelse med cannabisbehandling forekom oftest innenfor rammene av opphold relatert til sosiale atferdsproblemer.

Den vitenskapelige litteraturen på området tyder på at psykoterapi er effektiv i cannabisbehandling, blant annet motiverende terapi og kognitiv atferdsterapi, men ingen typer psykoterapi var mer effektiv enn andre (Nordstrom og Levin, 2007). Selv om de fleste studier av effekten av cannabisbehandling har blitt utført i USA og Australia, er flere europeiske studier nå i ferd med å lanseres eller rapporteres. Et tysk randomisert, kontrollert forsøk som undersøkte et behandlingsprogram for ungdom med cannabisproblemer, "CANDIS", startet i 2004. Programmet er basert på motivasjonsforsterkende terapi, kognitiv atferdsterapi og psykososial mestring. De foreløpige resultatene viser at halvparten av pasientene hadde sluttet å bruke cannabis da behandlingen var ferdig.

Ytterligere 30% reduserte bruken av cannabis. Videre ble det rapportert en merkbar nedgang i relaterte mentale og sosiale problemer. Det planlegges en oppfølgingsstudie.

Flere land har rapportert tiltak for å tilby behandling til unge cannabisbrukere. Frankrike har siden 2005 etablert ca. 250 konsultasjonssentre for cannabis, som tilbyr veiledning og støtte til brukere og deres familier, over hele landet. Danmark har nylig bevilget midler til utviklingen av programmer for unge cannabisbrukere. I tillegg samarbeider Belgia, Tyskland, Frankrike, Nederland og Sveits om en internasjonal studie angående effektiviteten av et omfattende familiebasert behandlingsopplegg for problembrukere av cannabis (INCANT)⁽⁵⁸⁾.

Tyskland forsøker å overføre det internettbaserte cannabisprogrammet "Quit the shit"⁽⁵⁹⁾, som tilbyr interaktiv veiledning i samarbeid med polikliniske behandlingstilbud, til kommunale velferdsstrukturer for unge og strukturer for narkotikabehandling eller forebygging av narkotikaavhengighet.

Bruken av informasjons- og kommunikasjonsteknologi i intervensjoner for å redusere narkotikaetterspørselen brer stadig om seg i Europa. I 2006–07 rapporterte ni medlemsstater at de hadde strukturer for veiledning og rådgivning om narkotikabruk, og åtte rapporterte bruk av internet (Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Estland, Nederland, Portugal, Østerrike, Slovakia, Storbritannia), mens Danmark rapporterte bruk av SMS. Disse internettbaserte tjenestene retter seg mot unge mennesker og fokuserer på problemer relatert til alkohol og cannabis.

Cannabisbrukere i kontakt med strafferettssystemet

I Europa er Cannabis det oftest nevnte illegale stoffet i politianmeldelser ("rapporter") for brudd på narkotikalovgivningen⁽⁶⁰⁾, og antallet lovbrudd relatert til dette stoffet gikk i Den europeiske union opp med gjennomsnittlig 34% mellom 2001 og 2006 (figur 2). Tilgjengelige data viser at de fleste "rapporterte" narkotikalovbrudd gjelder bruk og besittelse til eget bruk, heller enn smugling og forsyning, mens bruksrelaterte lovbrudd i de fleste av de rapporterende landene utgjør 62–95% av alle rapporterte cannabislovbrudd.

Siden mange narkotikalovbrytere er unge cannabisbrukere som kanskje ellers ikke ville ha kommet i kontakt med rusmiddeltilbud, rapporteres det om økende samarbeid mellom rettslige myndigheter og forebyggings- og

⁽⁵⁷⁾ Se tabell TDI-18 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁵⁸⁾ <http://www.incant.eu>

⁽⁵⁹⁾ <http://www.drugcom.de>

⁽⁶⁰⁾ Se tabell DLO-6 i Statistiske opplysninger 2008.

rådgivningstjenester i skoler samt velferdstilbud for unge. Tyskland, Spania (Catalonia), Luxembourg og Østerrike har gjennomført protokoller og programmer for ungdom som begår narkotikalovbrudd eller som har blitt dømt for bruk eller besittelse av stoff, hovedsakelig cannabis. Lovbryteren kan velge å fullføre et kurs i stedet for å betale en bot. De ulike programmene har som mål å forhindre videre utvikling av narkotikabruk og gjentatte lovbrudd og kan inkludere familien, skolen eller psykologisk rådgivning.

En oppfølgingsevaluering av det tyske FReD-programmet for unge lovbytere (100 deltakere) fant at 44 % av deltakerne hadde redusert bruken av alkohol og tobakk, 79 % hadde redusert eller stoppet bruken av illegale rusmidler og 69 % ikke hadde begått nye lovbrudd etter kurset. Evalueringen av det lignende tiltaket med kriminalitetsforebyggende team (Youth Offending Teams) i Storbritannia konkluderte med at "det hadde potensielt store fordeler" (Matrix Research, 2007).

Røykeforbud og cannabis

Den mulige koplingen mellom tobakkspolitikk og cannabisrøyking er et tema som fortjener oppmerksomhet. Røykeforbud er et aktuelt tema i Europa, og ni medlemsstater har nå innført totalt røykeforbud (på offentlig sted og på arbeidsplasser, herunder restauranter og barer), mens Belgia, Danmark Tyskland, Nederland og Portugal nylig har innført delvis røykeforbud.

Koplingen mellom tobakksbruk og senere bruk av illegale stoffer har en tendens til å falle bort når det justeres for underliggende risikofaktorer, viser en gjennomgang av prospektive studier (Mathers et al., 2006). I Europa er cannabisbruk imidlertid mer utbredt blant tobakksrøykere enn

blant ikke-røykere, og en streng røykelov kan ha en positiv effekt på oppfatninger om normer, som er prediktorer for både tobakks- og cannabisbruk.

Det finnes også noen bevis på at cannabis er et økonomisk komplement (dvs. reagerer i samme retning til pris og tilgjengelighet) til sigaretter (Cameron og Williams, 2001). Isolerte studier fant at høyere sigarettavgifter synes å redusere intensiv bruk av marihuana og kan ha en beskjeden negativ effekt på sannsynligheten for bruk blant unge menn (Farrelly et al., 2001).

Til slutt er det også verdt å merke seg at det nederlandske forbudet mot tobakksrøyking i restauranter og barer også gjelder kaffebarene, og at Amsterdam har besluttet å forby cannabisrøyking offentlig.

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Light blue bar

Dark blue bar

Kapittel 4

Amfetamin, ecstasy og LSD

Innledning

Etter cannabis er amfetaminer (et fellesnavn som omfatter både amfetamin og metamfetamin) og ecstasy de meste brukte illegale stoffene i verden. I absolutte tall er kanskje kokainbruk mer vanlig i Europa i dag, men fordi kokain er geografisk konsentrert til noen få land, er en form for syntetisk framstilt stoff likevel det nest mest brukte illegale stoffet i det meste av Den europeiske union. I deler av Europa er amfetaminbruk dessuten en viktig del av narkotikaproblemet og utgjør behandlingsårsaken for en betydelig del av dem som trenger behandling.

Amfetamin og metamfetamin – likheter og ulikheter

Hovedrepresentantene for amfetamingruppen på det illegale narkotikamarkedet er amfetamin og metamfetamin (og salter av disse), to nært beslektede syntetiske stoffer som tilhører fenetylaminfamilien. Begge stoffene stimulerer sentralnervesystemet og er identiske når det gjelder virkemåte, atferdsmessige effekter, toleranse, avvenning og virkningen av langvarig (kronisk) bruk. Amfetamin er ikke like sterkt som metamfetamin, men i ukontrollerte situasjoner er virkningen omtrent lik.

Amfetamin- og metamfetaminprodukter forekommer hovedsakelig i pulverform, men "ice", det rene krystallinske hydrokloridsaltet av metamfetamin, forekommer også. Tabletter som inneholder enten amfetamin eller metamfetamin, kan ha logoer som ligner MDMA og andre ecstasytabletter.

Amfetamin og metamfetamin er tilgjengelig i en fysisk form som gjør at de kan svelges, sniffes, inhaleres eller (sjeldnere) injiseres. I motsetning til amfetamin, som er et sulfatsalt, er metamfetamin et hydroklorid og derfor flyktig nok til å kunne røykes, særlig i krystallinsk form ("ice").

Kilder: EONNs narkotikaprofiler (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/drug-profiles/methamphetamine>).

Amfetamin og metamfetamin er stoffer som stimulerer sentralnervesystemet. Av de to stoffene er amfetamin lettest tilgjengelig i Europa, mens bruk av metamfetamin i noen vesentlig grad synes å være begrenset til Den tsjekkiske republikk og Slovakia.

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). Ecstasybruk var praktisk talt ukjent i Europa før slutten av 1980-årene, men økte dramatisk på 1990-tallet. Stoffets popularitet har historisk sett blitt koplet til dancekulturen, og utstrakt bruk av syntetiske stoffer er forbundet med visse subkulturelle grupper eller miljøer.

Estimatene for bruk av lysergysyredietylamid (LSD), det mest kjente hallusinogene stoffet, har vært lave og ganske stabile over lengre tid. Det virker imidlertid som om det nå er en økende interesse blant unge i Europa for naturlig forekommende hallusinogener.

Tilbud og tilgjengelighet

Amfetamin

Det ble produsert anslagsvis 126 tonn amfetamin i verden i 2006. Produksjonen foregår hovedsakelig i Europa, som hadde 79% av alle amfetaminlaboratorier rapportert i 2006 (UNODC, 2008), selv om den også sprer seg til andre deler av verden, særlig Nord-Amerika og Sørøst-Asia⁽⁶¹⁾. Over 19 tonn amfetamin ble beslaglagt på verdensbasis i 2006, det meste i Nær- og Midtøsten (67%), i forbindelse med "Captagon"-tabletter⁽⁶²⁾ produsert i Sørøst-Europa, etterfulgt av amfetaminbeslag i Vest- og Sentral-Europa (27%), som gjenspeiler Europas rolle som både en av de største produsentene og forbrukerne av dette stoffet (CND, 2008; UNODC, 2008).

Det meste av amfetaminet som beslaglegges i Europa, produseres i Nederland, Polen og Belgia (i synkende rekkefølge), og i noen grad Estland og Litauen. I 2006 ble

⁽⁶¹⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 36.

⁽⁶²⁾ Captagon er et av de registrerte varemerkene for fenetyllin, et sentralstimulerende syntetisk stoff, selv om tabletter som selges med denne logoen på det illegale markedet, ofte inneholder amfetamin blandet med koffein.

det oppdaget 40 anlegg involvert i produksjon, pakking og oppbevaring av amfetamin i Den europeiske union (Europol, 2007a), og UNODC (2008) rapporterer at 123 laboratorier ble ødelagt i Europa.

Tyrkia rapporterte beslag av ca. 20 millioner amfetamintabletter med logoen "Captagon". Produksjon av denne typen amfetamin rapporteres i både Bulgaria og Tyrkia, og det antas at den er ment for eksport til forbrukerland i Nær- og Midtøsten.

Det ble gjort anslagsvis 38 000 beslag i Europa i 2006, tilsvarende 6,2 tonn amfetaminpulver. Selv om de foreløpige tallene for 2006 tyder på en nedgang fra de høye nivåene som ble rapportert i 2004 og 2005, har både antallet beslag og de beslaglagte mengdene amfetamin økt i femårsperioden 2001–06⁽⁶³⁾. Denne konklusjonen er imidlertid bare foreløpig, da de nyeste dataene fra Storbritannia, som er det landet i Europa som typisk rapporterer flest beslag, ennå ikke er tilgjengelig. Beslag av amfetamintabletter, i motsetning til pulver, rapporteres i økende grad av noen få land, med til sammen 390 000 beslaglagte tabletter i EU (for det meste Spania) i 2006.

Renheten på amfetaminet som ble beslaglagt i Europa i 2006, varierte betraktelig og var så sprikende at man må være forsiktig med å uttale seg om typiske verdier. Uansett kan landene som rapporterte data for 2006, deles inn i to grupper: 10 land rapporterte verdier mellom 2 % og 10 %, og de andre rapporterte høyere renhet (25–47 %). Denne siste gruppen omfatter typisk de landene som er kjent for å være involvert i produksjon, handel eller forbruk av amfetamin (Nederland, Polen, Baltikum og Norden). De fem siste årene har renheten på amfetamin vært stabil eller synkende i de fleste av de 19 landene som har avgitt tilstrekkelige data for en analyse.

I 2006 varierte den typiske prisen på amfetamin mellom EUR 10 og EUR 15 pr. gram i halvparten av de rapporterende landene. I perioden 2001–06 ble prisen på amfetamin rapportert å ha sunket i alle de 16 landene som la fram tilstrekkelig data til en analyse, bortsett fra i Den tsjekkiske republikk, Spania og Romania.

Metamfetamin

Produksjonen av metamfetamin er konsentrert til Nord-Amerika og Øst- og Sørøst-Asia. I 2006 ble den globale produksjonen av metamfetamin anslått til 266 tonn, mer enn noe annet illegalt syntetisk stoff. Ca. 15,8 tonn metamfetamin ble beslaglagt på verdensbasis i 2006, det meste i Øst- og Sørøst-Asia, etterfulgt av Nord-Amerika, og under 1 % av beslagene skjedde i Europa (UNODC, 2007, 2008).

Illegale produksjon av metamfetamin forekommer også i Europa, men da er den begrenset til Den tsjekkiske republikk, der over 400 småskala "kjøkkenlaboratorier" ble funnet i 2006. Produksjon rapporteres også i Slovakia og i mindre grad i Litauen (INCB, 2008a).

Om lag 3 000 beslag av metamfetamin, tilsvarende 154 kg, ble rapportert i 17 europeiske land i 2006. Norge sto for både de fleste beslagene og de største mengdene, etterfulgt av Sverige, Den tsjekkiske republikk og Slovakia. I de to

Internasjonale tiltak mot produksjon av og handel med syntetiske narkotikapreksurorer

Som et ekstra mottiltak retter rettshåndhevende organer i økende grad innsatsen mot de grunnsubstansene som er nødvendige for den illegale produksjonen av narkotika, og på dette området kan internasjonalt samarbeid være særlig nyttig. Project Prism er et internasjonalt tiltak som skal forebygge handel med preksurorer til bruk i den illegale produksjonen av syntetiske stoffer. Prosjektet er basert på et system med forhåndsmeldinger om lovlig eksport og rapportering av beslaglagte forsendelser og beslag gjort ved mistenkelige transaksjoner. Informasjon om aktiviteter på området rapporteres til Det internasjonale kontrollråd for narkotika (International Narcotics Control Board) (INCB, 2008b).

Rapporter antyder at over 11 tonn efedrin og pseudoefedrin, de viktigste preksurorane for metamfetamin, ble beslaglagt på verdensbasis i 2006. Kina sto for om lag halvparten av den samlede mengden, etterfulgt av Canada og Myanmar. EU-medlemsstatene (hovedsakelig Belgia og Ungarn) samt Den russiske føderasjon og Ukraina sto for bare 0,3 tonn, selv om Europol (2008) rapporterer en nylig økning i eksport, omlasting og spredning av disse kjemikaliene i EU.

Globale beslag av 1-fenyl-2-propanon (P-2-P), som kan brukes i den illegale produksjonen av både amfetamin og metamfetamin, sank i 2006. Unntaket fra trenden var EU-medlemsstatene (hovedsakelig Danmark, Nederland og Polen) samt Tyrkia og Den russiske føderasjon, som til sammen sto for det meste av det samlede globale beslaget på 2 600 liter P-2-P. Denne preksuroren brukes hovedsakelig i amfetaminproduksjonen i Europa, og produsentene får typisk P-2-P fra land i Asia (Kina), selv om det siden 2004 også har blitt rapportert om stoff fra Den russiske føderasjon (Europol, 2007a).

De globale beslagene av 3,4-metylendioksyfenyl-2-propanon (3,4-MDP-2-P), som brukes til å framstille MDMA, sank i 2006 til 7 500 liter, alt tatt i Canada, bortsett fra 105 liter som ble beslaglagt i Nederland. I 2006 ble det bare gjort marginale beslag av safrol, som kan erstatte 3,4 MDP-2-P i syntetiseringen av MDMA, bare 62 liter på verdensbasis, det meste i Australia. I Europa var Frankrike alene om å rapportere beslag av safrol (7 liter).

⁽⁶³⁾ Dataene om europeiske narkotikabeslag i dette kapittelet kan finnes i tabell SZR-11 til SZR-18 i Statistiske opplysninger 2008. Merk at der data for 2006 mangler, brukes tilsvarende data for 2005 som grunnlag for totalanslag for Europa.

sistnevnte landene er beslagene stort sett små, vanligvis bare noen få gram eller mindre. Mellom 2001 og 2006 har både antallet beslag og de beslaglagte mengdene metamfetamin økt i Europa, selv om tallene fortsatt er lave sammenlignet med andre stoffer. De begrensede dataene tyder på at den typiske renheten på metamfetamin lå mellom 20% og 55% i 2006.

Ecstasy

Den globale produksjonen av ecstasy rapporteres å ha falt til om lag 102 tonn i 2006 ifølge UNODC (2007a). Produksjonen synes å ha blitt mer geografisk spredt, og produksjon for lokalt konsum er nå vanligere i Nord-Amerika og Øst- og Sørøst-Asia. På tross av dette er Europa fortsatt hovedsetet for ecstasyproduksjon, og produksjonen er konsentrert til Nederland (hvor produksjonen kan ha økt igjen i 2006 etter noen år med nedgang), Belgia og i noen mindre grad Polen og Storbritannia.

Europas relativt viktige posisjon både som forbruker og produsent av ecstasy framgår tydelig av dataene for narkotikabeslag. Europa rapporterte i 2006 fler enn 20 000 beslag, tilsvarende nærmere 14 millioner ecstasytabletter. Nederland sto for de største beslaglagte mengdene ecstasy (4,1 millioner tabletter), etterfulgt av Storbritannia, Tyrkia, Frankrike og Tyskland. Generelt har antallet ecstasybeslag gått ned i perioden 2001–06, det samme har beslaglagte kvanta, etter et toppår i 2002 ⁽⁶⁴⁾. Av de 4,5 tonnene ecstasy som ble beslaglagt på verdensbasis i 2006, ble 43% tatt i Vest- og Sentral-Europa. Til sammenligning sto Nord-Amerika for 34% (UNODC, 2008).

De fleste ecstasytablettene som ble analysert i Europa i 2006, inneholdt MDMA eller et annet ecstasylignende stoff (MDEA, MDA) som det eneste psykoaktive stoffet, og 17 land rapporterte at dette gjaldt over 70% av alle tablettene som ble analysert. Spania og Polen var unntakene, da de rapporterte at analyser av tabletter markedsført som ecstasy ofte fant amfetamin eller metamfetamin, ofte i kombinasjon med MDMA eller en analog. I Latvia og på Malta inneholdt de fleste av de analyserte tablettene ikke noe kontrollert stoff.

De fleste land rapporterte at ecstasytablettene typisk inneholdt mellom 25 og 65 mg MDMA, selv om det var store variasjoner i de analyserte prøvene (9–90 mg). Noen land rapporterte dessuten om høydoserte ecstasytabletter med over 130 mg MDMA (Belgia, Danmark, Tyskland, Frankrike, Nederland, Norge), og høykvalitets MDMA-pulver er nå tilgjengelig på enkelte markeder. Det er ingen

tydelig trend på mellomlang sikt når det gjelder MDMA-innholdet i ecstasytabletter. Det er imidlertid klart at ecstasy har blitt betydelig billigere sammenlignet med da stoffet først ble lettere tilgjengelig i Europa på 1990-tallet. Selv om det er rapporter om at tabletter selges for så lite som EUR 1, rapporterer de fleste land nå typiske priser på mellom EUR 3 og 9 pr. tablett, og tilgjengelige data for 2001–06 tyder på at prisen (korrigert for inflasjon) fortsatt faller.

LSD

Omsetningen og bruken av LSD er fortsatt marginal, selv om beslag i Europa kanskje kan tyde på fornyet interesse for stoffet i de senere år. Etter en lengre nedadgående trend siden 1990-tallet har både antallet beslag og de beslaglagte mengdene gått opp siden 2003. Dagens situasjon er uklar, for selv om de foreløpige dataene tyder på en liten nedgang i både antall og mengder, har Storbritannia, som er det landet som vanligvis rapporterer de største beslagene av LSD, ennå ikke lagt fram sine tall. Prisen på LSD (korrigert for inflasjon) har falt noe siden 2001 og varierte i 2006 mellom EUR 5 og EUR 11 pr. enhet i Europa.

Prevalens og bruksmønstre

Blant EUs medlemsstater er bruken av amfetamin eller ecstasy relativt høy i Den tsjekkiske republikk, Estland og Storbritannia og relativt høy i forhold til den nasjonale narkotikasituasjonen generelt sett i en del land i Sentral- og Nord-Europa. Til sammenligning er bruksnivåene for syntetiske hallusinogener som LSD lavere og har vært relativt stabile over en lengre periode.

Høyere prevalensnivåer i noen land må forstås innenfor konteksten av, i alle fall grovt sett, to ulike bruksmønstre. I et begrenset antall land utgjør brukere av amfetamin eller metamfetamin, som ofte setter stoffet ved hjelp av sprøyte, en betydelig del av det totale antallet problembrukere av narkotika og personer som søker hjelp for narkotikaproblemer. Rent bortsett fra disse kroniske brukerne er det en mer generell forbindelse mellom syntetiske stoffer, særlig ecstasy, og nattklubber, dance-musikk og enkelte subkulturer. Dette fører til at det rapporteres betydelig høyere bruksnivåer blant unge mennesker enn i befolkningen for øvrig, og at det finnes svært høye bruksnivåer i noen miljøer eller i spesifikke undergrupper.

⁽⁶⁴⁾ Bildet av situasjonen er kun foreløpig ettersom data for Storbritannia, landet som rapporterte de fleste beslagene i 2005, ennå ikke er tilgjengelig for 2006.

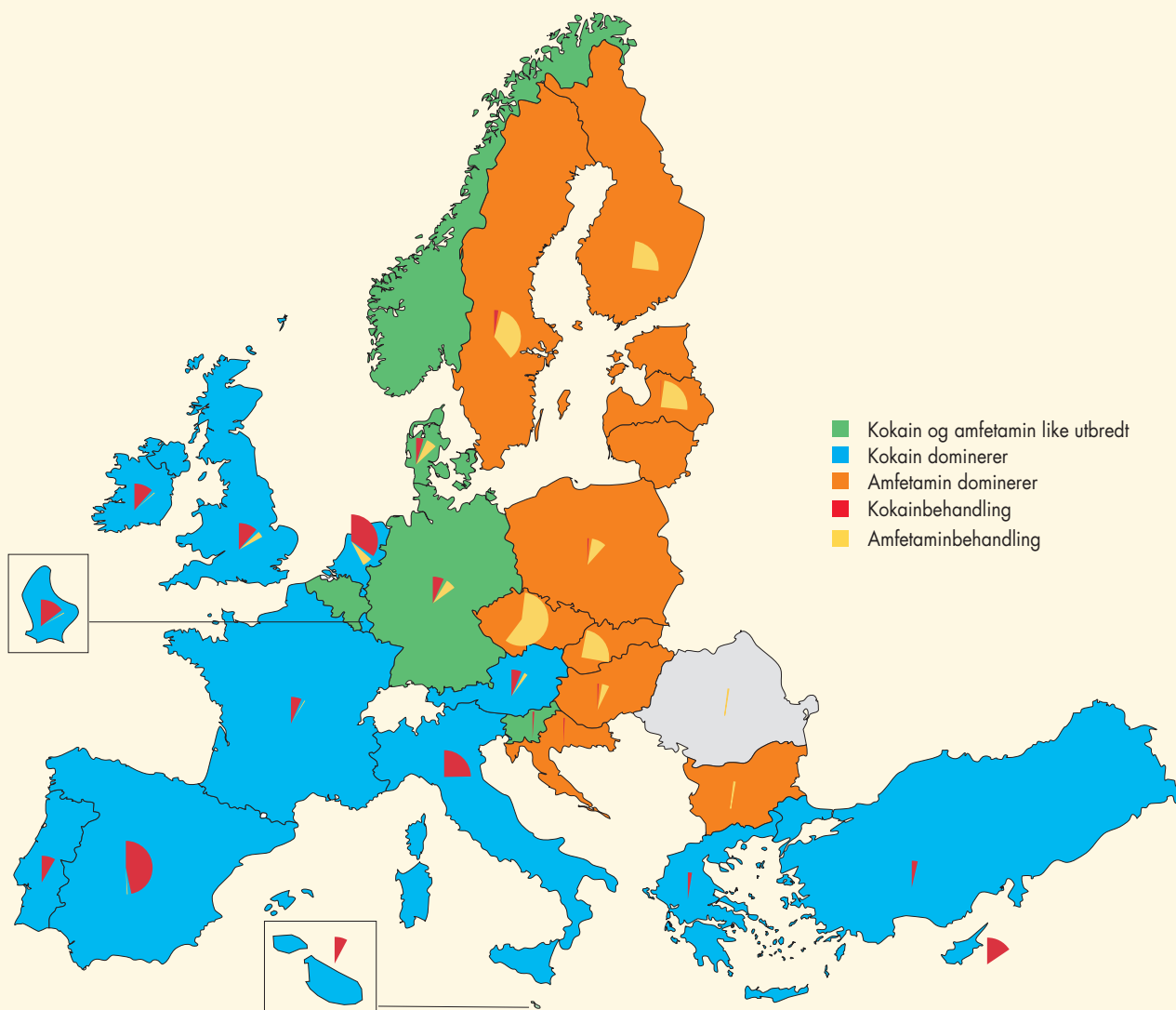
Europa som marked for sentralstimulerende midler: "kokainland" og "amfetaminland"?

En sammenstilling av ulike informasjon fra en rekke kilder tyder på at ulike sentralstimulerende midler kan spille den samme rollen avhengig av land, og at det derfor kan være nyttig når man skal utforme politikk på dette området å vurdere både de ulike stoffene og markedene under ett. I noen land synes kokain å være det dominerende sentralstimulerende midlet, mens amfetamin eller metamfetamin er mer brukt i andre land. Bildet som avtegner seg når vi kombinerer data

fra generelle befolkningsundersøkelser og beslagsrapporter, tyder på at nord- og sentraleuropeiske land generelt hører til "amfetamingruppen", mens kokain dominerer landene vest og sør i Europa.

De sentralstimulerende midlenes relative betydning i det totale narkotikabildet varierer også i stor grad landene imellom. Dette framgår av behandlingsdata, der sentralstimulerende midler står for en relativt stor andel av alle søknader om

Europa som marked for sentralstimulerende midler: relativ prevalens av kokain eller amfetamin i beslag og befolkningsundersøkelser, og andelen narkotikabrukere i behandling som oppgir disse stoffene som primærrusmiddel



narkotikabehandling i en begrenset gruppe land (metamfetamin i Den tsjekkiske republikk og Slovakia, amfetamin i Latvia, Sverige og Finland og kokain i Spania, Italia og Nederland), mens i andre land andelen behandlingsklienter som oppgir noen av disse stoffene som hovedårsak til at de søker hjelp, er svært liten eller til og med ubetydelig.

Data for behandlingsklienter tyder også på at de som behandles for problemer forårsaket av sentralstimulerende stoffer, vanligvis har problemer med bare en type sentralstimulerende stoff. Blant personer som behandles for kokain i det polikliniske behandlingsapparatet (alle søknader), oppga bare ca. 8 % amfetamin som sekundærrusmiddel, mens bare 9 % av amfetaminklientene oppga kokain som et sekundært problemstoff. I tillegg viser rapporter fra noen land at et sentralstimulerende stoff noen ganger kan fortrenge et annet på narkotikamarkedet. Det finnes f.eks. data som antyder at kokain kan være i ferd med å erstatte amfetamin og ecstasy i noen narkotikabrukende populasjoner, og i Nederland brukes amfetamin som en billigere erstatning for kokain utenfor byområdene.

Mens sentralstimulerende midler kan ha ulike virkninger og konsekvenser, er de relativt like når det gjelder behandlingsalternativer, gjennomføringsgrad og behandlingsresultat (Rawson et al., 2000; Copeland og Sorensen, 2001). Det er også en del likheter når det gjelder bruksmønstre og generell brukertypologi. For eksempel kan rekreasjonsbruk og mindre intensiv og skadelig bruk blant sosialt velintegrerte brukere forekomme parallelt med bruk i mer marginaliserte grupper, som forbindes med avhengighetsproblemer og mer risikofylte inntaksmåter som injeksjon og røyking.

NB: Bakgrunnsfargen indikerer den relative dominansen av kokain eller amfetamin ifølge generelle befolkningsundersøkelser (prevalens av bruk siste år i aldersgruppen 15–34) og beslagdata. Kakediagrammer viser andelen disse to stoffene utgjorde av alle søknader om narkotikabehandling – bare segmenter som representere kokain og amfetamin vises. For Italia, Nederland og Polen, som ikke hadde beslagdata tilgjengelig, brukes bare data fra befolkningsundersøkelser. For Kroatia brukes bare beslagdata. For Norge og Belgia var ingen behandlingsdata tilgjengelig. Tilgjengelige data for Romania tillot ikke at det ble trukket slutninger for landet som helhet. I Den tsjekkiske republikk og Slovakia er metamfetamin det amfetaminet som oftest brukes.

Amfetamin

Nye befolkningsundersøkelser tyder på at livstidsprevalensen for bruk av amfetaminer ⁽⁶⁵⁾ i Europa varierer landene imellom fra 0,1 % til 11,9 % av alle voksne (15–64 år). I gjennomsnitt har 3,3 % av Europas voksne befolkning brukt amfetamin minst én gang. Tall for bruk det siste året er mye lavere, med et europeisk gjennomsnitt på 0,6 % (i området 0,0–1,3 %). Anslagene tyder på at ca. 11 millioner europeere har prøvd amfetamin, og at minst 2 millioner har brukt stoffet det siste året (se tabell 3 for et sammendrag av dataene).

Blant unge voksne (15–34 år) varierer livstidsprevalensen for amfetaminbruk betydelig fra land til land, fra 0,2 % til 16,5 %, med et europeisk gjennomsnitt på ca. 5 %. Siste års bruk av amfetamin i denne aldersgruppen varierer fra 0,1 % til 2,9 %, og de fleste landene rapporterer om prevalensestimater på mellom 0,7 % og 1,9 %. Det er anslått at gjennomsnittlig 1,3 % av alle unge europeere har brukt amfetamin i løpet av det siste året.

Problematisk amfetaminbruk

EONNs indikator for problematisk bruk av narkotika (PDU) kan i begrenset mening brukes for amfetaminer, til å definere problematisk bruk som injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk av stoffet. Bare én medlemsstat (Finland) har lagt fram et ferskt nasjonalt estimat over problematisk bruk av amfetamin, som i 2005 ble anslått til mellom 12 000 og 22 000 problembrukere av amfetamin (4,3 til 7,9 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–54 år), eller nærmere fire ganger så mange som problembrukerne av opioider i samme land.

Antallet rapporterte behandlingssøknader relatert til bruken av amfetamin er relativt lavt i de fleste europeiske land. Men behandling for bruk av amfetamin utgjør en betydelig andel av alle rapporterte behandlingssøknader i Latvia, Sverige og Finland, der mellom 25 % og 35 % av alle narkotikaklienter som påbegynner behandling, oppgir amfetamin som primærrusmiddel. Utenom disse landene utgjør behandling for amfetaminbruk over 5 % av den rapporterte narkotikabehandlingen bare i Danmark, Tyskland, Nederland og Polen – der mellom 6 % og 9 % av brukerne i behandling oppgir amfetamin som primærrusmiddel ⁽⁶⁶⁾.

I de fleste land unntatt Sverige og Finland er andelen nye klienter som påbegynner behandling for amfetamin som primærrusmiddel, større enn andelen av alle klienter som

⁽⁶⁵⁾ Undersøkellesdata om "amfetaminbruk" skiller ofte ikke mellom amfetamin og metamfetamin, men dataene vil typisk gjelde amfetamin (sulfat eller deksamfetamin), da bruk av metamfetamin bare forekommer sjelden i Europa – mindre enn 1 % verdens beslag av metamfetamin rapporteres fra dette kontinentet.

⁽⁶⁶⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

mottar behandling for dette stoffet. Fra 2002 til 2006 har andelen nye klienter som påbegynner behandling for bruk av amfetamin som primærrusmiddel, vært relativt stabil i Europa sett under ett, selv om det i samme periode ble rapportert en økning i Latvia og Danmark, mens andelen nye amfetaminklienter gikk ned i Sverige og Finland, noe som kan tyde på en aldrende populasjon ⁽⁶⁷⁾.

Ved inntak til behandling er amfetaminbrukerne i gjennomsnitt ca. 29 år gamle menn. Selv om forholdet mann:kvinne er ca. 2:1, er det en høyere andel kvinner blant amfetaminklientene enn for andre stoffer ⁽⁶⁸⁾.

Problematiske metamfetaminbruk

I motsetning til i andre deler av verden, der bruken av metamfetamin har økt de senere år, synes bruken i Europa

å være begrenset (Griffiths et al., 2008). Historisk sett har bruken av dette stoffet i Europa vært konsentrert til Den tsjekkiske republikk og i noen grad Slovakia. Det er også bare disse to landene som rapporterer nyere estimater over problematisk bruk. I 2006 hadde Den tsjekkiske republikk anslagsvis 17 500–22 500 metamfetaminbrukere (2,4 til 3,1 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64), nesten dobbelt så mange som problembrukerne av opioider. Slovakia hadde 6 200/15 500 metamfetaminbrukere (1,6 til 4,0 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64), om lag 20% færre enn anslaget for problembrukere av opioider.

De siste fem årene har den rapporterte etterspørselen etter behandling relatert til metamfetaminbruk økt i begge land. Metamfetamin har blitt det hyppigst rapporterte

Tabell 3: Prevalens av amfetaminbruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk	
	Livstid	Siste år
15–64 år		
Anslag over antall brukere i Europa	11 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,3%	0,6%
Spredning	0,1–11,9%	0,0–1,3%
Land med lavest prevalens	Hellas (0,1%) Romania (0,2%) Malta (0,4%) Kypros (0,8%)	Hellas, Malta (0,0%) Frankrike (0,1%) Portugal (0,2%)
Land med høyest prevalens	Storbritannia (11,9%) Danmark (6,9%) Norge (3,6%) Irland (3,5%)	Storbritannia, Estland (1,3%) Norge, Latvia (1,1%)
15–34 år		
Anslag over antall brukere i Europa	7 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,1%	1,3%
Spredning	0,2–16,5%	0,1–2,9%
Land med lavest prevalens	Hellas (0,2%) Romania (0,5%) Malta (0,7%) Kypros (0,8%)	Hellas (0,1%) Frankrike (0,2%) Kypros (0,3%) Portugal (0,4%)
Land med høyest prevalens	Storbritannia (16,5%) Danmark (12,7%) Norge (5,9%) Spania, Latvia (5,3%)	Estland (2,9%) Storbritannia (2,7%) Latvia (2,4%) Danmark (2,2%)

Informasjonen er basert på den siste tilgjengelige undersøkelsen for hvert land. Studieåret varierer fra 2001 til 2007. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (328 millioner), 15–34 (134 millioner) og 15–24 (64 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁶⁷⁾ Se figur TDI-1 og tabell TDI-4 del (ii), TDI-5 del (ii) og TDI-36 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁶⁸⁾ Se tabell TDI-37 i Statistiske opplysninger 2008.

primærrusmiddelet blant personer som søker behandling for første gang i Slovakia, der det utgjør 25 % av alle behandlingssøknader. I Den tsjekkiske republikk oppgir 59 % av alle klienter i narkotikabehandling metamfetamin som primærrusmiddel ⁽⁶⁹⁾. Klienter som behandles for metamfetamin, rapporterer høye tall for sprøytebruk: ca. 50 % i Slovakia og 80 % i Den tsjekkiske republikk.

Ecstasy

Anslag tyder på at om lag 9,5 millioner voksne europeere har prøvd ecstasy (3 % i snitt), og at ca. 3 millioner (0,8 %) har brukt ecstasy siste år (se tabell 4 for et sammendrag av dataene). Det er store forskjeller landene imellom. Ferske undersøkelser tyder på at mellom 0,3 % og 7,3 % av alle voksne (15–64 år) har prøvd stoffet, og de fleste land rapporterer en livstidsprevalens på mellom 1,3 % og 3,1 %. Siste års bruk av stoffet varierer i Europa fra 0,2 % til 3,5 %. I alle målinger, og som tilfellet er for de fleste av de andre illegale stoffene, var rapportert bruk mye høyere blant menn enn blant kvinner.

Ecstasybruk var vanligere blant unge voksne (15–34 år), der livstidsprevalensen varierte på nasjonalt nivå fra 0,5 % til 14,6 %, og mellom 0,4 % og 7,7 % i denne aldersgruppen rapporterer bruk av stoffet det siste året. Det anslås at 7,5 millioner unge europeere (5,6 %) noen gang har prøvd ecstasy, mens ca. 2,5 millioner (1,8 %) rapporterer å ha brukt det i løpet av det siste året. Prevalensestimater er enda høyere hvis vi begrenser oss til en yngre alderskategori, 15–24 år, der livstidsprevalensen varierer fra 0,4 % til 18,7 %, men de fleste land rapporterer estimater i området 2,5–8 % ⁽⁷⁰⁾. Selv om de fleste land oppgir estimater i området 1,3–4,6 % for bruk siste år i denne aldersgruppen, er det betydelige forskjeller mellom det laveste nasjonale estimatet på 0,3 % og det høyeste på 12 %, noe som gjenspeiler medlemsstatenes ulike erfaringer.

Blant skoleelever kan en liten aldersøkning medføre store økninger i prevalensnivå. Tilgjengelige data fra 16 land viser f.eks. at 17–18-årige skoleelever generelt har betydelig høyere livstidsprevalens for ecstasybruk enn sine yngre medelever, noe som tyder på at førstegangs bruk av stoffet ofte finner sted etter 16-årsalderen ⁽⁷¹⁾.

Selv om antallet ecstasybrukere i Europa er omtrent det samme som for amfetamin, er det svært få i behandlingsapparatet. Ecstasy ble oppgitt som

primærrusmiddel av under 1 % av narkotikabrukerne som påbegynte behandling i 2006, og i de fleste land behandles bare en håndfull klienter for ecstasyrelaterte problemer. Bare fem land rapporterer om mer enn 100 ecstasyklienter i behandling (Frankrike, Italia, Ungarn, Storbritannia, Tyrkia), noe som utgjør mellom 0,5 % og 4 % av alle narkotikaklienter i disse landene. Med en gjennomsnittsalder på 24–25 år er ecstasybrukerne blant de yngste som påbegynner narkotikabehandling, og denne gruppen rapporterer vanligvis om samtidig bruk av andre stoffer, herunder cannabis, kokain, alkohol og amfetamin ⁽⁷²⁾.

LSD

Livstidsprevalensen av LSD-bruk i den voksne befolkningen (15–64 år) varierer fra nesten null til 5,4 %. Blant unge voksne (15–34 år) er livstidsprevalensen noe høyere (0,3 % til 7,1 %), selv om lavere prevalensnivåer rapporteres i aldersgruppen 15–24. I de få landene som har lagt fram sammenlignbare data, overskrider bruken av LSD imidlertid ofte bruken av hallusinogene sopper, der livstidsprevalensen for unge voksne varierer fra 1 % til 9 %, og siste års bruk anslås til mellom 0,3 % og 3 % (EONN, 2006).

Trender for bruk av amfetamin og ecstasy

Amfetaminbruk (siste 12 måneder) blant unge voksne (15–34) i Storbritannia gikk kraftig ned mellom 1996 (6,5 %) og 2002 (3,1 %), og tallene har siden holdt seg stabile. Danmark rapporterte en markant økning mellom 1994 og 2000, men resultatene fra befolkningsundersøkelsen i 2005 tyder på en nedgang i bruken av stoffet siden begynnelsen av dette tiåret ⁽⁷³⁾. Blant de andre landene som rapporterer gjentatte undersøkelser over tilsvarende tidsrom (Tyskland, Hellas, Spania, Frankrike, Nederland, Slovakia, Finland), er trendene hovedsakelig stabile ⁽⁷⁴⁾. Av de 14 landene som har tilstrekkelige data om siste års prevalens av amfetaminbruk i aldersgruppen 15–34 for femårsperioden 2001–06, rapporterer tre land om en nedgang på 15 % eller mer, og fire rapporterer om stabilisering mens syv oppgir en økning på 15 % eller mer.

Når det gjelder ecstasybruk blant unge voksne (15–34), er bildet noe mer sammensatt. Bruksnivåene er fortsatt høye blant unge menn ⁽⁷⁵⁾ og i studier gjennomført i bestemte fritidsmiljøer. Etter en generell økning i enkelte europeiske land i slutten av 1980- og begynnelsen av 1990-årene, som førte til tilsvarende nivåer av ecstasybruk i Tyskland, Spania

⁽⁶⁹⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷⁰⁾ Se tabell GPS-17 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷¹⁾ Se tabell EYE-1 og EYE-2 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷²⁾ Se tabell TDI-5 og TDI-37 del (i), del (ii) og del (iii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷³⁾ I Danmark i 1994 viser informasjonen til "harde stoffer", som hovedsakelig gjaldt amfetamin(er).

⁽⁷⁴⁾ Se figur GPS-8 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷⁵⁾ Se figur GPS-9 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

Tabell 4: Prevalens av ecstasybruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk	
	Livstid	Siste år
15–64 år		
Anslag over antall brukere i Europa	9,5 millioner	2,6 millioner
Europeisk gjennomsnitt	2,8%	0,8%
Spredning	0,3–7,3%	0,2–3,5%
Land med lavest prevalens	Romania (0,3%) Hellas (0,4%) Malta (0,7%) Litauen (1,0%)	Hellas, Malta (0,2%) Danmark, Polen (0,3%)
Land med høyest prevalens	Storbritannia (7,3%) Den tsjekkiske republikk (7,1%) Irland (5,4%) Spania (4,4%)	Den tsjekkiske republikk (3,5%) Storbritannia (1,8%) Estland (1,7%) Slovakia (1,6%)
15–34 år		
Europeisk gjennomsnitt	7,5 millioner	2,5 millioner
Spredning	5,6%	1,8%
Range	0,5–14,6%	0,4–7,7%
Land med lavest prevalens	Romania (0,5%) Hellas (0,6%) Malta (1,4%) Litauen, Polen (2,1%)	Hellas (0,4%) Italia, Polen (0,7%) Danmark, Litauen, Portugal (0,9%)
Land med høyest prevalens	Den tsjekkiske republikk (14,6%) Storbritannia (13,0%) Irland (9,0%) Slovakia (8,4%)	Den tsjekkiske republikk (7,7%) Storbritannia (3,9%) Estland (3,7%) Nederland, Slovakia (2,7%)
<p>Informasjonen er basert på den siste tilgjengelige undersøkelsen for hvert land. Studieåret varierer fra 2001 til 2007. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (328 millioner), 15–34 (134 millioner) og 15–24 (64 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "Generelle befolkningsundersøkelser" i Statistiske opplysninger 2008.</p>		

og Storbritannia på midten av 1990-tallet, har siste års prevalens konsekvent vært høyere i Storbritannia enn i de andre landene ⁽⁷⁶⁾. I femårsperioden 2001–06 falt siste års prevalens av ecstasybruk blant unge voksne i tre av de 14 landene som leverte tilstrekkelig informasjon, mens den var stabil i fem land og økte i seks.

Data fra enkelte land tyder på at kokain kan være i ferd med å erstatte amfetamin og ecstasy i enkelte deler av den narkotikabrukende populasjonen. Dette kan være tilfellet i Storbritannia og Danmark og til en viss grad Spania. Både Storbritannia og Danmark rapporterer relativt høye estimater for livstidsprevalens for bruk av amfetamin, henholdsvis 11,9% og 6,9%, men nivåene for rapportert bruk siste år og siste måned er mer i tråd med funn i andre land. Den økte kokainbruken i disse landene samsvarer til en viss

grad med en nedgang i bruken av amfetamin, noe som øker sannsynligheten for at ett stoff erstatter det andre i disse markedene ⁽⁷⁷⁾. Eventuelle endringer i bruksmønstrene for narkotika i andre land (Tyskland, Frankrike, Italia, Nederland) framtrer mindre tydelig. Generelt vet vi lite om samspillet mellom ulike stoffer som kan ha samme appell til brukere.

En analyse av data fra de nyeste nasjonale skoleundersøkelsene som ble tilgjengelig i 2007 (Den tsjekkiske republikk, Spania, Portugal, Slovakia, Sverige, Storbritannia), støtter antakelsen om at situasjonen generelt har stabilisert seg, uten endringer eller til og med en viss nedgang i rapportert livstidsprevalens for både amfetamin og ecstasy.

⁽⁷⁶⁾ Se figur GPS-21 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷⁷⁾ Se "Europa som marked for sentralstimulerende midler: "kokainland" og "amfetaminland"?", s. 50.

Fritidsmiljøer

Bruk av amfetamin og ecstasy i fritidsmiljøer

Studier av narkotikabruk i fritidsmiljøer der ungdom samler seg og som er kjent for å være forbundet med bruk av narkotika, som arrangementer med dance-musikk eller musikkfestivaler, kan gi et nyttig innblikk i atferden til personer som bruker amfetamin og ecstasy regelmessig og intensivt. Estimater over narkotikabruk i slike miljøer er typisk høye, men kan ikke generaliseres til befolkningen for øvrig.

En studie utført i ni europeiske byer i 2006 (Athen, Berlin, Brno, Lisboa, Liverpool, Ljubljana, Palma, Venezia, Wien) av unge mennesker i alderen 15–30 som jevnlig oppsøker utelivsmiljøer, rapporterte om estimater for livstidsprevalens på 27 % for ecstasybruk og 17 % for amfetamin. Hyppig bruk av disse stoffene forekom mye sjeldnere. Bare 1,4 % av dem som svarte oppga at de brukte ecstasy en gang i uken eller oftere, og andelen var under 1 % for amfetamin. I studiegruppen var gjennomsnittsalder ved førstegangsbruk for begge stoffene 18 år ⁽⁷⁸⁾. Samtidig bruk av alkohol var vanlig, og 34 % av intervjuobjektene oppga å ha vært "full" mer enn to ganger i løpet av de fire siste ukene før intervjuet. Dette var vanligere blant menn enn blant kvinner (henholdsvis 42 % og 27 %) (Europakommisjonen, 2007b).

I en fransk undersøkelse som ble utført i 2004 og 2005 ved fem ulike techno-arrangementer, var siste måneds prevalens 32 % for ecstasy og 13 % for amfetamin i et utvalg på 1 496 personer. Det bør imidlertid nevnes at prevalensen var høyere i bestemte undergrupper som kjennetegnes av motkulturelle elementer og stemples som "alternative". I disse undergruppene var prevalensestimater for ecstasy og amfetamin henholdsvis 54 % og 29 %.

Intervensjoner i fritidsmiljøer

Det blir stadig vanligere at europeiske myndigheter ser lovlige og ulovlige rusmidler under ett i spørsmål som gjelder lov og orden eller helse. Denne tilnærmingen er særlig relevant for intervensjoner som retter seg mot miljøer der både syntetiske og sentralstimulerende stoffer så vel som alkohol inntas, så som barer og nattklubber. Et av problemene her er at lovlige og ulovlige rusmidlers relative roller kan være vanskelig å skille fra hverandre. Bruken av alkohol blant unge vekker økende bekymring i Europa, og i 2006 vedtok Europakommisjonen en alkoholstrategi for EU for å støtte medlemsstatene i

arbeidet med å redusere alkoholrelaterte skader blant unge. Faktisk er ett av fire dødsfall blant unge menn (15–29 år) og ett av ti blant kvinner forbundet med skadelig bruk av alkohol ⁽⁷⁹⁾.

Bekymringer for kombinert bruk av narkotika og alkohol blant unge mennesker i offentlig sammenheng har ført til utviklingen av strategier med sikte på å endre de sosiale, økonomiske og fysiske miljøene som forbindes med bruk av alkohol og narkotika, med sikte på å endre atferd og normer for bruk, skape forhold som er mindre gunstige for beruselse og redusere muligheten for at alkohol- og narkotikarelaterte problemer kan oppstå ⁽⁸⁰⁾. Medlemsstatene rapporterer om en rekke tiltak som skal gjennomføres i eller i tilknytning til utelivsarenaer spesifikt med sikte på å redusere skader eller skape positive endringer i det sosiale miljøet, bl.a. opplæring av baransatte og sikkerhetspersonell, skjerpet håndheving av eksisterende lovgivning, bevisstgjøring om rusmiddelrelaterte skader, tilbud om transporttjeneste på nattetid og forbedringer som skal gi et tryggere utelivsmiljø. Tiltakene på området er mangfoldige og omfatter f.eks. bedre gatebelysning, tilbud om vann, bedre ventilasjon og kanskje tiltak for raskere reaksjon i akutsituasjoner. Et fellestrekk ved tiltakene er at de ofte er basert på en dialog mellom ulike interessenter, som politiet, bevillingsmyndigheter, nattklubeiere og helsepersonell. Disse må jobbe sammen for å identifisere både lokale behov og mulige løsninger.

I Danmark finner vi et eksempel på arbeid på dette området, der restauranteiere og folk som jobber i utelivsbransjen i samarbeid med kommunale myndigheter og politiet tilbys kurs for å fremme en felles holdning for å begrense bruk og salg av narkotika og alkohol. Noen tiltak på området som er utviklet av den enkelte medlemsstat, begynner også å tiltrekke seg mer oppmerksomhet. For eksempel blir retningslinjene for "safe dance" som ble utviklet i Storbritannia, nå også gjennomført på klubber i både Paris og Brussel. Klubeiere, med bistand fra utekontakter og lokale myndigheter, bidrar til å fremme moderat drikking og øker bevisstheten om skadene av narkotika og alkohol, samtidig som sikkerheten heves i miljøet (f.eks. ved tilbud om gratis vann, førstehjelpsopplæring for ansatte, "chill-out»-områder).

Forholdet mellom bilkjøring og inntak av narkotika og alkohol har blitt inkludert som et tema i enkelte miljøstrategier. Eksempler her omfatter tilbud om alternativ transport for berusede sjåførere, som gis på noen nattklubber i Paris, og på klubber i Brussel gis informasjon om offentlig

⁽⁷⁸⁾ Se tabell EYE-2 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁷⁹⁾ http://ec.europa.eu/health/ph_determinants/life_style/alcohol/documents/alcohol_factsheet_en.pdf

⁽⁸⁰⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/themes/prevention/environmental-strategies>

transport. Forebyggende kampanjer som fokuserer på å ha en sjåfør som holder seg edru når andre inntar alkohol ("designated drivers"), og på å øke bevisstheten om risikoen ved kjøring under påvirkning av psykoaktive stoffer, har blitt gjennomført i Spania, særlig i helgene. Disse kampanjene kan ha bidratt til at Spania i 2006 observerte en nedgang på 16 % i antall trafikkulykker som involverte unge mennesker i alderen 18–20 ⁽⁸¹⁾.

Strategier rettet mot miljøer der unge mennesker inntar både narkotika og alkohol, ser ut til å ha betydelig potensial når det gjelder å beskytte folkehelsen og øke offentlig sikkerhet, med fordeler ikke bare for dem som bruker narkotika, men også for resten av samfunnet. Imidlertid har slike tilnærminger i Europa i dag en tendens til å være begrenset til bestemte problemområder, ofte storbykjerner, og de er sjelden bredt implementert. Dette tyder på at det er et enormt potensial for ytterligere investeringer og utvikling på dette området. Mer generelt har fokuset i arbeidet her ofte vært begrenset til intervensjoner som tar sikte på spesifikk problematferd eller elementer i miljøet, heller enn på normative oppfatninger og holdninger som ungdom har i forhold til bruk av narkotika og alkohol i bestemte situasjoner.

Behandlingstilbud

I de fleste medlemsstater gjenspeiler en begrenset etterspørsel etter behandling et begrenset behandlingstilbud for brukere av amfetamin, metamfetamin eller ecstasy. Situasjonen er ikke helt den samme i de få medlemsstatene som lenge har hatt etablerede populasjoner av kroniske amfetamin- eller metamfetaminbrukere. I disse landene (hovedsakelig Den tsjekkiske republikk, Slovakia, Finland, Sverige) behandles amfetamin- og metamfetaminbrukere innenfor spesialiserte tjenester. Behandlingsalternativene ser ut til å bestå av avrusning, etterfulgt av individuell terapi i et poliklinisk miljø eller gruppeterapi enten poliklinisk eller i en døgninstitusjon.

Det er en generell mangel på behandlingsalternativer med dokumentert effekt som kan fungere som en rettesnor for behandling av avhengighet av psykostimulerende stoffer som amfetamin og kokain. Som anført i kapittel 5 finnes det for tiden ingen medikamenter som kan hjelpe brukere til avholdenhet eller til å redusere suget forbundet med avhengighet av psykostimulerende stoffer. Videre tyder litteraturen på at det ikke finnes noen dokumenterte psykososiale intervensjoner som effektivt bidrar til avholdenhet blant brukere av psykostimulerende stoffer.

⁽⁸¹⁾ For mer informasjon om forebyggende kampanjer i Europa, se utvalgt aspekt om narkotika og bilkjøring (2007).



Kapittel 5

Kokain og crack

Innledning

De aller nyeste dataene tyder på at det fortsatt er en generell økning i bruken av kokain i Europa. Befolkningsundersøkelser som er gjennomført i en rekke land, har registrert en markant økning i bruken blant unge siden midt på 1990-tallet. Disse funnene støttes av målrettede studier som viser at kokainbruken er svært høy i enkelte fritidsmiljøer (utelivs- og dance-miljøene). Samtidig har indikatorer på tilgjengeligheten av kokain i Europa, inkludert antall beslag av stoffet og beslaglagte kvanta, økt dramatisk.

I noen av medlemsstatene i EU har etterspørselen etter behandling for kokainbruk økt betydelig i de senere årene, og i enkelte land, byer og regioner er det nå større etterspørsel her enn for opioidbruk. En betydelig andel opioidbrukere i behandling rapporterer dessuten om kokain som sekundærrusmiddel, noe som kan være en medvirkende årsak til problemene de har og komplisere behandlingen. Flere land rapporterer også om kokain i den toksikologiske analysen i en stor andel narkotikarelaterte dødsfall, vanligvis kombinert med opioider og andre stoffer.

Den store forskjellen landene imellom, og det faktum at mange land fortsatt rapporterer om svært lave bruksnivåer, er viktige forbehold når det gjelder observasjonen om at bruken av kokain totalt sett øker i Europa. De nasjonale erfaringene med kokainproblemer er også svært varierende. F.eks. står et forholdsvis lite antall land for brorparten av alle søknader om behandling for kokainbruk som rapporteres i Europa.

Tilbud og tilgjengelighet

Produksjon og handel

Dyrkingen av cocabusken, som kokain produseres fra, er fortsatt konsentrert til et par land i Andesregionen ⁽⁸²⁾. FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC) (2008) anslø en potensiell kokainproduksjon på 994 tonn ren kokainhydroklorid i 2007, hvor Colombia sto for 61 %,

Peru 29% og Bolivia 10%. En analyse av antallet laboratorier som er ødelagt, tyder på at størstedelen av produksjonen finner sted i disse tre landene, selv om den også kan foregå i andre søramerikanske land før den eksporteres til de viktigste forbrukermarkedene i Nord-Amerika og Europa. Informasjon om illegal handel med kaliumpermanganat (en kjemisk reagens som brukes i syntetiseringen av kokainhydroklorid) støtter dette funnet, og Colombia rapporterte om 99 av de 101 tonnene med kaliumpermanganat beslaglagt på verdensbasis i 2006 (INCB, 2008b).

Kokainen produsert i Andesregionen smugles til Europa fra landene i Sør-Amerika (via Brasil, Ecuador, Venezuela). Karibia er fortsatt et viktig transittområde for kokain på vei mot Europa, men de siste par årene har det blitt mer og mer vanlig med omlasting via land i Vest-Afrika, spesielt i Guineabukta og utenfor kysten av Kapp Verde, Guinea og Guinea-Bissau (CND, 2008; INCB, 2008a) ⁽⁸³⁾. Spania og Portugal er fremdeles viktige områder for innførsel av kokain til Europa, og Portugal har siden 2005 spilt en stadig viktigere rolle. Men kokain kommer fortsatt også inn i Europa mer direkte, med båt eller fly over Atlanterhavet, spesielt til Nederland, Belgia, Italia, Frankrike, Storbritannia og Tyskland. Både Nederland og Frankrike rapporteres som viktige transitland for videre distribusjon av kokain i Europa (Europol, 2007b). Ferske rapporter om kokainimport via østeuropeiske land (Bulgaria, Estland, Latvia, Litauen, Romania, Russland) tyder på at det utvikles nye smuglerruter i denne delen av Europa.

Beslag

Etter marihuana og hasjissj er kokain det narkotiske stoffet som omsettes mest i verden. I 2006 gikk beslagene av kokain på verdensbasis noe ned, til 706 tonn. Sør-Amerika hadde også nå det største beslaget og sto for 45 % av handelen på verdensbasis, etterfulgt av Nord-Amerika med 24 % og Vest- og Sentral-Europa med 17 % (UNODC, 2008).

I Europa har antallet kokainbeslag gått opp de siste 20 årene. Det fortsatte å øke i perioden 2001–06, med

⁽⁸²⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 36.

⁽⁸³⁾ Se også "Vest-Afrika: sentral i smuglingen av kokain til Europa", s. 59.

Vest-Afrika sentral i smuglingen til Europa

De siste fem årene har Vest-Afrika blitt en viktig region for smugling av kokain til Europa (!) og fungerer som et område for transitt, oppbevaring og ompakking (Europol, 2007b, UNODC 2007b, USDS, 2008). Det anslås at innpå en firedel av kokainen som ble smuglet til Europa i 2007, ble transportert via denne regionen (UNODC, 2008). Mot et bakteppe av økende kokainbruk i Europa har den økte smuglingen via Vest-Afrika trolig bidratt til at prisen på stoffet har sunket, samtidig som Den iberiske halvøy har blitt stadig viktigere som innfallsport for smugling av kokain til Europa (Europol, 2007b).

Kokain smugles hovedsakelig fra Vest-Afrika til Europa med båt, og store forsendelser transporteres med fiskebåter til losssteder langs kysten av det nordlige Portugal og Galicia i Spania. Mindre partier med kokain smugles med fly eller over land, stadig oftere sammen med hasj/sj fra Nord-Afrika.

Det er flere årsaker til at den vestafrikanske smuglerruten for kokain har blitt mer brukt. Det skyldes blant annet mer effektive kontroller av andre ruter (Europol, 2007b), Vest-Afrikas geografiske posisjon og den økonomiske sårbarheten i landene i dette området, som ofte fører til svekkede retts- og politisystemer.

Det internasjonale samfunn har lansert flere tiltak mot problemet. I tillegg til andre EU-tiltak har Rådet, gjennom Den horisontale narkotika-arbeidsgruppen, plassert Vest-Afrika øverst på dagsordenen og presentert en resolusjon for FNs narkotikakommisjon 2008 om å styrke den internasjonale støtten til Vest-Afrika. Videre har syv medlemsstater med støtte fra EU samarbeidet om å etablere Maritime Analysis and Operations Centre – Narcotics (MAOC-N), et senter for rettshåndhevelse med militær støtte, basert i Lisboa, som har som mål å bekjempe kokainsmugling, med særlig fokus på de østlige delene av Atlanterhavet.

(!) UNODC (2007b) rapporterer at Senegal, Ghana, Mauritania, Guinea Bissau, Kapp Verde, Nigeria, Benin og Sierra Leone registrerte de største beslagene i 2006-07.

unntak av en nedgang i 2003. Mengden beslaglagt kokain har også gått opp det siste tiåret, men med regelmessige svingninger. I 2006 økte antallet kokainbeslag i Europa til 72 700, og den beslaglagte mengden utgjorde 121 tonn ⁽⁸⁴⁾. Spania var fortsatt det landet som rapporterte om flest beslag, og sto for 58 % av alle beslag og 41 % av den beslaglagte mengden i Europa det året. Den enorme økningen i mengdene som er beslaglagt i Portugal siden 2005 – hele 28 % av totale beslagmengder i Europa i 2006 – skyldes at kokainsmuglerne i stadig større grad

bruker den iberiske halvøy som springbrett til markedene i Europa.

Renhet og pris

Den typiske renheten på kokain i Europa varierte fra 1 % til 90 % i 2006, selv om de fleste land rapporterte om verdier mellom 25 % og 55 % ⁽⁸⁵⁾. Av de 23 landene som har lagt fram tilstrekkelige data, rapporterte de fleste om en fallende trend for renheten av kokain i perioden 2001–06. Det ble imidlertid registrert økninger i Hellas og Frankrike i perioden 2003–06.

I 2006 varierte detaljprisen på kokain typisk fra EUR 50 til 75 pr. gram i de fleste europeiske land, skjønt Kypros, Romania, Sverige og Tyrkia rapporterte om priser langt over dette. I perioden 2001–06 har prisen på gatenivå for kokain gått ned i de 18 landene som har lagt fram tilstrekkelige data. Unntaket er Romania, hvor det ble konstatert en prisøkning (korrigert for inflasjon).

Prevalens og bruksmønstre

Det er store variasjoner ikke bare når det gjelder generelle nivåer av kokainbruk som medlemsstatene rapporterer, men også når det gjelder brukerprofiler, da kokainbrukerne fordeler seg over hele det sosiale spekteret, fra de mest privilegerte til de mest marginaliserte i samfunnet. Bruksmønstrene for kokain varierer tilsvarende og spenner fra sporadisk bruk og rekreasjonsbruk til tvangspregnet bruk og avhengighet. Formen kokainen brukes i (kokainhydroklorid eller crack) og inntaksmetode er ytterligere kompliserende faktorer. Det er viktig å ta disse faktorene i betraktning, både for å forstå alle problemene som ofte er forbundet med de ulike bruksmønstrene for kokain, men også som informasjonsgrunnlag for å målrette og utvikle tjenestene til en uensartet gruppe narkotikabrukere.

I befolkningen generelt

Generelt er kokain, etter cannabis, det nest mest brukte illegale rusmiddelet i Europa, selv om det er store variasjoner mellom landene. Det er anslått at rundt 12 millioner europeere har brukt kokain minst én gang, dvs. gjennomsnittlig 3,6 % av voksne i alderen 15–64 år (se tabell 5 for et sammendrag av dataene). Nasjonale tall varierer fra 0,4 % til 7,7 %, og tolv land, hovedsakelig medlemsstater som har kommet med i EU siden 2004, rapporterer om svært lav livstidsprevalens blant alle voksne (0,4–1,2 %).

⁽⁸⁴⁾ Dataene om europeiske kokainbeslag som omtales i dette kapittelet, finnes i tabell SZR-9 og SZR-10 i Statistiske opplysninger 2008. Merk at der det mangler nasjonale data for 2006 i dette kapittelet, brukes tilsvarende data for 2005 som grunnlag for totalanslag for Europa.

⁽⁸⁵⁾ Se tabell PPP-3 og PPP-7 i Statistiske opplysninger 2008 for data om renhet og pris.

Det er anslått at ca. 4 millioner europeere har brukt kokain i løpet av det siste året (1,2 % i gjennomsnitt), selv om det også her er store variasjoner fra land til land. Dette går fram av resultatene fra ferske nasjonale undersøkelser, som viser at anslagene over siste års prevalens ligger mellom 0,1 % og 3 %, selv om den er over 1 % bare i fire land. Prevalensen for bruk siste måned er anslått til 2 millioner, ca. halvparten av siste års prevalens, og representerer om lag 0,5 % av den voksne befolkningen. Disse anslagene er sannsynligvis konservative.

Generelt sett ser kokainbruken ut til å være konsentrert til et par land, spesielt Spania og Storbritannia, og i noen mindre grad Italia, Danmark og Irland, mens bruken av kokain er relativt lav i de fleste andre europeiske land. Land hvor amfetamin dominerer markedet for illegale sentralstimulerende midler, har i nesten alle tilfeller lave anslag for kokainbruk. Og motsatt, i de fleste landene hvor kokain er det viktigste illegale sentralstimulerende midlet, rapporteres lave nivåer av amfetaminbruk ⁽⁸⁶⁾.

Kokainbruk blant unge voksne

Bruk av kokain forekommer hovedsakelig blant unge voksne (15–34 år). Av de 4 millioner europeere som har brukt rusmiddelet det siste året, vil ca. syv av åtte nok være unge voksne.

I Europa er det anslått at 7,5 millioner unge voksne (15–34 år), eller gjennomsnittlig 5,4 %, har brukt kokain minst én gang. Nasjonale tall varierer fra 0,7 % til 12,7 %. Det europeiske gjennomsnittet for siste års bruk av kokain i denne aldersgruppen er anslått til 2,3 % (3,5 millioner) og for bruk siste måned til 1 % (1,5 millioner).

Bruken er spesielt høy blant unge menn (15–34 år), og siste års prevalens av kokainbruk i denne gruppen er mellom 4 % og 7 % i Spania, Danmark, Irland, Italia og Storbritannia ⁽⁸⁷⁾. Forholdet mellom kvinner og menn når det gjelder siste års prevalens lå mellom 1:1 og 1:13 for unge voksne avhengig av land. Veide gjennomsnitt for Den europeiske union sett under ett tyder på at blant kokainbrukere i alderen 15–34 var forholdet mellom menn og kvinner nesten 4 til 1 (3,8 menn for hver kvinne).

Målingene av nyere kokainbruk (siste år og siste måned) er høyest i aldersgruppen 15–24, selv om dette fenomenet er mindre markert enn det som er tilfelle for cannabis og ecstasy ⁽⁸⁸⁾. Siste års prevalens av kokainbruk for denne aldersgruppen er anslått til 2,6 %, dvs. at 2 millioner personer i alderen 15–24 år brukte kokain i løpet av det siste året.

Estimering av kokainbruk gjennom analyser av kommunalt avløpsvann

Kartleggingen av narkotikabruken i samfunnet har fått et nytt verktøy. Ved hjelp av nye metoder utviklet innen analytisk kjemi er det nå mulig å påvise kokain i avløpsvann, også omtalt som "kloakkepidemiologi" ("sewage epidemiology"). Metoden går ut på å måle nivåene av nedbrytingsprodukter av illegale stoffer som brukerne skiller ut i urinen. Nivåene av nedbrytingsprodukter som måles i avløpsvannet, skaleres deretter opp for å beregne forbruket av illegale stoffer i befolkningen. Når det gjelder kokain, er metabolitten som skiller ut i urinen benzoylecgonin. Ettersom nedbryting av kokain i menneskekroppen er den eneste sannsynlige kilden til benzoylecgonin i avløpssystemene, er det med visse forbehold mulig, på grunnlag av mengden av metabolitten i avløpsvannet, å etterregne hvor mye kokain som har blitt konsumert i lokalsamfunnet (men ikke antallet brukere).

Kloakkepidemiologien er fortsatt i et tidlig stadium, og rent bortsett fra de viktige tekniske og etiske spørsmålene dette reiser, må informasjonen den gir integreres i dagens forskningstenkning. Disse spørsmålene behandles i EONNs nye publikasjon om analyser av avløpsvann (EONN, 2008b). Rapporten, som er utarbeidet av eksperter innen en rekke ulike fagfelt, konkluderer med at selv om det kreves videre utvikling, kan kloakkepidemiologi brukes i narkotikakartlegging på lokalt nivå. Tilnærmingen kan også fungere som et narkotika-overvåkingsverktøy som kan hjelpe helsemyndigheter og rettsmyndigheter til å kartlegge mønstre for narkotikabruk i kommuner av ulik størrelse. Og fordi prøvetaking og analyser av avløpsvann kan gjennomføres daglig, ukentlig eller månedlig, kan dataene potensielt brukes til å gi en sanntidsmåling som gir samfunnet bedre muligheter til å kartlegge virkningen og effektiviteten av forebygging og intervensjoner.

Kokainbruk er også forbundet med en viss livsstil. En analyse av data fra British Crime Survey 2003–04 tilsier at ca. 13 % av 16–29-åringene som ofte besøker puber eller vinbarer, hadde brukt kokain siste år, sammenlignet med 3,7 % blant mindre hyppige pub-/bargjester. I aldersgruppen 30–59 år var tallene henholdsvis 3,1 % og 1 %. Den samme undersøkelsen rapporterte om svært lav bruk av crack, selv i gruppen som rapporterer høyest prevalens for kokain. Dette støtter funnene i mer fokuserte studier, som presenterer en annen profil for brukere av kokainpulver enn for crackbrukere. Bruken av kokain i andre land er antakelig også forbundet med lignende livsstilsfaktorer.

Studier utført i fritidsmiljøer rapporterer ofte om høy prevalens av kokainbruk. I en studie utført i 2006 i ni europeiske byer (Athen, Berlin, Brno, Palma, Lisboa, Liverpool, Ljubljana, Venezia, Wien) blant 1 383 unge

⁽⁸⁶⁾ Se "Europa som markert for sentralstimulerende midler: "kokainland" og "amfetaminland"?", s. 50.

⁽⁸⁷⁾ Se figur GPS-13 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁸⁸⁾ Se figur GPS-15 og tabell GPS-14 til GPS-16 for alle år og tabell GPS-17 til GPS-19 for de nyeste dataene i Statistiske opplysninger 2008.

Tabell 5: Prevalens av kokainbruk i befolkningen generelt – datasammendrag

Aldersgruppe	Tidsramme for bruk		
	Livstid	Siste år	Siste måned
15–64 år			
Anslag over antall brukere i Europa	12 millioner	4 millioner	2 millioner
Europeisk gjennomsnitt	3,6%	1,2%	0,5%
Spredning	0,4–7,7%	0,1–3,0%	0–1,6%
Land med lavest prevalens	Romania, Malta, Litauen (0,4%) Hellas (0,7%)	Hellas, Malta (0,2%) Danmark, Polen (0,3%)	Hellas, Estland, Den tsjekkiske republikk (0,0%) Malta, Litauen, Polen, Finland, Latvia (0,1%)
Land med høyest prevalens	Storbritannia (7,7%) Spania (7,0%) Italia (6,6%) Irland (5,3%)	Spania (3,0%) Storbritannia (2,6%) Italia (2,2%) Irland (1,7%)	Spania (1,6%) Storbritannia (1,3%) Italia (0,8%) Irland (0,5%)
15–34 år			
Anslag over antall brukere i Europa	7,5 millioner	3,5 millioner	1,5 millioner
Europeisk gjennomsnitt	5,4%	2,3%	1%
Spredning	0,7–12,7%	0,2–5,4%	0,0–2,8%
Land med lavest prevalens	Romania, Litauen (0,7%) Malta (0,9%) Hellas (1,0%)	Hellas (0,2%) Polen (0,3%) Latvia, Den tsjekkiske republikk (0,4%)	Estland (0,0%) Hellas, Den tsjekkiske republikk, Polen, Latvia (0,1%)
Land med høyest prevalens	Storbritannia (12,7%) Spania (9,6%) Danmark (9,1%) Irland (8,2%)	Storbritannia (5,4%) Spania (5,2%) Italia (3,2%) Irland (3,1%)	Spania (2,8%) Storbritannia (2,7%) Italia (1,2%) Danmark, Irland (1,0%)
15–24 år			
Anslag over antall brukere i Europa	3 millioner	2 millioner	800 000
Europeisk gjennomsnitt	4,5%	2,6%	1,2%
Spredning	0,4–11,2%	0,2–6,1%	0,0–3,2%
Land med lavest prevalens	Romania (0,4%) Hellas (0,6%) Litauen (0,7%) Malta, Polen (1,1%)	Hellas (0,2%) Polen (0,3%) Den tsjekkiske republikk (0,4%) Latvia (0,6%)	Estland (0,0%) Hellas, Latvia (0,1%) Den tsjekkiske republikk, Polen, Portugal (0,2%)
Land med høyest prevalens	Storbritannia (11,2%) Spania (8,7%) Danmark (8,0%) Irland (7,0%)	Storbritannia (6,1%) Spania (5,8%) Irland (3,8%) Danmark, Italia (3,3%)	Storbritannia (3,2%) Spania (3,1%) Italia (1,3%) Bulgaria, Irland (1,1%)
Informasjonen er basert på den siste tilgjengelige undersøkelsen for hvert land. Studieåret varierer fra 2001 til 2007. Gjennomsnittsprevalensen for Europa er beregnet på grunnlag av et gjennomsnitt vektet for antall innbyggere i den aktuelle aldersgruppen i hvert land. I land hvor slik informasjon ikke var tilgjengelig, ble gjennomsnittlig EU-prevalens lagt til grunn. Populasjoner brukt som grunnlag: 15–64 (328 millioner), 15–34 (134 millioner) og 15–24 (64 millioner). Dataene som presenteres her, finnes i "General population surveys" i Statistiske opplysninger 2008.			

mennesker i alderen 15–30 som jevnlig oppsøker utelivsmiljøer, rapporterte 29 % at de hadde brukt kokain minst én gang, mens nesten 4 % rapporterte at de på et eller annet tidspunkt hadde brukt kokain én gang i uken eller oftere (Europakommisjonen, 2007b). Høy prevalens ble også rapportert i en fransk undersøkelse i 2004–05, hvor 1 496 personer ble intervjuet i fem ulike techno-miljøer. Nærmere 35 % av utvalget hadde brukt kokain og 6 % crack eller fribase-kokain i løpet av den siste måneden. Studien rapporterte også om forskjeller mellom undergrupper: Prevalens siste måned var 50 % for kokainbruk og 13 % for crackbruk blant de "alternative", mens rundt en firedel hadde brukt kokain og 2 % crack i løpet av den siste måneden i de undergruppene som er mer "mainstream".

Kokainbruk blant skoleelever

Kokain er mye mindre utbredt blant skoleelever enn cannabis. I de fleste land har 15–16-årige skoleelever en livstidsprevalens for kokainbruk på 2 % eller lavere, mens andelen er 4 % i Spania og 5 % i Storbritannia ⁽⁸⁹⁾. I land som har lagt fram nye data fra nasjonale skoleundersøkelser (Spania, Portugal, Slovakia, Sverige, Storbritannia), er utbredelsen av kokainbruk stabil eller noe synkende, selv om endringene i prevalensnivå vanligvis er for små til å være statistisk signifikante. I Spania har nyere undersøkelsesdata vist en signifikant nedgang blant 17–18-årige skoleelever.

Bruksmønstre for kokain

Data fra generelle befolkningsundersøkelser tyder på at tallene for avsluttet bruk av kokain er høye, idet de landene hvor siste års prevalens er over 2 %, har mellom 80 % og 90 % av voksne som har brukt kokain minst én gang, ikke brukt stoffet den siste måneden ⁽⁹⁰⁾.

Informasjonen som foreligger om hyppigheten av kokainbruk i Europa, er begrenset. En analyse av British Crime Survey viser at ca. 20 % av de unge (16–24 år) som hadde brukt kokain i løpet av det siste året, brukte kokain mer enn én gang i måneden. En studie av bestemte utvalg av kokainbrukere i ni europeiske byer (Prinzleve et al., 2004) viste at rapportert bruksfrekvens gjennomsnittlig var lavere blant sosialt integrerte brukere (7 dager i måneden) enn blant sosialt ekskluderte brukere (11 dager) og opioidbrukere i behandling (14 dager).

Problematisk kokainbruk og etterspørsel etter behandling

Nasjonale anslag over problematisk kokainbruk (injeksjonsbruk eller langvarig/regelmessig bruk) er bare tilgjengelige for Spania og Italia, mens Storbritannia har regionale anslag. Ifølge de nyeste dataene fra Spania var det i 2002 mellom 4,5 og 6 problembrukere av kokain pr. 1 000 voksne (15–64 år). Tilsvarende var det i Italia i 2006 anslagsvis mellom 3,7 og 4,5 problembrukere av kokain pr. 1 000 voksne. Informasjonen for Storbritannia er ikke direkte sammenlignbar med informasjonen for Spania og Italia, da den er basert på crackbruk. En studie i 2004–05 anslø antall problembrukere av crack i England til mellom 5,7 og 6,4 pr. 1 000 i den voksne befolkningen.

I Europa i 2006 oppga om lag 16 % av alle klienter i behandling kokain, hovedsakelig kokainpulver, som den viktigste grunnen til å påbegynne behandling for narkotikabruk, noe som tilsvarer ca. 61 000 rapporterte tilfeller i 24 land ⁽⁹¹⁾. Kokain ble også rapportert som et sekundærrusmiddel av ca. 18 % av alle polikliniske klienter ⁽⁹²⁾. Det er store variasjoner mellom landene, og det er bare i Spania (47 %) og Nederland (35 %) at kokainbrukere utgjør noen stor andel av klientene i behandling. I dag står riktignok kokain for 25 % av behandlingsetterspørselen i Italia. Andre steder i Europa er kokain knyttet til mellom 5 % og 10 % av alle søknader om behandling (10 land) eller under 5 % (12 land) ⁽⁹³⁾.

Andelen kokainbrukere er høyere blant dem som påbegynner behandling for første gang. I Europa ble kokain i 2006 rapportert som primærrusmiddel av 23 % av de nye klientene (rundt 37 000 personer) ⁽⁹⁴⁾. I Spania var kokain, ifølge de siste dataene fra 2005, det primærrusmiddelet som oftest ble oppgitt av dem som påbegynte behandling, og nye kokainklienter utgjorde 63 % av alle nye spanske narkotikaklienter.

Trender innen kokainbruk

Hvis man benytter siste års prevalens blant unge voksne i aldersgruppen 15–34 år (kokainbruk er konsentrert i denne aldersgruppen) som en indikator på trender for nyere bruk, går det fram at i Spania, Danmark og Storbritannia økte bruken av kokain betraktelig i løpet av annen halvdel av 1990-tallet. Nye data (undersøkelser i perioden 2005–07) bekrefter den stigende trenden som allerede i fjor ble rapportert i Frankrike, Irland, Spania, Storbritannia, Italia, Danmark og Portugal. I Tyskland, Nederland, Slovakia og

⁽⁸⁹⁾ Se tabell EYE-1 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁹⁰⁾ Se figur GPS-24 i Statistiske opplysninger 2008.

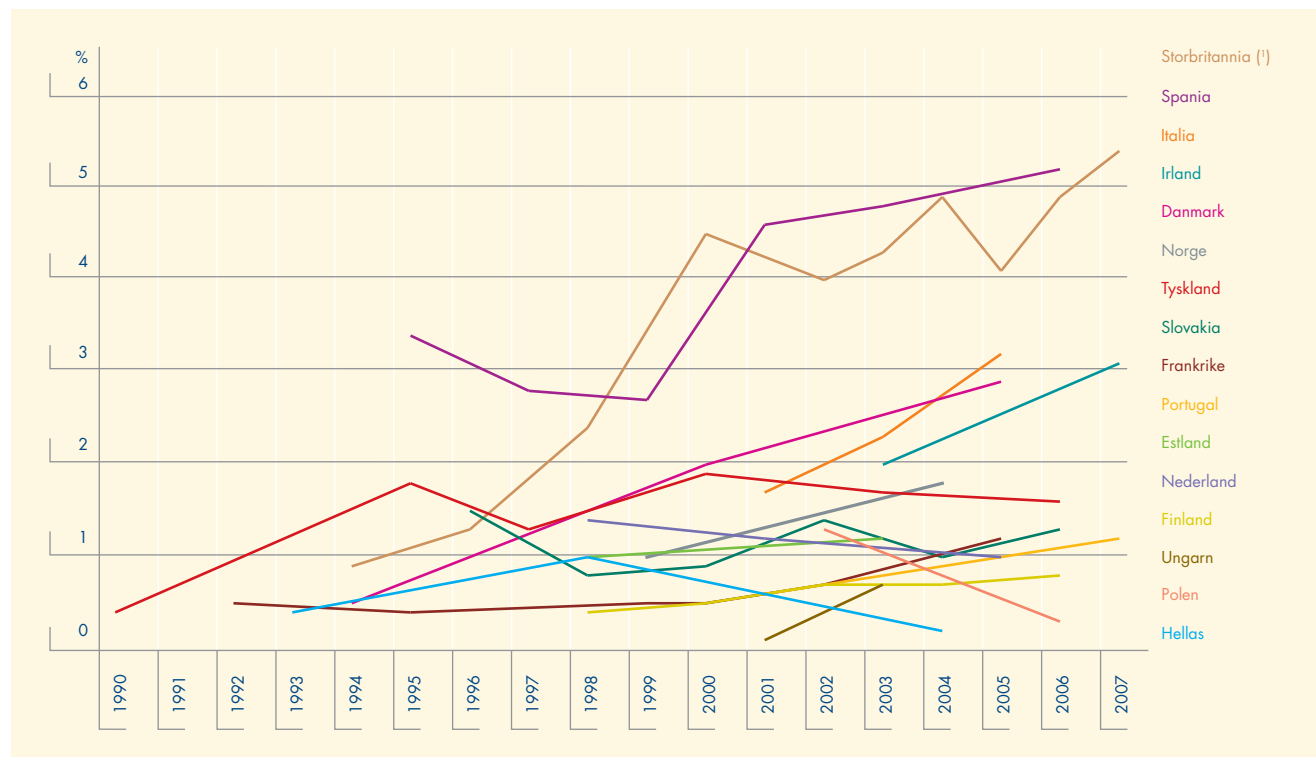
⁽⁹¹⁾ Se tabell TDI-115 og figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁹²⁾ Se tabell TDI-22 del (i) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁹³⁾ Se tabell TDI-5 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008 (for data for Spania, se Statistiske opplysninger 2005).

⁽⁹⁴⁾ Se figur TDI-2 i Statistiske opplysninger 2008.

Figur 5: Trender for siste års prevalens av kokainbruk blant unge voksne (15–34 år)



(¹) England og Wales.

NB: I Danmark representerer verdien for 1994 "tunge stoffer". Se figur GPS-14 i Statistiske opplysninger 2008 for ytterligere opplysninger.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2007), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler.

Finland er prevalensen stabil, mens det ble registrert en nedgang i Polen (figur 5).

Den stigende trenden for etterspørsel etter behandling for kokainbruk som ble registrert de foregående årene, ser også ut til å fortsette, selv om den påvirkes uforholdsmessig av et par land. Mellom 2002 og 2006 økte andelen nye klienter som søkte behandling for kokain som primærrusmiddel fra 13 % til 25 %, og antall rapporterte tilfeller steg fra rundt 13 000 til nesten 30 000. Det ble også observert en økning i antallet og andelen av alle kokainklienter som påbegynte behandling: fra 22 000 klienter (13 % av alle behandlingssøknader) i 2002 til 50 000 (19 %) i 2006. Den største økningen ble rapportert av Italia og Spania ⁽⁹⁵⁾.

Den stigende trenden for kokainbrukere som påbegynner behandling, kan være forbundet med en økning i prevalensen av kokainbruk og relaterte problemer, men også med andre faktorer (f.eks. en økning i behandlingshenvisninger eller intervensjoner spesielt rettet mot kokainbrukere), og behandlingssøknadens

fordeling etter rusmiddel påvirkes helt klart av endringer i etterspørselen etter behandling for andre stoffer.

Internasjonale sammenligninger

Generelt sett er livstidsprevalensen for kokainbruk lavere blant unge voksne i Den europeiske union enn i Australia, Canada og USA. På nasjonalt plan rapporterer imidlertid Danmark, Irland, Spania, Italia og Storbritannia (England og Wales) høyere tall enn Australia. Bare Storbritannia (England og Wales) rapporterer samme livstidsprevalens som USA ⁽⁹⁶⁾. Dette kan til en viss grad anses å gjenspeile den historiske utviklingen når det gjelder kokainproblemer og erfaringene i USA og, i europeisk sammenheng, Storbritannia, med omfattende kokainbruk.

Behandling og skadereduksjon

Klientprofil

Polikliniske behandlingssentre står for nesten all (94 %) etterspørsel etter behandling for kokainbruk i Europa ⁽⁹⁷⁾. Det er imidlertid viktig å legge merke til at behandling

⁽⁹⁵⁾ Se figur TDI-1 og TDI-3 og tabell TDI-3 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁹⁶⁾ Se figur GPS-20 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁹⁷⁾ Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2008.

for kokainbruk også finner sted i private klinikker og i døgninstitusjoner, og dagens overvåkingssystem gjenspeiler ikke dette i tilstrekkelig grad.

Kokainklienter som påbegynner poliklinisk behandling, har det høyeste mann:kvinne-forholdet blant alle klienter som får behandling for narkotikabruk (5:1). Gjennomsnittsalderen er 31 år ⁽⁹⁸⁾, noe som gjør gruppen til den tredje eldste klientgruppen, etter opioidbrukere og brukere av hypnotika og sedativa. De fleste kokainklienter rapporterer å ha begynt å bruke rusmiddelet i 15–24-årsalderen ⁽⁹⁹⁾.

Det er stor variasjon mellom landene med hensyn til kokainklientenes inntaksmetode. Generelt sniffer rundt halvparten (55 %) av kokainklientene rusmiddelet, mens innpå en tredel (32 %) røyker det, og en mye mindre andel (9 %) injiserer det ⁽¹⁰⁰⁾. Blant brukerne i behandlingsapparatet kan kokainbrukerne grovt deles i to. Den første gruppen er typisk bedre sosialt integrert, rapporterer om stabile bo- og arbeidsforhold og sniffer vanligvis rusmiddelet. Den andre er en mer marginalisert gruppe som vanligvis røyker eller injiserer kokain (se EONN, 2006) og oftere rapporterer bruk av crack eller en kombinasjon av kokain og heroin. Særlig crackklienter bor ofte i store byer, tilhører etniske minoritetsgrupper og rapporterer høy arbeidsledighet og dårlige levekår ⁽¹⁰¹⁾. Dette problemet er lite i europeisk forstand og geografisk begrenset, og betydelige crackproblemer er begrenset til et relativt lite antall byer. I 2006 påbegynte rundt 8 000 crackklienter (ca. 2 % av alle narkotikaklienter) behandling for narkotikabruk i 20 europeiske land, skjønt de fleste av dem hører til i Storbritannia ⁽¹⁰²⁾.

Behandling av problemene forbundet med samtidig bruk av kokain og heroin blir et stadig viktigere felt i enkelte land. Brukerne i behandling kan være nåværende eller tidligere heroinbrukere, noen ganger i substitusjonsbehandling. I enkelte land utgjør de den største gruppen av klienter som behandles for kokainbruk. Enkelte studier antyder at samtidig bruk av kokain og heroin kan være forbundet med forekomsten av dobbeltdiagnoser, eller at det kan forverre underliggende psykologiske problemer som bipolar lidelse. Samtidig kokainbruk under vedlikeholdsbehandling med metadon har også vist seg å medvirke til vedvarende eller gjenopptatt heroinbruk, risiko for HIV og andre blodbårne sykdommer samt alvorlige medisinske og sosiale problemer og kriminalitet.

Helseproblemer relatert til kokainbruk

Det er ofte begrenset bevissthet om forbindelsene mellom kokainbruk og sykdom, selv hos medisinsk personell. Det fører til at enkelte kokainrelaterte problemer ikke blir oppdaget, og at de som har problemer, kanskje ikke får hensiktsmessig behandling. Underrapportering av kokainproblemer vil hindre forståelsen av stoffets betydning for folkehelsen.

Risikoen som er forbundet med visse problematiske inntaksmåter av kokain, er godt kjent og berører definerte brukergrupper (tidligere eller nåværende opioidbrukere, marginaliserte grupper). For eksempel er injeksjon av kokain forbundet med risiko for infeksjoner og forhøyet risiko for overdose, mens bruk i kombinasjon med opioider synes å være forbundet med en større risiko for opioidoverdose.

Helseproblemer forbundet med kokain i pulverform kan imidlertid gå upåaktet hen og ramme brukere som normalt ikke anser seg selv som risikoutsatt. Kronisk bruk av kokain kan medføre store helseproblemer, de fleste kardiovaskulære (arteriosklerose, kardiomyopati, arytmi, myokardisk iskemi) og nevrologiske (cerebrovaskulære hendelser og slag). Disse problemene kan forverres av allerede eksisterende tilstander (f.eks. vaskulære deformasjoner) og risikofaktorer som røyking eller alkoholbruk. Mange av dødsfallene som tilskrives kokain, skyldes disse patologiene.

Bruk av kokain i kombinasjon med alkohol øker blodnivåene av kokain med så mye som 30 %. Fra et atferdsperspektiv kan kokainbruk tilrettelegge for et høyt alkoholforbruk ved at brukerne kan drikke lenger, noe som i sin tur kan øke mengdene kokain som inntas (Gossop et al., 2006). Dannelsen av kokaetylen i leveren kan også koples til ytterligere helsesisiko forbundet med kombinert bruk av kokain og alkohol.

Det er få studier som har vurdert de samlede konsekvensene av kokainbruk på folkehelsen. En storskala populasjonsstudie i USA (1988–94) fant at en firedel av ikke-dødelige akutte myokardiske infarkter i aldersgruppen 18–45 kunne tilskrives "hyppig livstidsbruk av kokain". Hyppige brukere hadde syv ganger større risiko for ikke-dødelig myokardisk infarkt enn ikke-brukere (Qureshi et al., 2001). Det er imidlertid ikke mulig å generalisere direkte fra denne studien til Europa. Vi har fortsatt for lite kunnskap om de mulige helsekonsekvensene av økt kokainbruk i Europa, og dette er et viktig område for framtidig forskning på folkehelsen.

For videre lesning om helseproblemer relatert til kokainbruk, se utvalgt aspekt om kokain, 2007.

⁽⁹⁸⁾ Se tabell TDI-10 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽⁹⁹⁾ Se tabell TDI-11 del (iii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabell TDI-17 del (ii) og del (vi) og TDI-111 del (vii) og del (viii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁰¹⁾ Se utvalgt aspekt om kokain og crack (2007).

⁽¹⁰²⁾ Se tabell TDI-115 i Statistiske opplysninger 2008.

Kokainbehandling

Med økt kokainbruk og problemene dette medfører i en rekke medlemsstater står de spesialiserte behandlingstilbudene overfor den vanskelige oppgaven å tilpasse de tradisjonelt opioidorienterte tjenestene til de ulike gruppene av kokain- og crackbrukere. Bortsett fra Spania vurderte imidlertid medlemsstatene i 2006 tilgjengeligheten av og tilgangen til kokainspesifikke behandlingsprogrammer som lav.

Flere av medlemsstatene som rapporterer høye prevalenstall for bruk av kokain eller crack, har reagert aktivt på dette problemet. I 2007 innførte Spania en egen nasjonal handlingsplan for kokain, mens Irland iverksatte og evaluerte en rekke programmer for forskjellige grupper kokainbrukere. Disse programmene er rettet mot problembrukere som bruker kokain intranasalt, blandingsbrukere med kokainproblemer så vel som kvinner og sexarbeidere som bruker kokain. I Italia vil det i 2008 bli gjennomført et stort klinisk forsøk for å undersøke virkningen av to legemidler (aripiprazole og ropinirol) i behandlingen av kokainavhengighet.

Informasjonen om hvilke tjenester som tilbys problembrukere av kokain i Europa, er mangelfull. Nasjonale kliniske publikasjoner eller undersøkelser blant fagfolk gir ikke desto mindre et godt innblikk i gjeldende praksis. Ifølge en nyere rapport fra Storbritannia (NICE, 2007) ser det ut til at de spesialiserte behandlingstjenestene bare griper tak i kokainrelaterte problemer når det primære narkotikaproblemet er knyttet til opioider. Og en nyere italiensk undersøkelse blant eksperter involvert i behandlingen av kokainbrukere antydte at det var vanskelig å gjennomføre enkelte av de elementene som anses som avgjørende for å oppnå vellykkede behandlingsresultater, som å tilby hensiktsmessige tjenester (f.eks. kortsiktig institusjonsbehandling, strukturerte psykososiale intervensjoner) eller å skille klinisk mellom de ulike typene kokainbrukere. Ifølge undersøkelsen skyldtes disse vanskene organisatoriske forhold, mangel på ressurser og mangel på effektive, kokainspesifikke behandlingstiltak. Fagfolk i andre medlemsstater står trolig overfor lignende problemer. Dermed vil nok tilstrekkelige investeringer, egnede behandlingsprotokoller og spesialiserte opplæringsbehov være viktige aspekter i utviklingen av tjenester på dette området.

En rekke litteraturgjennomganger som er gjort i den senere tid, gir ikke solide bevis på at dagens psykososiale tiltak er effektive når det gjelder å behandle kokainavhengighet, og det foreligger heller ingen effektive farmakologiske behandlingsformer. I en Cochrane-gjennomgang

nylig av psykososiale tiltak for brukere av kokain og andre psykostimulerende stoffer ble solide, positive atferdsmessige resultater (gjennomført behandling, reduksjon av narkotikabruk) kun observert i psykososiale intervensjoner der læringsbasert rusbehandling (Contingency Management) er en av komponentene ⁽¹⁰³⁾.

Til forskjell fra det som er tilfelle med opioidavhengighet, finnes det for tiden ingen medikamentelle behandlingalternativer som effektivt kan hjelpe kokainbrukere til avholdenhet eller til å redusere bruken (se utvalgt aspekt om kokain, 2007). Eksperimentelle terapeutiske legemidler som reduserer kokainbruken og suget, har vist seg lovende i kliniske forsøk (f.eks. baclofen, tiagabin, topiramet). Modafinil, et stoff som stimulerer sentralnervesystemet, har gitt særlig lovende resultater som psykostimulerende substitusjonsmedikament, idet fordelene er at det har et lavere misbrukspotensial enn andre mulige substitusjonsmedikamenter (f.eks. d-amfetamin) (Myrick et al., 2004). Videre har buprenorfin, topiramet og tiagabin vist lovende resultater når det gjelder å redusere kokainbruk hos opioidbrukere som får substitusjonsbehandling med samtidig bruk av kokain.

Læringsbasert rusbehandling

Ved å belønne avholdenhet satser læringsbasert rusbehandling (LBR) (eller Contingency Management – CM) på å redusere stoffets forsterkende virkninger. LBR introduseres typisk i begynnelsen av et behandlingsforløp, sammen med psykososial støtte, og insentivene er betinget av at det leveres stoffrie urinprøver. Belønningen kan f.eks. være kuponger verdt et mindre pengebeløp som øker med hver sammenhengende periode med avholdenhet. I dette scenariet vil manglende evne til å holde seg stoffri føre til tap av oppsamlet belønning.

Teknikken forsterker gjentatte ganger klientens stoffrie atferd og gir jevnlig mål som må oppnås. Det mest solide beviset på at LBR er effektiv når det gjelder avholdenhet fra narkotika, kommer fra studier av kokain- og heroinbehandling, men det er også bevis på at tilnærmingen fungerer i cannabis- og metamfetaminbehandling.

Selv om det meste av forskningen på LBR har blitt utført utenfor Europa, har gjennomførbarhetsstudier av slike tiltak nylig rapportert positive resultater i Spania for kokainbrukere (Secades-Villa et al., 2008) og i forhold til kokainbruk blant klienter under substitusjonsbehandling med opioider i Nederland (DeFuentes-Merillas og De Jong, 2008), der den gjennomsnittlige belønningen ved enden av forsøket var verdt til en verdi av EUR 150. En økonomisk analyse utført av det kliniske kompetansesenteret National Institute for Clinical Excellence (NICE, 2007) i Storbritannia antydte at LBR er et kostnadseffektivt alternativ innenfor kokainbehandling, særlig når man tar i betraktning de økonomiske kostnadene ved kokainbruk i et bredere perspektiv.

⁽¹⁰³⁾ Se "Læringsbasert rusbehandling".

Immunterapi mot kokainavhengighet i form av en kokainvaksine (TA-CD) er også på forsøksstadiet. Når vaksinen er gitt, stimulerer den produksjonen av antistoffer som binder seg til kokainmolekylene i blodet, som dermed gjør at naturlig forekommende enzymer kan omdanne kokainmolekylene til inaktive molekyler. Resultatene av de første kliniske forsøkene er oppmuntrende, selv om det er nødvendig med flere studier for å teste om vaksinen er holdbar som farmakoterapi for kokainavhengighet.

Kokainvaksinen skal primært brukes for å forebygge tilbakefall, men termen "vaksine" skaper også forventninger om at den har potensial til å forebygge kokainavhengighet når den brukes profylaktisk (f.eks. hos "stoffnaive" barn eller tenåringer). Effektiviteten ved en slik metode er usikker og stiller visse etiske spørsmål som vil bli grundig omhandlet i den kommende EONN-publikasjonen "Avhengighetens nevrobiologi: etiske og sosiale implikasjoner".

Skadereduksjon

Problematisk kokainbruk får ofte alvorlige konsekvenser for den fysiske og mentale helsen. En toårig irsk oppfølgingsstudie av kokainbruk i lokalsamfunn avslørte f.eks. at den generelle helsetilstanden hos kokainavhengige klienter, spesielt sprøytebrukere, var svekket. Flere prosjekter rapporterte også om en økning i antall klienter som fikk abscesser og sår på grunn av dårlige injeksjonsvaner. Andre problemer rapportert av klienter som bruker kokain omfatter: vekttap, seksuelt overførte infeksjoner, hjerteproblemer, amputasjoner og risikoatferd.

Medlemsstatene tilbyr vanligvis brukere som injiserer kokain, de samme tjenestene og tilbudene som de tilbyr opioidbrukere, f.eks. anbefalinger om sikker bruk, opplæring i sikker sprøytebruk og sprøytebytteprogrammer. Lavterskeltjenestene spiller en viktig rolle i så henseende, da de tilbyr grunnleggende behandling så vel som rådgivning og medisinsk hjelp. Brukere med alvorlige kokain- og crackrelaterte problemer, som fysiske og psykiske tilleggslidelser eller

sosiale problemer, f.eks. i forbindelse med boforhold, kan henvises til rehabiliteringsprogrammer i institusjon eller terapeutiske samfunn. Målet med disse programmene er ikke bare å oppnå rusfrihet, men å tilby hvile og intensiv behandling samt støtte for å hjelpe brukerne med å endre en kaotisk og risikofylt livsstil.

En kvalitativ studie i seks spanske byer viste at sexarbeidere hovedsakelig brukte alkohol og kokain. Bruken av narkotika var sporadisk og instrumentell og bidro til å redusere psykologiske barrierer eller hemninger og øke toleransen overfor langvarig sexarbeid med ulike klienter. Konsekvensene av narkotikabruk blant prostituerte var blant annet ubeskyttet sex og høyere risiko for å bli utsatt for vold av klienter. Alvorlige bruksmønstre for crack observeres også ofte i denne gruppen.

Sexarbeidere med kokain- og crackproblemer nås med skadereduserende og oppsøkende tjenester. I Nederland har for eksempel den kommunale helsetjenesten iverksatt spesielle helseprogrammer rettet mot crackbrukende sexarbeidere, mens den franske organisasjon Espoir Goutte d'Or, som fokuserer på skadereduksjon og risikoforebygging for crackbrukere og sexarbeidere, organiserer frivillig, ukentlig rådgiving og rask HIV- og hepatitt-testing.

Rekreasjonsbruk av kokain i kombinasjon med et høyt alkoholforbruk forekommer ofte i utelivsmiljøer og kan være forbundet med alvorlige, akutte fysiske problemer. Som nevnt i kapittel 4, tar medlemsstatene stadig mer i bruk en integrert tilnærming for å redusere skade relatert til bruken av alkohol og illegale rusmidler i fritidsmiljøer. Programmene gir unge mennesker råd og informasjon om risikoen forbundet med alkohol- og narkotikabruk generelt og omfatter vanligvis materiell om risikoen forbundet med akutt og kronisk kokainbruk. Medlemmene i FESAT, Den europeiske stiftelsen for rusrelaterte hjelpetelefoner, jobber også aktivt for å øke bevisstheten og støtte narkotikabrukere ved å tilby råd og informasjon om risikoen ved bruk av narkotika.



Kapittel 6

Opioidbruk og injeksjonsbruk

Tilbud og tilgjengelighet av heroin

I Europa har to former for importert heroin historisk sett blitt tilbudt på det illegale narkotikamarkedet: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform), som hovedsakelig kommer fra Afghanistan, og den mye mindre vanlige, hvite heroinen (i saltform) som typisk kommer fra Sørøst-Asia⁽¹⁰⁴⁾. I tillegg produseres noen opioider, hovedsakelig hjemmeproduserte valmueprodukter (f.eks. konsentrat av knuste stengler eller frøkapsler), i en del av de østeuropeiske landene (f.eks. Latvia, Litauen).

Produksjon og handel

Heroinen som brukes i Europa, kommer for det meste fra Afghanistan, som fortsatt er verdens største leverandør av illegal opium, etterfulgt av Myanmar og Mexico. Opiumsproduksjonen i verden økte også kraftig (34 %) i 2007 til anslagsvis 8 870 tonn, hovedsakelig som et resultat av en økning i den afghanske produksjonen, som ble anslått til 8 200 tonn. Den potensielle globale produksjonen av heroin nådde dermed et rekordhøyt nivå i 2007, med anslagsvis 733 tonn (UNODC, 2008). Det økende antallet laboratorier som er ødelagt i Afghanistan de siste par årene, tyder på at opiumen i stadig større grad omdannes til morfin eller heroin inne i Afghanistan. Store beslag av morfin i naboland (Pakistan, Iran) tilsier imidlertid at bearbeiding skjer i betydelig omfang også utenfor Afghanistan (CND, 2008; UNODC, 2007).

Heroinen føres inn i Europa langs to hovedruter, den historisk viktige Balkan-ruten med alle dens avgreininger, etter transitt gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia, og den "nordlige" ruten via Sentral-Asia og Den russiske føderasjon (figur 6), som blir stadig mer benyttet. Det ble også rapportert om sekundære ruter for heroin fra Sørvest-Asia, f.eks. direkte fra Pakistan til Europa (Storbritannia), men også via Pakistan og land i Midt-Østen og Afrika til illegale markeder i Europa og Nord-Amerika (INCB, 2008a; Europol, 2008; UNODC, 2007; WCO, 2007). Dessuten smugles heroin fra Sørvest-Asia også til Europa via Sør-Asia (Bangladesh) (INCB, 2008a). I Den europeiske union spiller

Nederland og i noen mindre grad Belgia en viktig rolle som sekundære distribusjonspunkter (Europol, 2008).

Beslag

I 2006 økte beslagene av opioider på verdensbasis til 384 tonn for opium og til 104 tonn for heroin og morfin. Iran sto for mesteparten av opiumen (81 %), mens heroin og morfin hovedsakelig ble beslaglagt i Pakistan (34 %), etterfulgt av Iran (20 %), Tyrkia (10 %) og Kina (6 %) (UNODC, 2008).

I de anslagsvis 48 200 beslagene som ble gjort i Europa i 2006, ble det tatt 19,4 tonn heroin. Storbritannia fortsatte å rapportere det høyeste antallet beslag, mens Tyrkia nok en gang rapporterte de største beslaglagte mengdene, med 10,3 tonn i 2006⁽¹⁰⁵⁾. Det var store forskjeller i mengdene heroin som ble tatt i et gjennomsnittlig beslag i disse to landene, idet et tyrkisk gjennomsnittsbeslag var 100 ganger større enn et britisk, noe som gjenspeiler landenes ulike posisjoner i forsyningskjeden (figur 6). De siste ti årene har heroinbeslagene variert med en nedadgående trend i Europa, med en relativ topp i 2001 og et rekordlavt nivå i 2003. Mellom 2001 og 2006 har det vært en generell nedgang i beslaglagte kvanta heroin i Den europeiske union, mens beslaglagte kvanta i Tyrkia er nærmest tredoblet i perioden.

Globale beslag av eddiksyre (som brukes i den illegale produksjonen av heroin) økte til 26 400 liter i 2006, det meste tatt i Den russiske føderasjon (9 900 liter) og Colombia (8 800 liter), etterfulgt av Tyrkia (3 800 liter) (INCB, 2008b). Smuglerrutene mellom Afghanistan og Europa brukes også til å smugle prekursorer (hovedsakelig eddiksyre via Silkeveien) og syntetiske stoffer (hovedsakelig ecstasy) østover (Europol, 2008).

Rapporter om beslag av 3-metylfentanyl i Latvia og Litauen i 2006 og rapporter om økt sprøytebruk av illegalt produsert fentanyl i Estland understreker behovet for en tettere overvåking av tilgjengeligheten av syntetiske opioider som fentanyl (som er betydelig kraftigere enn heroin).

⁽¹⁰⁴⁾ For informasjon om kildene til data om tilbud og tilgjengelighet av narkotika, se s. 36.

⁽¹⁰⁵⁾ Se tabell SZR-7 og SZR-8 i Statistiske opplysninger 2008. Merk at der data om europeiske beslag fra 2006 manglet, er anslagene beregnet med utgangspunkt i data fra 2005. Denne analysen er foreløpig, da det ennå ikke foreligger data fra Storbritannia for 2006.

Figur 6: Hovedruter for smugling av heroin fra Afghanistan til Europa



NB: Rutene på kartet er en sammenfatning av analysene fra flere internasjonale og nasjonale organisasjoner (nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet, Europol, INCB, UNODC, WCO). Slike analyser er basert på informasjon om narkotikabeslag langs smuglerrutene, etterretningsinformasjon fra rettshåndhevende organer i transitt- og destinasjonsland og noen ganger supplerende rapporter fra andre kilder. Smuglerrutene som er merket av på kartet, må anses som indikasjoner på hovedrutene, da det kan være avstikkere til andre land langs ruten, og det er mange sekundære subregionale ruter, som ikke er angitt her, som kan endre seg raskt.

Renhet og pris

I 2006 lå den typiske renheten for brun heroin mellom 15 % og 25 % i de fleste rapporterende landene, selv om verdier under 10 % ble rapportert i Hellas, Frankrike og Østerrike og høyere verdier på Malta (31 %), i Tyrkia (36 %) og Storbritannia (43 %). Den typiske renheten for hvit heroin var generelt høyere (45–70 %) i de få europeiske landene som la fram data ⁽¹⁰⁶⁾.

Prisen på brun heroin varierte i 2006 fra EUR 14,5 pr. gram i Tyrkia til EUR 110 pr. gram i Sverige, men de fleste europeiske land rapporterte om priser på typisk EUR 30–45 pr. gram. Prisen på hvit heroin rapporteres kun av et par europeiske land og lå mellom EUR 27–110 pr. gram. I perioden 2001–06 falt prisen på brun heroin i de fleste av de 13 europeiske landene som la fram tidstrender, selv om det er observert tegn til økninger i Polen.

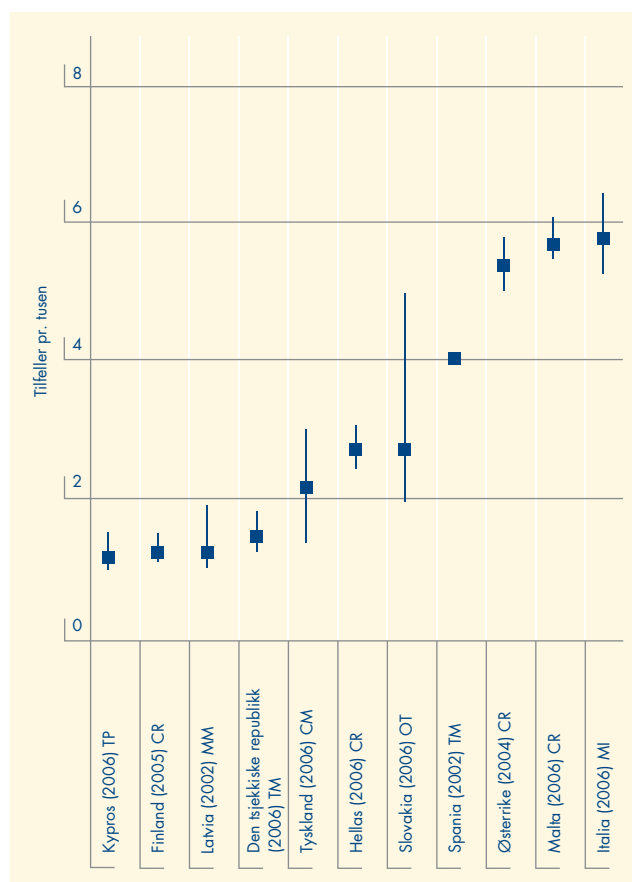
Prevalensestimater for problematisk bruk av opioider

Dataene i denne delen er utledet fra EONNs indikator for problematisk bruk av narkotika (PDU), som hovedsakelig omfatter injeksjonsbruk og bruk av opioider. I noen land er bruk av amfetamin eller kokain også en viktig komponent. Anslag over antallet problembrukere av opioider er generelt usikre, noe som skyldes den relativt lave utbredelsen av denne formen for narkotikabruk og dens skjulte karakter. Statistiske ekstrapoleringer er derfor nødvendige for å utarbeide prevalenstall på grunnlag av tilgjengelige data. Siden de fleste studier er basert på avgrensede geografiske områder, som en by eller et distrikt, er det i tillegg ofte vanskelig å ekstrapolere resultatene til nasjonale anslag.

Mønstrene i den problematiske bruken av narkotika i Europa ser ut til å bli mer uensartede. I enkelte land hvor problematisk opioidbruk historisk sett har vært dominerende, tyder f.eks. ferske rapporter på at andre rusmidler inkludert kokain blir viktigere. Behovet for effektiv overvåking av en rekke problematiske bruksmønstre har fått EONN til å rapportere om undergrupper av problematisk narkotikabruk definert etter rusmiddel, som kan overlape ⁽¹⁰⁷⁾.

Estimater av utbredelsen av problematisk opioidbruk på nasjonalt nivå i perioden 2002–06 varierer fra 1 til 6 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64. Generelle anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika varierer fra 1 til 10 tilfeller pr. 1 000. De laveste veldokumenterte anslagene over problematisk opioidbruk

Figur 7: Årlige prevalensestimater over problembruk av opioider (pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64)



NB: Punkt viser til et punkttestimat, og en strek viser til et estimert toleranseområde – et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en sensitivitetsanalyse. Målgruppene kan variere noe avhengig av beregningsmetode og datakilder. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Ikke-standard aldersspredning ble brukt i studiene fra Finland (15–54) og Malta (12–64). For Tyskland representerer intervallet minste nedre skranke og største øvre skranke for alle estimater, og punkttestimatet et enkelt gjennomsnitt av midtverdiene. Beregningsmetodene er forkortet slik: CR = Capture-Recapture, TM = Treatment Multiplier, MI = Multivariate Indicator, TP = Truncated Poisson, MM = Mortality Multiplier, CM = Combined Methods, OT = Other Methods. Se figur PDU-1 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008 for ytterligere opplysninger.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

som foreligger, kommer fra Kypros, Latvia, Den tsjekkiske republikk og Finland (selv om både Den tsjekkiske republikk og Finland har et stort antall problembrukere av amfetamin), mens de høyeste anslagene kommer fra Malta, Østerrike og Italia (figur 7).

Av den relativt begrensede mengden data som er tilgjengelig, kan vi utlede en gjennomsnittsprevalens for problematisk opioidbruk på mellom 4 og 5 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år. Forutsatt at dette gjenspeiler EU sett under ett, innebærer det at det fantes om lag 1,5 millioner (1,3–1,7 millioner) problembrukere av opioider i EU og Norge i 2006.

⁽¹⁰⁶⁾ Se tabell PPP-2 og PPP-6 i Statistiske opplysninger 2008 for data om renhet og pris.

⁽¹⁰⁷⁾ For en oversikt over tilgjengelige estimater over komponentene som inngår i problematisk narkotikabruk, se Statistiske opplysninger 2008.

Trender og forekomst av problematisk opioidbruk

Det er vanskelig å anslå tidstrender for utbredelsen av problematisk opioidbruk på grunn av det begrensede antallet repeterte estimater og usikkerheten rundt enkeltestimater. Data fra ni land med repeterte estimater i perioden 2001–06 viser ulike utviklinger. Prevalensen synes å være relativt stabil i Den tsjekkiske republikk, Italia, Malta, Slovakia og Finland, mens det er registrert en økning i Østerrike (de nyeste dataene er fra 2004) og en mulig nedgang på Kypros⁽¹⁰⁸⁾.

Forekomsten av problematisk opioidbruk (antallet nye tilfeller som oppstår i et gitt år) er et mer sensitivt mål på endringer over tid og kan gi et tidlig bilde av framtidige utviklinger når det gjelder utbredelse og behandlingsbehov. Estimeringsmodellene som brukes, er imidlertid basert på en rekke antakelser. Disse modellene kan dessuten bare gi et delvis estimat over forekomst, da de bare er basert på de tilfellene som kommer i kontakt med behandlingsapparatet. Bare to land rapporterer nyere data, og disse viser forskjellige trender. I Italia anslås forekomsten å ha gått ned fra rundt 32 500 nye tilfeller i 1990 til rundt 22 000 nye tilfeller i 1997, hvorpå den har gått opp igjen til rundt 30 000 nye tilfeller i 2006. I Spania er det derimot anslått at forekomsten av opioidbruk har gått jevnt nedover siden toppen rundt 1980. I de senere år (2002–04) ser den imidlertid ut til å ha stabilisert seg på et relativt lavt nivå (om lag 3 000 nye tilfeller pr. år). I samarbeid med en gruppe nasjonale eksperter har EONN nylig utviklet nye retningslinjer for estimering av forekomst for å oppmuntre til videre arbeid på dette området (Scalia Tomba et al., 2008).

Opioidbrukere i behandling

I de fleste rapporterende land er det fortsatt opioider, og framfor alt heroin, de fleste klienter søker behandling for. Av de 387 000 behandlingssøknadene som ble rapportert i 2006 (data tilgjengelig fra 24 land), ble heroin registrert som primærrusmiddel i om lag 47 % av tilfellene hvor primærrusmiddelet var kjent. I de fleste land rapporteres mellom 50 % og 80 % av all behandlingsetterspørsel å være relatert til opioidbruk. For de resterende landene varierer andelen mellom 15 % og 40 %⁽¹⁰⁹⁾. Opioider rapporteres ikke bare oftest som primærrusmiddel blant dem som påbegynner behandling, men i enda større grad blant dem som allerede er i behandling. Et nytt prosjekt som omfatter ni land, og som fokuserer på alle klienter i behandling, fant at brukere med opioider som primærrusmiddel generelt sett utgjorde 59 % av alle

Opioidindikatorerne faller ikke lenger

I motsetning til trendene beskrevet i tidligere årsrapporter viser ferske data en viss økning i antall narkotikainduserte dødsfall, heroinbeslag og nye behandlingssøknader for heroin i EU.

I 2003 opphørte den nedadgående trenden i Europa i antallet narkotikainduserte dødsfall, hovedsakelig relatert til bruken av opioider, og mellom 2003 og 2005 rapporterte de fleste medlemsstatene en oppadgående trend. I perioden 2003–06 økte antallet heroinbeslag med over 10 % i 16 av de 24 rapporterende landene. Etter flere års nedgang økte antallet nye søknader om behandling for heroin som primærrusmiddel i om lag halvparten av landene som rapporterte data for perioden 2005–06. Dette kan gjenspeile en endring i forekomsten av heroinbruk noen år tidligere, på grunn av tiden som går mellom første gangs bruk og første behandling.

Disse nye trendene inntreffer samtidig med økt opiumsproduksjon i Afghanistan, noe som vekker bekymring for at disse hendelsene kan være koplet til hverandre gjennom økt tilgjengelighet av heroin på det europeiske markedet. Dette er et viktig spørsmål som må undersøkes nærmere, da tilgjengelige data ikke gjør det mulig å få oversikt over situasjonen. I tillegg er det flere forstyrrende faktorer. For eksempel er det rapportert at bruken av syntetiske opioider til ikke-medisinske formål har fortsatt eller økt i flere land (Den tsjekkiske republikk, Estland, Frankrike, Østerrike, Finland), noe som kan utgjøre en viktig faktor i forhold til å forklare trendene for narkotikainduserte dødsfall.

klienter, men bare for 40 % av klientene som påbegynte behandling for første gang⁽¹¹⁰⁾.

De fleste klientene som påbegynner poliklinisk behandling for bruk av opioider som primærrusmiddel, bruker også andre rusmidler, inkludert kokain (25 %), andre opioider (23 %) og cannabis (18 %). Blant dem som behandles for primærbruk av andre rusmidler, rapporterer dessuten 13 % av klientene i poliklinisk behandling og 11 % i behandling i døgninstitusjon at de bruker opioider som sekundærrusmiddel⁽¹¹¹⁾.

Enkelte land rapporterer om en betydelig andel behandlingssøknader relatert til andre opioider enn heroin. Buprenorfinmisbruk rapporteres som hovedgrunnen til å påbegynne behandling hos 40 % av klientene i Finland og 8 % av klientene i Frankrike. I Latvia og Sverige rapporterer mellom 5 % og 8 % av narkotikaklientene primærbruk av andre opioider enn heroin eller metadon, hovedsakelig buprenorfin, smertestillende midler og andre opioider⁽¹¹²⁾. Flere land

⁽¹⁰⁸⁾ Se tabell PDU-6 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008 og tabell PDU-102 for fullstendig informasjon inkludert konfidensintervaller.

⁽¹⁰⁹⁾ Se tabell TDI-5 i Statistiske opplysninger 2007.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-39 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹¹⁾ Se tabell TDI-22 og TDI-23 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹²⁾ Se tabell TDI-113 i Statistiske opplysninger 2008.

rapporterer om en økning i andelen blandingsbrukere blant heroinklienter og en økning i antallet klienter som bruker andre opioider enn heroin.

Det absolutte antallet behandlingssøknader for heroin rapportert gjennom indikatoren for behandlingsetterspørsmål (TDI) økte med over 30 000 tilfeller mellom 2002 og 2006 (fra 108 100 til 138 500). Blant klienter som påbegynte behandling for første gang, var det en tilsvarende økning i antallet brukere med heroin som primærmedisin, fra rundt 33 000 i 2002 til over 41 000 i 2006. Faktorer som kan forklare denne trenden, er økningen i antall problembbrukere av heroin, et utvidet behandlingstilbud og bedre rapportering.

Injeksjonsbruk

Utbredelse av injeksjonsbruk

Sprøytebrukere er blant dem som har høyest risiko for å oppleve helseproblemer som følge av sin bruk av narkotika, som blodbårne sykdommer (f.eks. HIV/AIDS og hepatitt) og narkotikainduserte dødsfall. Bare elleve land var i stand til å anslå omfanget av injeksjonsbruk, til tross for sprøytebrukens betydning for folkehelsen (figur 8). Å heve nivået på informasjonen som er tilgjengelig om denne spesielle gruppen, er dermed en viktig utfordring i arbeidet med å utvikle systemer for helsekartlegging i Europa.

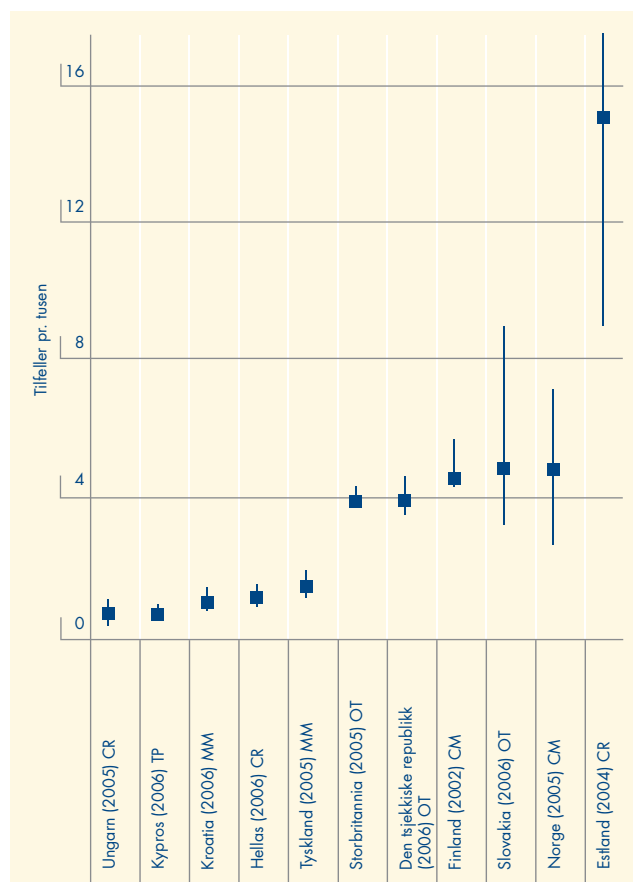
Tilgjengelige anslag tyder på at det er store forskjeller i utbredelsen av injeksjonsbruk landene imellom. Estimaten varierer fra 1 til 5 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i alderen 15–64 år for de fleste land, med et eksepsjonelt høyt nivå i Estland, hvor det er 15 tilfeller pr. 1 000.

Mangel på data gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om tidstrender for utbredelse av sprøytebruk, selv om tilgjengelige data tyder på en nedgang i Norge (2001–05) og en stabil situasjon i Den tsjekkiske republikk, Hellas, Kypros og Storbritannia (¹¹³).

Sprøytebruk blant opioidbrukere som påbegynner behandling

I alt 43 % av alle opioidbrukere som påbegynte poliklinisk behandling i 2006, rapporterte at de injiserte rusmiddelet. Endringer i andelen injiserende heroinbrukere som påbegynner behandling, kan antyde trender i den bredere gruppen av problembbrukere av opioider. Mellom 2002 og 2006 ble det registrert en nedgang i denne andelen i ni land (Danmark, Tyskland, Irland, Hellas, Frankrike, Italia, Sverige, Storbritannia, Tyrkia), mens to land rapporterte

Figur 8: Prevalensestimater for sprøytebruk (pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64)



NB: Punkt viser til et punktestimat, og en strek viser til et estimert toleranseområde – et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en sensitivitetsanalyse. For Estland ligger øvre grense for toleranseområdet utenfor skalaen (37,9 pr. 1 000). Målgruppene kan variere noe avhengig av beregningsmetode og datakilder. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Beregningsmetodene er forkortet slik: CR = Capture-Recapture, TM = Treatment Multiplier, MI = Multivariate Indicator, TP = Truncated Poisson, MM = Mortality Multiplier, CM = Combined Methods, OT = Other Methods. Se figur PDU-2 i Statistiske opplysninger 2008 for ytterligere opplysninger.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

en økning (Romania, Slovakia). Det er store forskjeller fra land til land når det gjelder injeksjonsnivået blant heroinbrukere som påbegynner behandling. Den laveste andelen sprøytebrukere er registrert i Spania, Frankrike og Nederland (under 25 %) og den høyeste (over 80 %) i Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Romania, Slovakia og Finland (¹¹⁴).

Blant opioidbrukere som i 2006 påbegynte poliklinisk behandling for første gang, rapporterer en noe lavere andel at de injiserer stoffet (ca. 40 %). Ser man på tidstrender, gikk andelen sprøytebrukere blant nye opioidklienter ned fra 43 % i 2003 til 35 % i 2006 i de 13 landene som har tilstrekkelige data (¹¹⁵).

⁽¹¹³⁾ Se tabell PDU-6 del (iii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabell PDU-104, TDI-4, TDI-5 og TDI-17 del (v) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹⁵⁾ Se figur TDI-7 og tabell TDI-17 del (i) i Statistiske opplysninger 2008.

En analyse av dataene for behandlingsbehov for ni land som deltok i en pilotstudie, viste at rundt 63 % av alle opioidklienter (de som allerede er i behandling, og de som påbegynte behandling siste år) injiserte rusmiddelet da de påbegynte behandlingen (¹¹⁶). Dette tyder på at det blant klienter som allerede var i behandling, var en relativt høy andel som var sprøytebrukere ved behandlingsstart.

Studier blant sprøytebrukere kan gi et annet bilde av nasjonale forskjeller og endringer over tid når det gjelder sprøytebruk i Europa. Mange land gjennomfører repeterte studier på grupper av sprøytebrukere, vanligvis i forbindelse med testing av smittsomme sykdommer, og disse rekrutteres ofte fra forskjellige miljøer for å maksimere generaliserbarheten. Sammenligninger mellom land bør gjøres med varsomhet, da den selektive rekrutteringen til disse studiene kan gi en viss fortegnings (¹¹⁷).

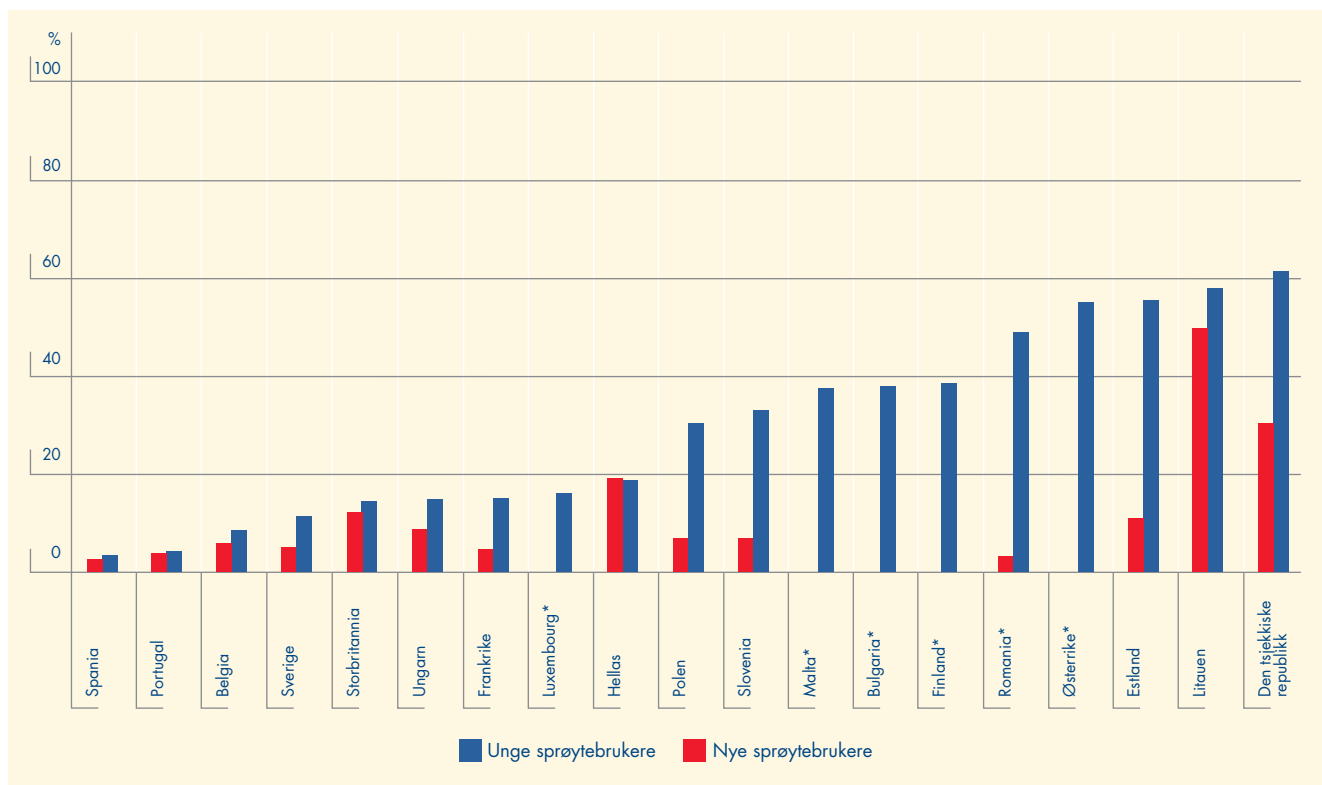
Enkelte land viser store andeler (over 20 %) av nye sprøytebrukere (sprøytebruker i mindre enn to år) i disse

studiene, mens denne andelen i flere land er under 10 % (figur 9). Unge sprøytebrukere (under 25 år) utgjør mer enn 40 % av utvalget av sprøytebrukere i Den tsjekkiske republikk, Estland, Litauen, Østerrike og Romania, mens under 20 % av sprøytebrukerne i disse utvalgene er under 25 år i ni andre land.

Generelt gir en stor andel nye sprøytebrukere grunn til å slå alarm, spesielt hvis man samtidig har en stor andel unge sprøytebrukere. En høyere andel nye sprøytebrukere kan tilsi en ny økning i sprøytebruken, men andre faktorer kan også være knyttet til dette (f.eks. kortere karriere som sprøytebruker, bedre utbygget behandlingstilbud, høyere dødelighet blant eldre sprøytebrukere).

Land som lenge har hatt grupper av problembbrukere av opioider, har generelt lave andeler av både unge og nye sprøytebrukere. I de resterende, ofte nyere, medlemsstatene viser dataene høyere andeler av unge sprøytebrukere. De varierende nivåene av nye sprøytebrukere i landene som det foreligger informasjon

Figur 9: Andel av unge og nye sprøytebrukere i utvalg av sprøytebrukere



NB: Utvalget omfatter sprøytebrukere testet for infeksjonssykdommer (HIV og HCV). Det siste tilgjengelige utvalget for hvert land i perioden 2002–06 har blitt brukt, forutsatt at det besto av minst 100 sprøytebrukere. En asterisk betyr at ingen data er tilgjengelig for nye sprøytebrukere. For mer informasjon, se figur PDU-3 i Statistiske opplysninger 2008.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

⁽¹¹⁶⁾ Se tabell TDI-17 del (v) og TDI-40 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹⁷⁾ Det kan forventes at andelen unge eller nye sprøytebrukere er lavere i utvalg rekruttert fra behandlingsapparatet enn i «åpne» miljøer som lavterskeltilbud, da klientene i gjennomsnitt ikke påbegynner behandling før etter noen år med narkotikabruk. Statistisk analyse av sammenhengen mellom rekrutteringsmiljøer og andelen unge eller nye sprøytebrukere viser imidlertid ingen statistisk signifikans og tyder på at rekrutteringsmiljø (kodet som «bare narkotikabehandling», «ingen narkotikabehandling» og «blandede miljøer») kanskje ikke har en sterk innvirkning på fordelingen.

fra, kan gjenspeile forskjeller i gjennomsnittlig debutalder så vel som økende forekomst av sprøytebruk blant de yngre eller eldre gruppene.

Behandling for problematisk bruk av opioider

Klientprofil ved behandlingsstart

Klienter som påbegynner behandling for bruk av opioider som primærrusmiddel, pleier å være eldre (middelalder på 32 år) enn dem som påbegynner behandling for kokain, andre sentralstimulerende stoffer og cannabis (middelalder henholdsvis 31, 27 og 24 år), og kvinnelige klienter er generelt ett eller to år yngre enn mannlige. Opioidklientene er generelt yngre i de landene som har kommet med i Den europeiske union siden 2004. Det samme er tilfellet i Irland, Hellas, Østerrike og Finland ⁽¹¹⁸⁾.

Gjennomsnittlig er det tre mannlige for hver kvinnelig opioidklient, og særlig søreuropeiske land (Bulgaria, Hellas, Spania, Frankrike, Italia, Kypros, Malta, Portugal) ⁽¹¹⁹⁾ har en høyere andel menn.

Opioidbrukere rapporterer om høyere arbeidsledighet og lavere utdanningsnivå enn andre klienter (se kapittel 2), og i enkelte land er det registrert økt hyppighet av psykiatriske tilleggsleidelser.

Om lag halvparten av opioidbrukerne som søker behandling, rapporterer å ha begynt å bruke opioider før fylte 20 år og rundt en tredjedel mellom 20 og 24 år. Førstegangs bruk av opioider etter fylte 25 år er uvanlig ⁽¹²⁰⁾. Det går gjennomsnittlig mellom sju og ni år fra første gangs bruk av opioider til den første kontakten med behandlingsapparatet, og lengre tid for menn enn for kvinner ⁽¹²¹⁾.

Behandlingstilbud og dekning

Opioidbrukere behandles oftest i poliklinisk behandlingssentre, som kan omfatte spesialiserte sentre, allmennleger og lavterskeltilbud. I et par land spiller døgninstitusjoner også en stor rolle, spesielt i Bulgaria, Hellas, Finland og Sverige ⁽¹²²⁾.

Medikamentfri behandling og substitusjonsbehandling for opioidbruk er tilgjengelig i alle medlemsstatene i EU samt i Kroatia og Norge. Tyrkia vurderer for tiden substitusjonsbehandling som en mulighet. I de fleste land er substitusjonsbehandling det lettest tilgjengelige

alternativet, men Ungarn, Polen og Sverige rapporterte i 2005 at medikamentfri behandling dominerte.

Substitusjonsbehandling, vanligvis integrert med psykososial omsorg, tilbys vanligvis på spesialiserte polikliniske behandlingssentre og i forbindelse med "shared care", dvs. sammenhengende pasientforløp som etableres i samarbeid med allmennlegen. Tilgjengelige data om antallet klienter i substitusjonsbehandling tyder på en generell økning siste år, med unntak av i Frankrike, Nederland, Malta og Luxembourg, hvor situasjonen var stabil. Den største forholdsvis økningen ble rapportert av Den tsjekkiske republikk (42 %), selv om økninger over 10 % også ble rapportert av Polen (26 %), Finland (25 %), Estland (20 %), Sverige (19 %), Norge (15 %), Ungarn og Østerrike (11 %).

En enkel sammenligning av anslagene over antallet problembrukere av opioider og det rapporterte antallet behandlinger som ble gitt, tilsier at mer enn én av tre får substitusjonsbehandling. Det bør imidlertid tas høyde for at manglende nøyaktighet i begge datasettene gjør

Flere legemiddelalternativer

Nye legemiddelalternativer for behandlingen av opioidavhengighet har blitt utviklet og gjort tilgjengelig i Europa. Målet med disse nye alternativene er å gjøre behandlingen mer effektiv, møte behovene til ulike grupper av opioidbrukere samt redusere muligheten for å misbruke substitusjonsmedikamenter.

En kombinasjon av buprenorfin og nalokson ble lansert på markedet i EU i 2006 som et alternativ til bruk av bare buprenorfin, med sikte på å redusere muligheten og interessen for injeksjon. Flere medlemsstater vurderer for tiden verdien av dette preparatet som et behandlingsalternativ for opioidavhengighet ⁽¹⁾.

Forskrivning av heroin som legemiddel (diamorfin), som et behandlingsalternativ for behandlingsresistente, kroniske opioidbrukere, er tilgjengelig i begrenset grad i Nederland (815 klienter i 2006), Storbritannia (400 klienter) og Tyskland, der deltakerne i et heroinforsøk fortsatte å få diamorfin etter et eget regelverk. I tillegg gjennomføres nå et randomisert forsøk med injiserbare opioider (RIOTT) for å vurdere effektiviteten av injiserbar diamorfin, injiserbar metadon og peroral metadon. I februar 2008 ble det også vedtatt å innføre en reseptordning for diamorfin i Danmark.

⁽¹⁾ Teknisk informasjon om dette preparatet finnes på EMEAs nettside :<http://www.emea.europa.eu/humandocs/Humans/EPAR/suboxone/suboxone.htm>

⁽¹¹⁸⁾ Se tabell TDI-10, TDI-32 og TDI-103 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹¹⁹⁾ Se tabell TDI-5 og TDI-21 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹²⁰⁾ Se tabell TDI-11, TDI-107 og TDI-109 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹²¹⁾ Se tabell TDI-33 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹²²⁾ Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2008.

denne beregningen usikker. Brede konfidensintervaller i estimatene over problematisk bruk av opioider betyr dessuten at det er vanskelig å foreta sammenligninger landene imellom. Likevel indikerer tilgjengelige data at andelen problembrukere av opioider som får substitusjonsbehandling, varierer betydelig mellom landene, fra anslagsvis 5 % i Slovakia, 20–30 % i Finland, Hellas og Norge, 35–45 % i Den tsjekkiske republikk, Malta og Italia til over 50 % i Storbritannia (England), Tyskland og Kroatia ⁽¹²³⁾.

Metadon (gitt peroralt) er fortsatt det medikamentet som oftest brukes i substitusjonsbehandling i Europa, men det blir stadig vanligere å bruke buprenorfin. En grunn til dette er at buprenorfin er forbundet med lavere dødelighet ved misbruk (Connock et al., 2007). Etter en gjennomgang av retningslinjene for substitusjonsbehandling oppfordrer nå Sundhetsstyrelsen, det danske helsetilsynet, allmennlegene til å forskrive buprenorfin i stedet for metadon.

Behandlingseffektivitet, -kvalitet og -standarder

Gjennomganger av randomiserte, kontrollerte forsøk og observasjonsstudier konkluderer med at både vedlikeholdsbehandling med metadon (MMT) og vedlikeholdsbehandling med buprenorfin (BMT) kan være effektive i behandling av opioidavhengighet. En fersk Cochrane-gjennomgang konkluderte imidlertid med at buprenorfin er mindre effektiv enn metadon gitt i tilstrekkelige store doser (Mattick et al., 2008). En rekke studier har også funnet at vedlikeholdsbehandling med diamorfin kan være effektiv for slike som ikke responderer på MMT (Schulte et al., under trykking). Generelt har substitusjonsbehandling vært koplet til en rekke positive behandlingsresultater, inklusive behandlingsgjennomføring, reduksjon i illegal opioidbruk og sprøytebruk, nedgang i dødelighet og kriminell atferd samt stabilisering og forbedring av kroniske heroinbrukeres helse og sosiale situasjon.

Psykososiale og psykoterapeutiske tiltak kombinert med farmakoterapi har også vist seg å være effektive i studier av behandlingsresultater, f.eks. NTORS i Storbritannia (Gossop et al., 2002) og DATOS i USA (Hubbard et al., 2003). Disse tiltakene øker ikke bare behandlingsmotivasjonen, hindrer tilbakefall og reduserer skade, men kan også gi klientene råd og praktisk støtte i forbindelse med problemer relatert til bolig, arbeid og familie samtidig som de er i behandling for opioidavhengighet. Dokumentasjonen som foreligger, støtter imidlertid ikke bruk av psykososiale tiltak alene (Mayet et al., 2004).

En rekke land rapporterer at de nylig har gjort forbedringer i retningslinjene for behandling. I Kroatia, Danmark og Skottland er programmene for substitusjonsbehandling gjennomgått og retningslinjene revidert for å øke kvaliteten i behandlingen samt hindre at substitusjonsmedikamentene omsettes svart. Storbritannias retningslinjer for klinisk behandling av narkotikaavhengighet er også oppdatert, og National Institute for Clinical Excellence (NICE) har utstedt spesifikke retningslinjer for forskrivning av metadon og buprenorfin, behandling med naltrexon, avrusning så vel som psykososial behandling. Portugal har også utarbeidet nye retningslinjer for å sikre at narkotikabrukere får tilgang til behandling i rett tid.

Behandling i fengsler

Beslutningstakerne i EU har erkjent behovet for å harmonisere praksis og kvaliteten på tjenestene som tilbys i fengslene og i samfunnet for øvrig. En rapport utgitt av Europakommisjonen (2007a) satte imidlertid fingeren på mangelfulle tjenester for narkotikabrukere i fengsel, og rettet oppmerksomheten mot betydningen av å sette inn tiltak i dette miljøet. Eksempler på det begrensede tilbudet i fengsler omfatter: mangel på kapasitet og ekspertise (Latvia, Polen, Malta), fragmentert hjelp (Latvia), mangel på tiltak for bestemte grupper, f.eks. unge innsatte som bruker narkotika (Østerrike), så vel som fravær av en folkehelse-basert forebyggende strategi (Hellas).

Det er likevel positivt at narkotikaprogrammer i fengsler er blitt vanligere, og mange land rapporterer om nye initiativer. Portugal har f.eks. fått på plass et regelverk for sprøytebytteprogrammer i fengslene, Litauen har vedtatt et dekret som forplikter fengslene til å tilby rådgivning forut for løslatelse, i Danmark kan alle innsatte som soner mer enn tre måneder, fra januar 2007 bli omfattet av en "behandlingsgaranti", i Den tsjekkiske republikk er tilbudet om substitusjonsbehandling utvidet til ti fengsler, og i Irland er behandlingstilbudet i fengslene for tiden under evaluering med sikte på å gjøre det likeverdig med tilbudet ute i samfunnet.

Nivået på behandlingstilbudet i fengslene er fortsatt lavt sammenlignet med nivået ute i samfunnet, selv om bruken av narkotika generelt er mer utbredt. I mange land foretrekkes avrusning, og noen ganger er det det eneste tilgjengelige behandlingsalternativet. Substitusjonsbehandling tilbys i teorien i de fleste land, men data tilsier at i praksis er det få narkotikabrukere får det. Unntakene er Spania, hvor 14 % av alle innsatte (19 600) fikk substitusjonsbehandling i 2006, og

⁽¹²³⁾ Se figur HSR-1 i Statistiske opplysninger 2008.

Storbritannia (England og Wales), hvor det er forventet at antallet som får metadon, vil øke fra 6 000 til 12 000 etter innføringen av de nye retningslinjene i april 2007.

En praktisk veiledning om substitusjonsbehandling i fengselsmiljøer, godkjent av WHO og UNODC, er nylig publisert (Kastelic et al., 2008), og en del forskning viser at substitusjonsbehandling med opioider i fengsel virker positivt på risikoatferd og dødelighet (Dolan et al., 2003). En ny gjennomgang av forskningsstudier om

fengselsbaserte substitusjonsprogrammer konkluderte med at positive resultater var avhengig av at dosene var tilstrekkelig store og at behandlingen varte gjennom hele fengselsoppholdet (Stallwitz og Stöver, 2007). Nøyte planlegging av løslatelsen og kontakt med behandlingsapparatet i nærmiljøet er andre nødvendige komponenter for å sikre at helsemessige framskritt oppnådd i løpet av fengselsoppholdet, ikke går tapt etter løslatelsen ⁽¹²⁴⁾.

⁽¹²⁴⁾ Se "Økt risiko for narkotikainduisert død ved løslatelse og ved avslutning av behandling", s. 88.



Kapittel 7

Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer og narkotikarelaterte dødsfall

Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer

Infeksjonssykdommer som HIV så vel som hepatitt B og C er blant de alvorligste helsekonsekvensene av narkotikabruk. Selv i land som har lav forekomst av HIV blant sprøytebrukere, vil andre infeksjonssykdommer, som hepatitt A, B og C, seksuelt overførte sykdommer, tuberkulose, stivkrampe, botulisme og human T-lymfotropt virus kunne forekomme uforholdsmessig ofte hos narkotikabrukere. EONN kartlegger systematisk HIV samt hepatitt B og C hos sprøytebrukere (prevalens av antistoffer eller andre spesifikke markører når det gjelder hepatitt B). Metodologiske begrensninger i datasystemene gjør at tallene må tolkes med varsomhet ⁽¹²⁵⁾.

HIV og AIDS

Ved utgangen av 2006 synes insidensen av diagnostisert HIV-smitte blant sprøytebrukere i de fleste landene i Den europeiske union å ha vært lav, og situasjonen i EU sett under ett synes relativt positiv i globalt perspektiv. Dette kan i det minste delvis ha sammenheng med lettere tilgang til prevensjonsmidler, behandling og skadereuserende tiltak, herunder substitusjonsbehandling og sprøytebytteprogrammer. Andre faktorer, som en reduksjon i sprøytebruken som enkelte land har rapportert, kan også spille en viktig rolle. I enkelte deler av Europa tyder imidlertid en del data på at HIV-smitte forbundet med sprøytebruk forekom i relativt stort omfang også i 2006, noe som understreker hvor viktig det er at lokale forebyggings tiltak er effektive og har god dekning.

Trender i utbredelsen av HIV

Opplysninger for 2006 om nydiagnostiserte tilfeller av HIV forbundet med sprøytebruk, tyder på at smitteforekomsten fortsatt er på vei nedover i Den europeiske union, etter en topp i 2001–02 etter utbrudd i Estland, Latvia og Litauen ⁽¹²⁶⁾. I 2006 var det

blant sprøytebrukere gjennomsnittlig 5,0 nydiagnostiserte tilfeller av HIV pr. million innbyggere i de 25 av EUs medlemsstater som har lagt fram nasjonale tall, ned fra 5,6 i 2005 ⁽¹²⁷⁾. Av de tre landene som rapporterer høyest forekomst av nydiagnostisert smitte (Estland, Latvia, Portugal), fortsatte den nedadgående trenden i Portugal i 2005–06, mens trendene i Estland og Latvia flatet ut på henholdsvis 142,0 og 47,1 nydiagnostiserte tilfeller pr. million innbyggere. I perioden 2001–06 er det ikke observert noen sterk økning i utbredelsen av HIV i befolkningen i noe land. Det ble likevel observert en beskjeden økning i f.eks. Bulgaria og Irland, men det var snakk om en årlig økning på under ett tilfelle pr. million.

Ser vi på utviklingen i absolutte tall, ser vi også hvilke land som yter de største bidragene til tallene for EU sett under ett. Flest nydiagnostiserte tilfeller av HIV blant sprøytebrukere i 2006 ble rapportert av de landene som hadde de høyeste forekomstene av smitte (Portugal 703 nydiagnostiserte tilfeller, Estland 191, Latvia 108) ⁽¹²⁸⁾, og av de mest folkerike statene (Storbritannia 187, Tyskland 168, Frankrike 167, Polen 112) (figur 10). Mot dette bakteppet av nedadgående trender har likevel Storbritannia og Tyskland hatt den største økningen i absolutte tall siden 2001, med henholdsvis ca. 13 og ca. 10 nye tilfeller årlig, selv om de ikke fordeler seg jevnt over perioden. I Bulgaria har den lave veksten nylig tatt av, med 0, 2, 0, 7, 13 og 34 nye tilfeller årlig i perioden 2001–06, noe som kan tyde på at det her er potensial for et utbrudd.

Trenddata fra prevalensovervåking av HIV i utvalg av sprøytebrukere gir viktige tilleggsopplysninger til tall for innrapporterte HIV-tilfeller, da dette også gir informasjon om ikke-diagnostiserte tilfeller. 25 land har lagt fram prevalensdata for perioden 2002–06 ⁽¹²⁹⁾. I 15 land var HIV-prevalensen uendret i løpet av perioden. I fem land (Bulgaria, Tyskland, Spania, Italia, Latvia) viste prevalensen en statistisk signifikant nedgang (alle basert på nasjonale utvalg). Men to av disse rapporterte likevel om regionale

⁽¹²⁵⁾ Nærmere opplysninger om metoder og definisjoner er gitt i Statistiske opplysninger 2008.

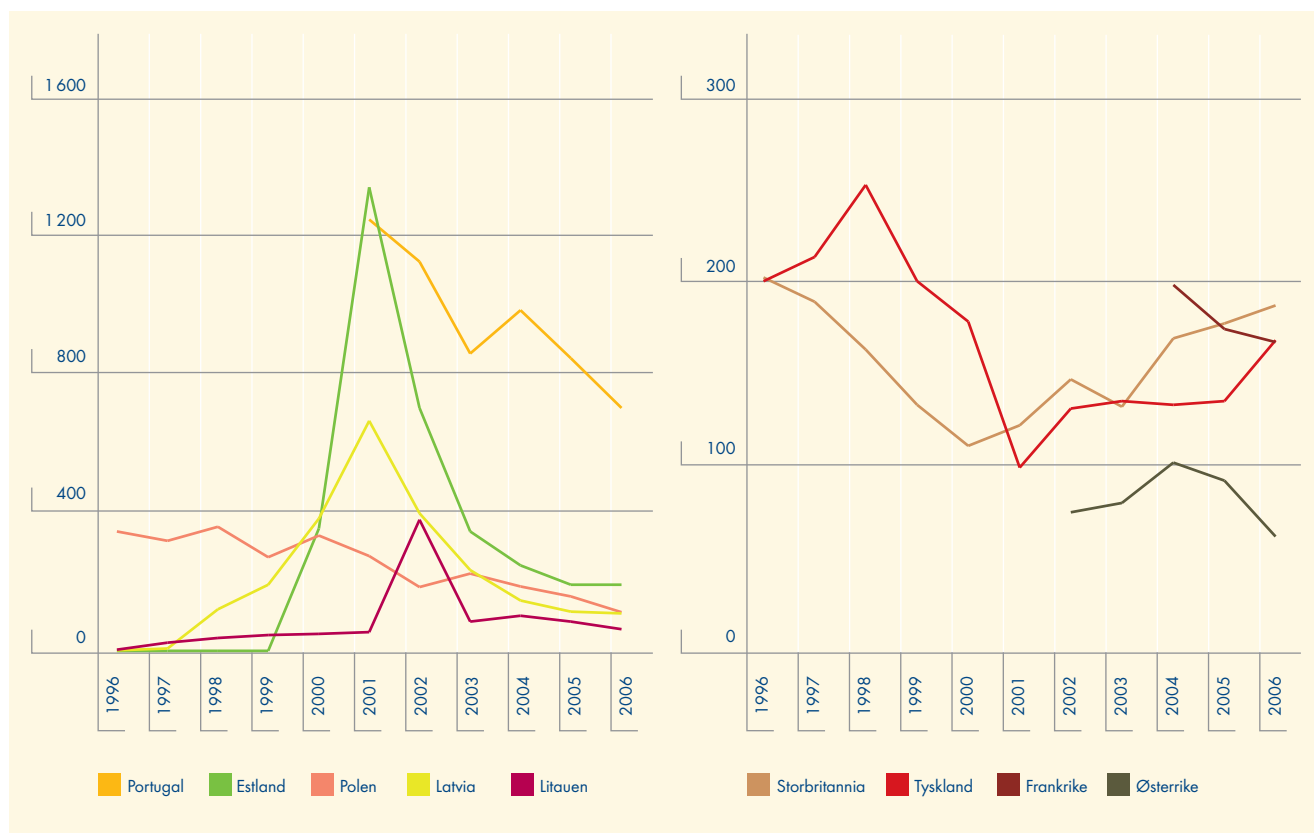
⁽¹²⁶⁾ Se tabell INF-104 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹²⁷⁾ Nasjonale data er ikke tilgjengelig for Spania og Italia. Korrigert for disse to landene ville det vært 5,9 tilfeller pr. million innbyggere, ned fra 6,4 i 2005.

⁽¹²⁸⁾ I Portugal rapporterte EuroHIV 703 tilfeller i 2006, mens Portugals senter for epidemiologisk overvåking av smittsomme sykdommer (CVEDT) rapporterte 432 tilfeller; forskjellen skyldes klassifisering etter rapporteringsår (EuroHIV) kontra diagnostiseringsår (CVEDT).

⁽¹²⁹⁾ Se tabell INF-108 i Statistiske opplysninger 2008.

Figur 10: Absolutt antall nydiagnostiserte HIV-infeksjoner blant sprøytebrukere etter rapporteringsår: land med toppnivå over 300 (venstre) og mellom 100 og 300 (høyre)



NB: Da ingen nasjonale data er tilgjengelig for Spania og Italia, vises data for regioner der det er tilgjengelig. På grunnlag av ufullstendig tallmateriale hadde begge land over 100 nye tilfeller i 2005, altså en nedadgående trend. For ytterligere informasjon, se tabell INF-104 i Statistiske opplysninger 2008.
Kilde: EuroHIV.

økninger: i Bulgaria, én by, Sofia, og i Italia, åtte av 21 regioner pluss én by. Endelig er det fem land hvor nasjonale trender enten ikke er rapportert eller synes å være stabile, selv om det var minst ett subnasjonalt utvalg som indikerte en stigende trend, selv om prevalensen stort sett var på lavt nivå (Belgia, Den tsjekkiske republikk, Litauen, Storbritannia og muligens, Slovenia).

Sammenligner vi trendene for nydiagnostiserte smittetilfeller forbundet med sprøytebruk med trendene for HIV-prevalens blant sprøytebrukere, synes forekomsten på nasjonalt nivå av HIV-smitte forbundet med sprøytebruk å gå ned i de fleste land. Å tolke disse tallene kan være vanskeligere når datakildene delvis motsier hverandre, noe som er tilfellet for f.eks. Bulgaria, Tyskland og Storbritannia, selv om både forekomsten av nydiagnostiserte tilfeller og økningen her er lav (bortsett fra i Bulgaria i 2004–06).

De høye årlige tallene for nydiagnostisert HIV-smitte forbundet med sprøytebruk i Estland, Latvia og Portugal tyder på fortsatt høye smittenivåer i disse landene. For Estlands del sees dette igjen i prevalenstillene for 2005, som tilsier at om

lag en tredel av nye sprøytebrukere (som har injisert narkotika i under to år) var HIV-positive. Antakelsen om fortsatt HIV-smitte underbygges også av andre rapporter om høye prevalenstill (over 5%) blant unge sprøytebrukere (utvalg på 50 eller flere sprøytebrukere under 25 år) i flere land: Spania (nasjonale data, 2005), Portugal (nasjonale data, 2006), Estland (to regioner, 2005), Latvia (nasjonale data og data fra to byer, 2002–03), Litauen (én by, 2006) og Polen (én by, 2005) ⁽¹³⁰⁾.

Forekomst av AIDS og tilgang til HAART

Informasjon om forekomsten av AIDS er viktig for å få fram opplysninger om nye tilfeller av symptomatisk sykdom, men det er likevel ingen god indikator på HIV-smitte. Data om AIDS-insidens (forekomst) kan også gi informasjon om dekningsgraden for høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) og hvor effektiv denne behandlingen er. Høye insidensrater for AIDS i en del land i Europa kan tyde på at mange sprøytebrukere som har fått HIV, ikke tilbys HAART tidlig nok etter smitten til å få best mulig effekt av behandlingen.

⁽¹³⁰⁾ Se tabell INF-109 og INF-110 i Statistiske opplysninger 2008.

Problemområder for HIV/AIDS

Ferske data tyder på at Den europeiske union generelt har lav forekomst av HIV-infeksjon blant sprøytebrukere. Det er likevel nødvendig å være på vakt, for flere medlemsstater har fortsatt høye tall for nye HIV-infeksjoner forbundet med injeksjon av narkotika, og situasjonen er enda mer bekymringsfull i enkelte naboland.

Selv om forekomsten av nydiagnostisert smitte hos sprøytebrukere i Estland og Latvia har gått ned i forhold til 2001 og nå har stabilisert seg, er nivået fortsatt relativt høyt (henholdsvis 142,0 og 47,1 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2006), noe som tyder på at smitteforekomsten fortsatt er høy. Portugal har fortsatt flest nydiagnostiserte tilfeller i EU (se s. 78), og selv om trenden er nedadgående, er den årlige forekomsten av nyrapporterte diagnoser fortsatt høy med 66,5 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2006.

Situasjonen er særlig bekymringsfull i Den europeiske unions naboland i øst. I de to største landene, Russland og Ukraina, er antallet nydiagnostiserte tilfeller høyt, og trenden er stigende. I 2006 ble antallet nydiagnostiserte tilfeller relatert til injeksjon av narkotika anslått til over 11 000 i Russland og 7 000 i Ukraina (henholdsvis 78,6 og 152,9 nye tilfeller pr. million).

Fortsatt høy forekomst av smitte blant sprøytebrukere understreker behovet for å vurdere både tilgjengeligheten, nivået og omfanget av det eksisterende behandlingstilbudet, herunder spesifikke tiltak for å redusere spredningen av infeksjonssykdommer, som sprøytebytteprogrammer og substitusjonsbehandling. Målrettede studier blant sprøytebrukere må også undersøke hvorfor noen populasjoner synes å være særlig utsatt, faktorer som er forbundet med risikoatferd og hindringer for egenbeskyttelse, samt kartlegge lovende tilnærminger for å forebygge nye utbrudd.

Portugal er fortsatt det landet som har høyest forekomst av AIDS forbundet med sprøytebruk, med anslagsvis 22,4 nye tilfeller pr. million innbyggere i 2006, selv om trenden nå tydelig peker nedover, fra 29,9 tilfeller pr. million i 2005. Relativt høye insidensnivåer av AIDS er også rapportert fra Estland, Spania og Latvia, med henholdsvis 17,1, 15,1 og 13,5 nye tilfeller pr. million. Av disse tre landene er trenden nedadgående i Spania og Latvia, men ikke i Estland, der de nyeste dataene indikerer en økning fra 11,9 nye tilfeller pr. million i 2005 til 17,1 pr. million i 2006. Også i Litauen er det registrert en økning, fra 2,0 nye tilfeller pr. million i 2005 til 5,0 tilfeller i 2006 ⁽¹³¹⁾.

Hepatitt B og C

Mens det er funnet høye prevalensnivåer av HIV bare i enkelte medlemsstater, er hepatitt, og spesielt infeksjon

forårsaket av hepatitt C-viruset (HCV), langt mer utbredt blant sprøytebrukere i hele Europa. Nivåene av HCV-antistoffer i nasjonale utvalg av sprøytebrukere i 2005–06 varierer fra rundt 15 % til 90 % – de fleste landene rapporterer typisk nivåer over 40 %. Bare noen få land (Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Finland) rapporterer prevalenser under 25 % i nasjonale utvalg av sprøytebrukere, selv om infeksjonsrater på dette nivået likevel utgjør et betydelig folkehelseproblem ⁽¹³²⁾.

Det kan være store variasjoner i nivåene av HCV-prevalens innenfor det enkelte land. Dette kan gjenspeile både regionale forskjeller og særtrekk ved utvalgspopulasjonen. I Storbritannia har f.eks. lokale studier funnet nivåer mellom 29 % og 59 %, mens regionale estimater i Italia varierer fra rundt 40 % til 96 %. Selv om estimater på grunnlag av ikke-sannsynlighetsutvalg alltid må vurderes som sådan, vil variasjonene i prevalensnivåer sannsynligvis ha store implikasjoner for hvilke målgrupper programmene for forebygging og behandling skal rettes inn mot og hvordan de skal gjennomføres. Å forstå hvilke faktorer som ligger til grunn for at smittenivåene er så forskjellige, vil kunne ha stor betydning for å utarbeide mer effektive intervensjonsstrategier.

Studier blant unge (under 25 år) og nye (har vært sprøytebrukere i mindre enn to år) sprøytebrukere tyder på at tidsvinduet for å forbygge HCV-infeksjon er ganske kort, da mange blir smittet tidlig i sin sprøytekarriere. Nyere studier (2005–06) rapporterer typisk prevalensnivåer mellom 20 % og 50 %, selv om det er store forskjeller mellom utvalgene.

Det er enda større forskjeller i prevalensen av antistoffer mot hepatitt B-viruset (HBV) enn mot HCV-antistoffer. Dette kan delvis skyldes forskjeller i vaksinasjonsdekning, men andre faktorer kan også spille en rolle. Det mest komplette av de tilgjengelige datasettene gjelder antistoffer mot hepatitt B kjerneantigen (anti-HBc), som indikerer tidligere smitte. I 2005–06 rapporterte seks av de elleve landene som har lagt fram data om sprøytebrukere, prevalensnivåer av anti-HBc på over 40 % ⁽¹³³⁾.

Trendene over tid for meldte tilfeller av hepatitt B og C viser ulike bilder. Av alle meldte tilfeller av hepatitt B kan i enkelte land andelen sprøytebrukere ha gått noe ned, muligens takket være økt effekt av vaksinasjonsprogrammer spesielt rettet mot sprøytebrukere. Når det gjelder hepatitt C, har andelen sprøytebrukere blant meldte tilfeller gått ned i fem land, men har samtidig gått opp i fem andre (Den tsjekkiske republikk, Luxembourg, Malta, Sverige, Storbritannia) ⁽¹³⁴⁾. Både for hepatitt B og hepatitt C var

⁽¹³¹⁾ Se figur INF-1 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹³²⁾ Se tabell INF-111 til INF-113 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹³³⁾ Se tabell INF-115 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹³⁴⁾ Se tabell INF-105 og INF-106 i Statistiske opplysninger 2008.

Tilgang til HIV-testing og -behandling

Mer enn en tredel av Europas HIV-smittede er kanskje ikke klar over at de har infeksjonen (ECDC, 2007), og rapporter fra noen EU-medlemsstater tyder på at bevissthetsnivået kan være enda lavere blant smittede sprøytebrukere.

Resultatet er at mange av dem som blir smittet av viruset, ikke får fordelene av tidlig behandling og pleie. De kan også uten å vite det, bidra til å spre HIV ved å utsette andre for smitterisiko. Kvaliteten på dataene som samles inn av systemet for HIV-overvåking, er også svekket.

Foreløpige data tyder på at tilgangen til antiretroviral behandling og pleie blant sprøytebrukere er uforholdsmessig dårlig (Donoghoe et al., 2007). Effektive tilnærminger med antiviral behandling må ta hensyn til sprøytebrukernes spesifikke situasjon og behov. De kan også ha andre problemer av f.eks. helsemessig og sosial karakter (hjemløshet, ingen forsikringsdekning), men også stigmatisering og diskriminering i helsevesenet eller gjentatte arrestasjoner og soning.

For å bedre tilgangen til HIV-testing og -behandling har EONN utviklet spesifikke retningslinjer for å sikre sprøytebrukere tilbud om årlig legeundersøkelse med testing for HIV og viral hepatitt (!).

(!) <http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/medical-examination>

det i 2006 fortsatt store forskjeller landene imellom når det gjelder andelen sprøytebrukere av meldte tilfeller. Dette kan tyde på geografiske forskjeller i sykdommenes epidemiologi, selv om det ikke kan utelukkes at forskjeller i testmetoder og rapporteringspraksis kan ha påvirket resultatene.

Forebygging av infeksjonssykdommer

Medlemsstatene i EU bruker en kombinasjon av en del av følgende tiltak for å redusere spredningen og følgene av infeksjonssykdommer blant narkotikabrukere: narkotikabehandling, inklusive substitusjonsbehandling (se kapittel 6), helseinformasjon og rådgivning, distribusjon av sterilt brukerstyr samt bevisstgjøring om sikrere sex og sikrere bruk. Det er store variasjoner landene imellom når det gjelder tilgjengelighet og dekningsgrad for disse tiltakene.

Sprøytebytteprogrammer og substitusjonsbehandling med opioider er tilgjengelig i alle medlemsstatene i EU og i Kroatia og Norge, men det er et stort mangfold både når det gjelder miljøene tiltakene gjennomføres i, og målgruppene for tiltakene. Både substitusjonsbehandling og skadereduserende tiltak er blitt betraktelig utbygget i Europa i løpet av det siste tiåret. I en del land er slike

intervensjoner likevel bare utbygget i begrenset omfang, og her er det fortsatt et stort udekket behov.

En kohortstudie som nylig ble gjennomført i Amsterdam, pekte på fordelene ved tilbud som kombinerte vedlikeholdsbehandling med metadon og sprøytebytte, da kombinasjonen var forbundet med lavere forekomst av HCV- og HIV-infeksjon blant sprøytebrukere enn om de bare fikk ett av tilbudene (Van den Berg et al., 2007).

Å få noen idé om dekningsgrad for sprøytebytteprogrammene er vanskelig, for bare noen land legger fram relevante tall. For eksempel rapporterer Den tsjekkiske republikk om et nettverk av 90 lavterskeltilbud som når ut til om lag 25 000 brukere hvert år, hvorav 70 % sprøytebrukere, og som deler ut gjennomsnittlig 210 sprøyter pr. sprøytebruker.

Enkelte land rapporterer om en økning i antallet kanyler/sprøyter som deles ut gjennom disse programmene. I Estland er det beregnet at antallet sprøyter som deles ut til hver sprøytebruker, er doblet i perioden 2005-06 og er nå oppe i 112. I samme periode hadde ungarske sprøytebytteprogrammer en økning i antallet utdelte sprøyter på 56 % og i antallet klienter på 84 %, og i Finland rapporteres en fortsatt økning i antallet klienter som oppsøker helserådgivningssentrene for sprøyter som deles ut der. Men ikke alle land rapporterer om økning, for Malta og Slovakia rapporterte om stabile tall i 2006, Polen rapporterte om en nedgang i antallet tiltak som var i drift og 15 % nedgang i antallet kanyler/sprøyter som ble byttet, og Romania hadde 70 % reduksjon i antallet sprøyter som ble byttet i Bucuresti, men der var økonomiske problemer hovedårsaken.

I mange land kan en stabilisering eller nedgang i antallet sprøyter som byttes eller deles ut, gjenspeile endringer i mønstrene for injeksjonsbruk av narkotika og i tilgjengeligheten av behandling: Luxembourg rapporterte at etter flere års økning stabiliserte antallet sprøyter som ble delt ut i lavterskeltiltak seg i 2005, og gikk ned i 2006, både Portugal og Belgia (den flamske delen) rapporterer om en nedgang i den senere tid i utdelingen av sprøyter, og det samme er tilfellet lokalt i deler av Tyskland og Nederland.

Sprøytebytte og lavterskeltjenester kan også være en kanal til andre tjenester for personer som har vanskelig for å komme i kontakt med de generelle tjenestene. Dette gjelder både primærhelsetjenesten og seksual-helsefremmende tiltak som utdeling av kondomer og glidemidler og opplæring i sikker sex. De fleste landene har også infeksjonsforebyggende tiltak som drives gjennom oppsøkende virksomhet eller

Hepatitt B-vaksinasjon av narkotikabrukere

Hepatitt B-viruset (HBV) smitter fortsatt blant sprøytebrukere i Europa, og utbredelsen av aktiv HBV-infeksjon (prevalens av HBsAg) er i de fleste land høyere blant sprøytebrukere enn i befolkningen for øvrig (!). Vaksinasjon anses som det mest effektive tiltaket for å forhindre smitte av hepatitt B-viruset (HBV) og konsekvensene av det. I tråd med anbefalingene fra WHO i 1991 har de fleste, men ikke alle, EU-medlemsstatene vedtatt generell vaksinasjon mot dette viruset. Imidlertid vil spedbarnsvaksinasjon mest påvirke framtidige generasjoner av narkotikabrukere. For å redusere spredningen av infeksjonen tidligere, har over halvparten av medlemsstatene vedtatt vaksinasjonsprogrammer som retter seg spesifikt mot injiserende narkotikabrukere og/eller innsatte. Dekningen av disse programmene varierer imidlertid landene imellom, og en tredel av EU-medlemsstatene rapporterer fortsatt ikke om egne vaksinasjonsprogrammer for narkotikabrukere.

I vaksinasjonsprogrammer for narkotikabrukere er dårlig fremmøte ofte et problem, slik at vaksinasjonsopplegget ikke fullføres. Ettersom det finnes en sikker og effektiv vaksine tilgjengelig, kan strategier for å oppnå høyere vaksinasjonsnivåer blant risikoutsatte omfatte en fleksibel tilnærming der narkotikabrukere oppsøkes tidlig i karrieren og grupper av befolkningen med høyere prevalens av narkotikabruk får hjelp. Gjentatte tilbud om vaksinasjon og ekstra doser for personer med svekket immunforsvar kan også bidra til bedre vaksinasjonsresultater. Dette kan fordre at EU-medlemsstatene må gjennomgå og kanskje finjustere politikken for å redusere forekomsten av kronisk HBV-infeksjon og konsekvensene av denne.

(!) Se tabell INF-106 og INF-114 i Statistiske opplysninger 2008.

lavterskeltilbud, men mye arbeid gjenstår likevel før dette tilbudet er utbygget. For eksempel er Estland, Latvia og Litauen i ferd med å bygge opp et tverrnasjonalt lavterskeltilbud innen smittevern som vil basere seg på felles tjenestestandarder og felles protokoller for epidemiologisk overvåking.

Helsetjenester tilbys på lavterskelklinikker og i mobile enheter, eventuelt via henvisningsordninger. De tsjekkiske lavterskeltiltakene samarbeider f.eks. tett med de regionale helsetjenestene for å lette tilgjengeligheten når det gjelder rådgivning, testing og behandling av somatisk komorbiditet, da spesielt viral hepatitt. På et mobilt legemottak i Bourgas ved Svartehavet i Bulgaria ble det gjennomført 750 konsultasjoner i 2006. En del danske kommuner har fått statlige midler til helseverntiltak rettet mot de mest sårbare narkotikabrukerne. I tillegg ble det i 2008 startet et treårig forsøksprosjekt i København med såkalte "sundhedsrum", som kombinerer helsefaglige og sosialfaglige tiltak i et lavterskeltilbud.

Forebygging av viral hepatitt

I 2006 rapporterte flere land om initiativer med sikte på å forebygge spredning av viral hepatitt. For eksempel ble i Luxembourg som følge av et forskningsprosjekt, tiltak for "sikkerbruk"-rådgivning til unge og nye narkotikabrukere utøket, og tilgangen til gratis utstyr til sprøytebrukere ble forbedret. Siden 2006 har Danmark hatt gratis hepatitt A- og B-vaksinasjon av narkotikabrukere og deres partnere, og kommunene er nå forpliktet til å tilby sprøytebrukere et bredt spekter av tjenester relatert til smittsomme sykdommer. Og til sist; i Irland fikk en egen arbeidsgruppe i 2007 i oppdrag å utvikle en nasjonal strategi for overvåking, opplæring og behandling innen HCV.

Fengsler er viktige innfallsporter både for intervensjoner i forbindelse med smittsomme sykdommer relatert til narkotikabruk og for å nå fram med helsetjenester til en populasjon som ellers er vanskelig å nå (se kapittel 2). Nyere forskning viser at det er viktig å tilby virustesting til alle som noen gang har brukt ulovlige stoffer, og at påvisning av kronisk hepatitt C-infeksjon ved ankomst til fengselet var et kostnadseffektivt tiltak (Sutton et al., 2006). I tillegg til nødvendig behandling av dem som var smittet, hadde innsatte narkotikabrukere også ulike tilbud om f.eks. helseopplysning og hepatitt B-vaksinasjon ⁽¹³⁵⁾.

Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet

Bruk av narkotika er en av de viktigste årsakene til helseproblemer og dødsfall blant yngre mennesker i Europa. Særlig bruk av opioider er forbundet med høy dødelighet. Dette framgår av en internasjonal studie støttet av EONN, som fant at i syv byområder i Europa kunne 10–23 % av dødsfallene i aldersgruppen 15–49 år tilskrives bruk av opioider (Bargagli et al., 2005).

EONNs nøkkelindikator "Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikabrukere" kartlegger primært dødsfall som er direkte forårsaket av narkotikabruk (narkotikainduserte dødsfall), og i noen mindre grad total dødelighet blant narkotikabrukere, som også fanger opp dødsfall forbundet med mange andre helsemessige og sosiale problemer.

Narkotikainduserte dødsfall

EONNs definisjon av narkotikainduserte dødsfall ⁽¹³⁶⁾ omfatter dødsfall som er direkte forårsaket (ved forgiftning eller overdose) av bruken av et eller flere stoffer, hvorav minst ett er illegalt. Antallet narkotikabrukere, deres bruksmønstre (injisering, blandingsbruk) og behandlings- og akuttjenestenes

⁽¹³⁵⁾ Se DUP-tabellene i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹³⁶⁾ Begrepet "narkotikaindusert dødsfall" er nå vedtatt, da dette dekker kasusdefinisjonen bedre.

Narkotikarelatert dødelighet, et sammensatt konsept

Både vitenskapelige og politiske diskusjoner om narkotikarelatert dødelighet hemmes av alle de ulike konseptene og definisjonene som har blitt brukt på området. Hvis konseptene som brukes er altfor brede og inkluderende, risikerer dataene å bidra lite til forståelsen av de underliggende faktorene som er forbundet med narkotikarelatert dødelighet. Hvis f.eks. alle dødsfall med positivt resultat på den toksikologiske undersøkelsen grupperes sammen, vil alle tilfeller der narkotika spiller en direkte kausal rolle, en indirekte rolle eller ingen rolle i det hele tatt, havne i samme sekk.

Et annet viktig spørsmål er hvilke stoffer analysene omfatter. Skal de begrenses til illegale stoffer, eller utvides til andre psykoaktive stoffer og legemidler? I sistnevnte tilfelle kan det være vanskelig å skille mellom dødsfall som primært er relatert til psykisk helse (f.eks. selvmord i forbindelse med depresjon), og dødsfall som skyldes stoffbruk. I tillegg skyldes mange narkotikainduserte dødsfall i realiteten blandingsbruk, og det kan være vanskelig å få klarhet i de ulike stoffenes respektive roller.

Begrepsmessig omfatter narkotikarelatert dødelighet to brede kategorier. Den første og best dokumenterte viser til dødsfall som er direkte forårsaket av ett eller flere stoffer. Disse dødsfallene omtales typisk som "overdoser", "forgiftninger" eller "narkotikainduserte dødsfall". Den andre kategorien er bredere og dekker dødsfall som ikke direkte kan tilskrives stoffets farmakologiske virkning, men som uansett er forbundet med bruken av det: langsiktige konsekvenser av infeksjonssykdommer, psykisk helse relaterte interaksjoner (f.eks. selvmord) eller andre omstendigheter (f.eks. trafikulykker). I tillegg kommer dødsfall som indirekte er relatert til narkotika (f.eks. vold i forbindelse med narkotikahandel).

EONNs nåværende tilnærming til rapportering av narkotikarelatert dødelighet er basert på beregninger av dødelighet i kohorter av problembrukere av narkotika. Andre tilnærminger blir imidlertid utredet for å kombinere data fra ulike kilder for å beregne den totale byrden av dødelighet som kan tilskrives narkotika i et lokalsamfunn (se "Total narkotikarelatert dødelighet", s. 86).

tilgjengelighet er alle faktorer som kan påvirke det totale antallet dødsfall i denne kategorien i et samfunn. Narkotikainduserte dødsfall inntreffer vanligvis innen kort tid etter at stoffet eller stoffene er inntatt.

Europeiske data er blitt bedre både med hensyn til kvalitet og pålitelighet i de senere årene, noe som har gjort det mulig å beskrive både totale og nasjonale trender bedre, og de fleste landene har nå vedtatt en kasesdefinisjon i tråd med EONNs⁽¹³⁷⁾. Den varierende kvaliteten på rapporteringen fra ett land til et annet gjør

likevel at man må være forsiktig med å foreta direkte sammenligninger.

I perioden 1990–2005 ble det i EUs medlemsstater hvert år rapportert mellom 6 500 og 8 500 narkotikainduserte dødsfall, dvs. til sammen nærmere 130 000. Tallene bør anses som minsteanslag⁽¹³⁸⁾.

Total dødelighet forbundet med narkotikainduserte dødsfall varierer sterkt, fra 3–5 til over 70 dødsfall pr. million innbyggere i alderen 15–64 år (gjennomsnittlig 21 pr. million). Seksten europeiske land har over 20 dødsfall pr. million, og fem over 40 pr. million. Dødeligheten blant menn i aldersgruppen 15–39 år er i de fleste landene omtrent dobbelt så høy (gjennomsnittlig 44 dødsfall pr. million i Europa). Narkotikainduserte dødsfall utgjorde 3,5 % av alle dødsfall blant europeere i alderen 15–39 år i 2005–06 og over 7 % i åtte land⁽¹³⁹⁾ (figur 11).

Det er ennå ikke gjort mye forskning på sykkelighet og andre konsekvenser av ikke-fatale overdoser, og det er gjort begrensede investeringer i forebyggende tiltak, til tross for dokumentasjon på at tallene her kan være store. Flere studier har beregnet at det for hver overdose med dødelig utfall kan være mellom 20 og 25 ikke-fatale. Selv om det er vanskelig å si om disse tallene vil gjelde for hele Den europeiske union, vil dette grovt regnet bety et sted mellom 120 000 og 175 000 ikke-fatale overdoser hvert år.

Opioidrelaterte dødsfall

Heroin

I Europa er opioidoverdose en av de viktigste dødsårsakene for unge mennesker, særlig for unge menn i urbane områder⁽¹⁴⁰⁾. Opioider, da hovedsakelig heroin og metabolitter av heroin, er til stede i de fleste narkotikainduserte dødsfall som meldes i Den europeiske union, dvs. i mellom 55 % og nærmere 100 % av alle tilfeller, og over halvparten av landene rapporterer om en andel på over 80 %⁽¹⁴¹⁾. Toksikologiske rapporter i forbindelse med dødsfall som tilskrives heroin, nevner også ofte andre stoffer som kan ha vært medvirkende. De stoffene som hyppigst nevnes, er alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i en del land, kokain. En studie EONN nylig har utført i samarbeid med ni land, fant at i 60 % til 90 % av alle opioidinduserte dødsfall var mer enn ett stoff nevnt i de toksikologiske resultatene. Dette tyder på at en vesentlig andel av alle narkotikainduserte dødsfall kan være forbundet med blandingsbruk.

⁽¹³⁷⁾ Informasjon om metoder ifm. narkotikarelaterte dødsfall finnes i Statistiske opplysninger 2008.

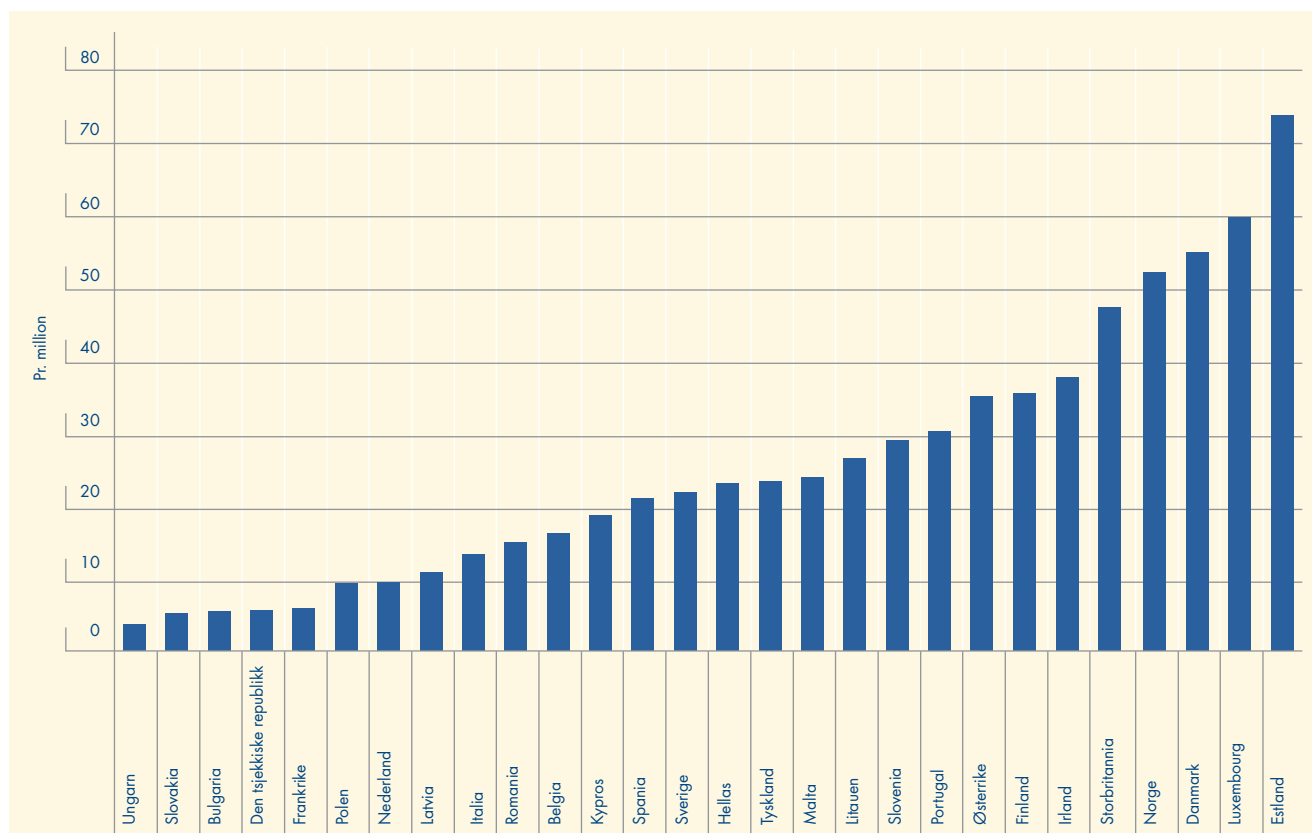
⁽¹³⁸⁾ Se tabell DRD-2 del (i) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹³⁹⁾ Se tabell DRD-5 og figur DRD-7 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁴⁰⁾ Ettersom de fleste tilfellene som rapporteres til EONN er opioidoverdoser, brukes generelle karakteristika for narkotikainduserte dødsfall for å beskrive opioidtilfellene.

⁽¹⁴¹⁾ Se figur DRD-1 i Statistiske opplysninger 2008.

Figur 11: Dødelighet blant alle voksne (15–64 år), narkotikainduserte dødsfall



NB: For Den tsjekkiske republikk ble EONNs Utvalg D brukt i stedet for den nasjonale definisjonen, for Storbritannia ble definisjonen fra narkotikastrategien benyttet, for Romania viser dataene bare til Bucuresti og administrative områder som hører under Bucurestis toksikologiske laboratorium. Beregningene av dødeligheten er basert på hvert lands befolkningstall for 2005 rapportert av Eurostat. Man bør være forsiktig med å sammenligne tallene for dødelighet fra et land til et annet, da det er forskjeller i kasusdefinisjoner og kvaliteten på rapporteringen. For konfidensintervaller og mer informasjon om dataene, se figur DRD-7 del (i) i Statistiske opplysninger 2008.

Kilder: Reitox nasjonale rapporter 2007, hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre) og Eurostat.

De fleste dødsfall som følge av opioidoverdose (60–95%) skjer blant menn, oftest i aldersgruppen 20–40 år, med en gjennomsnittsalder i de fleste land i midten av trettiårene⁽¹⁴²⁾. I mange land er gjennomsnittsalderen for overdosedødssofrene på vei opp, noe som kan indikere en mulig stabilisering eller til og med nedgang i antallet unge som bruker heroin. Andre land (Bulgaria, Estland, Romania, Østerrike) har imidlertid en relativt høy andel overdosedødsfall blant unge under 25 år, en mulig indikasjon på at heroin- eller sprøytebrukerne i disse landene er yngre⁽¹⁴³⁾.

Metadon og buprenorfin

Forskning viser at substitusjonsbehandling reduserer risikoen for dødelige overdoser. Likevel blir det hvert år rapportert om et antall dødsfall som er forbundet med bruk av opioider som substitusjonsmedikamenter, oftest

på grunn av misbruk, men i et lite antall tilfeller også på grunn av problemer under behandling⁽¹⁴⁴⁾.

Flere land rapporterer om funn av metadon i et stort antall narkotikainduserte dødsfall, men i mangel av felles rapporteringsstandarder er det ofte uvisst hvilken rolle dette stoffet har spilt. Land som rapporterer ikke ubetydelige antall dødsfall med funn av metadon, omfatter Danmark, Tyskland, Storbritannia og Norge. De andre landene rapporterte enten ikke tilfeller, eller bare et begrenset antall⁽¹⁴⁵⁾. I USA er det rapportert om en markant økning i antallet metadonrelaterte dødsfall siden 1999. De fleste skyldes misbruk av illegalt omsatt metadon fra sykehus, apoteker, praktikere og leger som tilbyr smertelindring, og bare et begrenset antall er forbundet med metadon utlevert i et substitusjonsprogram⁽¹⁴⁶⁾.

⁽¹⁴²⁾ Se tabell DRD-1 del (i) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁴³⁾ Se figur DRD-2, DRD-3 og DRD-4 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁴⁴⁾ Se "Dødsfall relatert til substitusjonsbehandling", s. 85.

⁽¹⁴⁵⁾ Se tabell DRD-108 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁴⁶⁾ National Drug Intelligence Center. Methadone Diversion, Abuse and Misuse: Deaths Increasing at Alarming Rate. November 2007. Document 2007-Q0317-001. <http://www.usdoj.gov/ndic/pubs25/25930/index.htm#Key>

Dødsfall relatert til substitusjonsbehandling

Forskning har vist at risikoen for overdose reduseres betydelig når heroinbrukere får substitusjonsbehandling med metadon. En kohortstudie som nylig ble gjennomført blant over 5 000 heroinbrukere, rapporterte at risikoen for overdosedødsfall reduseres med en faktor på ni mens brukerne var i substitusjonsbehandling sammenlignet med tiden utenfor, inkludert andre typer behandling eller ingen behandling (Brugal et al., 2005).

Metadon blir imidlertid identifisert i den toksikologiske rapporten for noen dødsfall. Dette innebærer ikke at det i alle tilfeller finnes en direkte årsakssammenheng, da andre stoffer eller faktorer kan være til stede. Uansett kan overdosedødsfall inntreffe, og blant faktorene som kan være involvert, er endret toleranse, for stor dose, at klienten bruker stoffet feil, eller at stoffet brukes til andre formål enn behandling.

Tiltak for å forhindre at metadon sprer seg til det illegale markedet, har blitt koplet til en nedgang i antallet rapporterte metadondødsfall i Storbritannia (Zador et al., 2006), og god praksis i substitusjonsbehandling kan generelt være en viktig faktor for å redusere risikoen for metadonrelaterte dødsfall. Både pasientens og lokalsamfunnets helse vil derfor sannsynligvis sikres ved forbedret kvalitetsstandard på behandlingen, herunder forskrivningspraksis, klientovervåking i de første fasene av behandlingen, overvåking av mulig hjertetoksisitet, informasjon om risikoen ved bruk av andre medisiner eller psykoaktive stoffer og utleveringspraksis for å redusere risikoen for spredning.

Den store utbyggingen av metadonbehandling i Europa har ikke gitt noen tilsvarende økning i antallet metadonrelaterte dødsfall. En studie utført i Storbritannia fant at den samlede mengden peroral metadon som ble forskrevet mellom 1993 og 2004, økte med en faktor på 3,6, mens antallet metadondødsfall gikk ned fra 226 til 194 (Morgan et al., 2006). Dette tilsvarer en nedgang i metadonrelaterte dødsfall fra 13 pr. 1 000 pasientår i 1993 til 3,1 pr. 1 000 pasientår i 2004. Selv om lignende studier i andre land ville vært svært nyttige, tyder de tilgjengelige bevisene på at metadonrelaterte dødsfall har større sannsynlighet for å være forbundet med mangler i forskrivningspraksis enn med nivået av substitusjonsbehandling generelt.

Dødsfall som skyldes forgiftning med buprenorfin synes å forekomme sjelden, selv om dette stoffet brukes i stadig større grad i substitusjonsbehandlingen i mange land i Europa. Frankrike rapporterer svært få dødsfall selv om et det er et betydelig antall brukere som får behandling med buprenorfin (76 000–90 000). I Finland gjøres det imidlertid funn av buprenorfin ved de fleste narkotikainduserte dødsfall, oftest i kombinasjon med sedativa eller alkohol, eller at det er injisert⁽¹⁴⁷⁾.

Fentanyl

En urovekkende epidemi av dødelige forgiftninger med 3-metylfentanyl i Estland er avdekket i den senere tid på grunnlag av toksikologiske analyser i forbindelse med obduksjon, med 46 dødelige forgiftninger i 2005 og 71 i 2006 (Ojanperä et al., under trykking). På grunnlag av foreløpige tall fra Estland var 85 dødsfall i 2004 relatert til samme stoff. Det har likeledes vært sporadiske rapporter om fentanyldødsfall i andre europeiske land, og USA har i den senere tid rapportert om rene epidemier, men de har oftest vært kortvarige; i perioden 2005–07 ble f.eks. 350 dødsfall i Chicago tilskrevet fentanyl (Denton et al., 2008). Fordi stoffet er så sterkt, blir også risikoen for overdose større, samtidig som man risikerer å overse det i en toksikologisk screening. Økt illegal produksjon og bruk av fentanyl vil derfor lett kunne bli en utfordring både for eksisterende kartleggingssystemer og for folkehelsen.

Dødsfall relatert til andre stoffer⁽¹⁴⁸⁾

Kokaininduserte dødsfall er vanskeligere å definere og identifisere enn dødsfall relatert til opioider (se utvalgt aspekt om kokain, 2007). Dødsfall som direkte skyldes kokainforgiftning synes å forekomme sjelden og er i så tilfelle oftest forbundet med svært store doser kokain. Ellers synes de fleste kokaindødsfall å skyldes stoffets kroniske toksisitet, som fører til komplikasjoner i hjerte-/karsystem og nervesystem. Kokainets rolle i disse dødsfallene blir ikke alltid identifisert, og disse dødsfallene blir ikke alltid registrert som kokainrelaterte. Tolkningen av dataene om kokainrelaterte dødsfall kompliseres ytterligere av at det i mange tilfeller også gjøres funn av andre stoffer, noe som gjør det vanskelig å trekke konklusjoner om årsaker.

I 2006 ble det rapportert over 450 kokainrelaterte dødsfall i 14 medlemsstater, men sannsynligvis er antallet kokaininduserte dødsfall i Europa underrapportert.

Det rapporteres fortsatt sjelden om dødsfall med funn av ecstasy. De fleste dødsfallene med "funn av ecstasy" rapporteres i Storbritannia, men i mange tilfeller er ikke dette stoffet identifisert som den direkte dødsårsaken.

Selv om det foreligger få rapporter også om amfetamindødsfall i Europa, blir et betydelig antall narkotikainduserte dødsfall i Den tsjekkiske republikk tilskrevet pervitin (metamfetamin). I Finland ble 64 dødsfall rapportert der amfetamin ble påvist ved toksikologisk analyse, men dette betyr ikke nødvendigvis at amfetamin var den direkte årsaken til dødsfallet.

⁽¹⁴⁷⁾ Se tabell DRD-108 i Statistiske opplysninger 2008 samt årsrapporten for 2007 for ytterligere opplysninger.

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabell DRD-108 i Statistiske opplysninger 2008.

Trender for narkotikainduserte dødsfall

Antallet narkotikainduserte dødsfall gikk kraftig opp i Europa i løpet av 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene, en oppgang som muligens fulgte økningen i bruken av heroin og injeksjonsbruk, og har siden holdt seg på høye nivåer ⁽¹⁴⁹⁾. Men data fra land som har lange tidsserier, tyder på at trendene varierer. Enkelte land (f.eks. Tyskland, Spania, Frankrike, Italia) hadde en topp i antall dødsfall i første halvdel av 1990-tallet, med påfølgende nedgang, mens andre land (f.eks. Irland, Hellas, Portugal, Finland, Sverige, Norge) fikk en topp først rundt 2000 før nedgangen kom, og atter andre land (f.eks. Danmark, Nederland, Østerrike, Storbritannia) har hatt oppadgående trender uten noen klar topp ⁽¹⁵⁰⁾.

Trender for narkotikainduserte dødsfall i perioden 2001 til 2005–06 er vanskeligere å definere. I de første årene av dette tiåret (2000–03) rapporterte mange EU-land en nedgang, og generelt falt antallet narkotikainduserte dødsfall med 3 % i 2001, 14 % i 2002 og 7 % i 2003 ⁽¹⁵¹⁾. I 2004 og 2005 rapporterte imidlertid de fleste landene i Europa små økninger. Det kan være en rekke faktorer forbundet med dette, blant annet at blandingsbruk er blitt vanligere, at heroin er blitt lettere tilgjengelig eller at de kroniske narkotikabrukerne som gruppe betraktet er blitt eldre ⁽¹⁵²⁾.

Ettersom data fra en del av de største landene mangler, er de totale anslagene over antallet narkotikainduserte dødsfall i 2006 bare foreløpige. På grunnlag av tilgjengelige data fra 18 land synes det imidlertid å være en liten nedgang i forhold til 2005.

Det har totalt sett vært en moderat nedgang i antallet narkotikainduserte dødsfall i aldersgruppen under 25 år i Europa, samtidig som de medlemsstatene som kom med i Den europeiske union etter 2004, inntil nylig hadde en økning i antallet dødsfall i denne aldersgruppen ⁽¹⁵³⁾. Det har likevel vært en økning i andelen yngre tilfeller i de senere år i Hellas, Luxembourg og Østerrike, og i noen mindre grad i Bulgaria, Latvia og Nederland ⁽¹⁵⁴⁾. Denne observasjonen krever videre undersøkelser, da den kan tyde på at det blir flere unge som bruker opioider i disse landene.

Total narkotikarelatert dødelighet

En fersk studie fant at opioidbrukere som ble rekruttert innenfor behandlingsapparatet på åtte steder (syv byer og

ett land) i Europa hadde svært høy dødelighet sammenlignet med tilsvarende grupper på samme alder (se EONN, 2006). Andre kohortstudier har funnet at narkotikabrukere har mellom 6 og 54 ganger høyere dødelighet enn befolkningen generelt. Disse forskjellene er hovedsakelig forbundet med overdoser av narkotika, selv om andre faktorer også har betydning, og i enkelte land spiller AIDS-dødsfall en betydelig rolle. Darke et al. (2007) har definert fire brede dødsårsaks-kategorier blant narkotikabrukere: overdose (inkl. alkoholforgiftning), sykdom, selvmord og skade. Sykdom forbundet med narkotikabruk kan bl.a. være sykdomstilstander knyttet til blodbårne virus (HIV, HCV og HBV, se over), svulster, leversykdommer og sykdommer i hjerte-/karsystem så vel som åndedretsorganer. Skader vil gjerne omfatte ulykker, drap og annen vold.

En fersk norsk studie av en kohort unge narkotikabrukere inntatt til behandling, fant at av 189 registrerte dødsfall sto overdoser for halvparten av alle dødsfall med kjent dødsårsak. Ytterligere knappe én firedel skyldtes sykdom, oftest AIDS og leversykdom, mens selvmord og skade hver sto for om lag én tidel og alkoholforgiftning for ca. 2 % (figur 12). Det bør anføres at andelen AIDS-dødsfall kan være betraktelig høyere i land med høy HIV-prevalens blant narkotikabrukere.

Kohortstudier er et nyttig verktøy for å beregne og forstå total dødelighet forbundet med narkotikabruk, men andre metoder kan øke forståelsen av problemet og gi en oversikt på nasjonalt plan. I nært samarbeid med medlemsstatene utreder EONN for tiden flere nye metoder med sikte på å implementere disse på EU-plan. En av metodene går ut på å ekstrapolere dødelighet fra kohortstudier til lokale (Bargagli et al., 2005) eller nasjonale anslag over problembrukere av narkotika (Cruts et al., 2008). En annen metode, tilskrivbare andeler, avledet av ulike studier, anvendes på de dødsårsakene som hyppigst er forbundet med narkotikabruk (f.eks. AIDS, ulykker, selvmord og forgiftninger) i henhold til dødsregistrene.

Dødsfall indirekte relatert til bruk av narkotika

AIDS-dødsfall som følge av injeksjonsbruk av narkotika er en annen viktig dødsårsak. Basert på data fra Eurostat og EuroHIV (årsrapportene for 2005 og 2006) kan det anslås at over 2 600 mennesker døde av AIDS som følge av narkotikabruk i 2003 ⁽¹⁵⁵⁾. De fleste av disse dødsfallene

⁽¹⁴⁹⁾ Se figur DRD-8 i Statistiske opplysninger 2008. Av historiske grunner viser denne trenden til EU-15 og Norge.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur DRD-11 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁵¹⁾ Det at tallene som rapporteres her, avviker fra tidligere rapporterte tall, skyldes endringer i kasusdefinisjon eller dekning i Danmark, Spania, Frankrike og Storbritannia, samt oppdateringer i flere land.

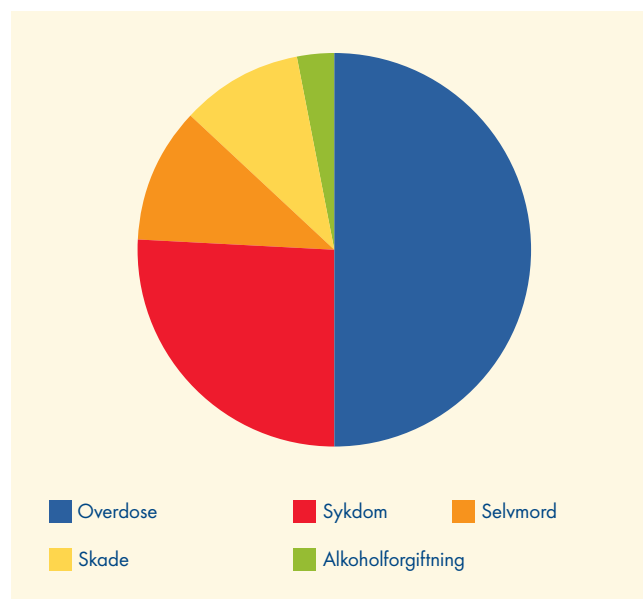
⁽¹⁵²⁾ Se "Opioidindikatorer faller ikke lenger", s. 71 samt tabell DRD-2 del (i) og figur DRD-12 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁵³⁾ Se figur DRD-13 del (i) i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁵⁴⁾ Se figur DRD-9 i Statistiske opplysninger 2008.

⁽¹⁵⁵⁾ 2003 ble tatt som det siste året der informasjon om dødsårsaker fra nesten alle medlemsstatene var tilgjengelig gjennom Eurostat. Ytterligere informasjon om kilder, tall og beregninger finnes i tabell DRD-5 i Statistiske opplysninger 2008.

Figur 12: Kjente dødsårsaker i en kohort av narkotikabrukere i Norge



NB: Dataene er fra en studie basert på et utvalg av 501 narkotikabrukere inntatt til behandling for narkotikaavhengighet i perioden 1981–91. Til sammen ble 189 dødsfall registrert fram til 2003, og i 14 tilfeller var det ikke mulig å fastslå dødsårsaken.

Kilde: Ødegård, E., Amundsen, E.J. og Kielland, K.B. (2007), "Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176–82.

var rapportert av et fåtall land – over 90% av dem fant sted i Spania, Frankrike, Italia og Portugal. AIDS-dødeligheten var høyest midt på 1990-tallet og har siden falt betraktelig etter innføringen av HAART og i takt med bedre dekning for denne behandlingen.

Med unntak av Spania, Italia og spesielt Portugal er AIDS-dødeligheten som følge av injeksjonsbruk av narkotika lav i Europa. Og i mange land er overdosedødeligheten betydelig høyere enn AIDS-relatert dødelighet blant narkotikabrukere⁽¹⁵⁶⁾. Antallet dødsfall av andre årsaker (f.eks. konsekvenser av andre smittsomme sykdommer, vold, ulykker) er vanskeligere å vurdere på det nåværende tidspunkt, og innsamlingen av data og beregningene på dette området må forbedres (se foregående punkt).

Selvmord synes å være en hyppig dødsårsak blant narkotikabrukere. En litteraturgjennomgang (Darke og Ross, 2002) fant at selvmordsraten blant heroinbrukere var 14 ganger høyere enn i befolkningen generelt.

Reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall

Å få ned antallet narkotikarelaterte dødsfall er et mål i de fleste nasjonale narkotikastrategier, men bare få land

har vedtatt handlingsplaner eller utarbeidet systematiske veiledninger til tiltakene som må iverksettes. I 2007 utstedte imidlertid helseministeriet i Storbritannia nye retningslinjer for klinisk behandling av narkotikamisbruk og avhengighet, med konkrete tiltak til forebygging av narkotikarelaterte dødsfall.

En prospektiv langtidsstudie gjennomført i Italia (Davoli et al., 2007) viste hva behandling, herunder substitusjonsbehandling og psykososial omsorg og psykoterapi, kan bidra med i forhold til å redusere dødeligheten blant narkotikabrukere. Studien ble gjennomført i en kohort av 10 454 heroinbrukere som påbegynte behandling i det offentlige behandlingsapparatet i perioden 1998 til 2001, og evaluerte gjennomføring av behandling og overdosedødelighet. Dødsrisikoen i kohorten gikk i gjennomsnitt opp med en faktor på 10 sammenlignet med befolkningen generelt. Narkotikabrukere i behandling hadde fire ganger høyere dødsrisiko enn befolkningen generelt, mens de som hadde avbrutt behandlingen, hadde 20 ganger større sannsynlighet for å dø.

Måltrettet spredning av informasjon om overdoserisiko og overdosetiltak i form av brosjyrer, hefter og plakater er vanlig praksis i de fleste landene. Videre rapporterer nå halvparten av medlemsstatene om egne workshops for å øke kunnskapen og kompetansen innen overdosetiltak. Denne opplæringen kan rettes mot narkotikabrukere, pårørende eller personale og omfatter typisk informasjon om særlige risikoer, herunder: redusert toleranse etter perioder med avholdenhet, effektene av blandingsbruk, særlig samtidig bruk av alkohol, bruk av narkotika når ingen andre er til stede samt førstehjelp. Italia rapporterer at en kombinasjon av opplæring i førstehjelp ved overdoser og utlevering for hjemmebruk av nalokson brukes i halvparten av rusmiddeltiltakene ledet av den offentlige helsetjenesten.

Proaktiv kartlegging av narkotikabrukernes psykososiale velvære, også brukere i substitusjonsbehandling, kan være verdifull ettersom overdoser i mange tilfeller utløses av tidligere helsemessige eller sosiale problemer, og andelen bevisste overdoser kan være høy (Oliver et al., 2007).

En annen utfordring for helse- og sosialtjenesten i mange land er at populasjonen av langvarige narkotikabrukere stadig blir eldre og mer utsatt for både overdoser og en lang rekke negative helsekonsekvenser. Spesielt sprøytebrukere kan ha store somatiske lidelser, bl.a. kronisk infeksjon i leveren, som gjør dem enda mer sårbare.

⁽¹⁵⁶⁾ Se figur DRD-7 del (ii) i Statistiske opplysninger 2008.

Økt risiko for narkotikaindusert død ved løslatelse og ved avslutning av behandling

Risikoen for narkotikaindusert død øker vesentlig i den første tiden etter løslatelse fra fengsel eller ved tilbakefall etter behandling, ifølge studier utført i Europa og andre steder.

En fersk studie gjennomført i Storbritannia (England og Wales) sammenlignet opplysninger om nærmere 49 000 innsatte som ble løslatt i perioden 1998–2000, med alle registrerte dødsfall fram til november 2003 (Farrell og Marsden, 2008). Av de 442 dødsfallene som forekom i utvalget i løpet av perioden, var hovedvekten (59 %) narkotikarelaterte. I året etter løslatelsen var den narkotikainduserte dødeligheten 5,2 pr. 1 000 menn og 5,9 pr. 1 000 kvinner. I perioden like etter løslatelsen ble det registrert 10 ganger så mange dødsfall blant kvinner som forventet og 8 ganger så mange blant menn. Alle de kvinnelige og 95 % av de mannlige dødsfallene som inntraff i løpet av de første to ukene utenfor fengselet, var narkotikarelaterte og kan tilskrives

narkotikaoverdoser eller mer generelt til rusmiddelrelaterte lidelser. De rettsmedisinske rapportene nevnte opioider i 95 % av de narkotikainduserte dødsfallene, benzodiazepiner i 20 %, kokain i 14 % og trisykliske antidepressiva i 10 % av tilfellene.

VEdeTTE-studien i Italia (Davoli et al., 2007) observerte en overdosedødelighet i ett av 1 000 tilfeller blant heroinbrukere i behandling og 23 pr. 1 000 i den første måneden etter behandling, som tilsvarer en 27 ganger så stor risiko for overdosedød i den første måneden etter avsluttet behandling, justert for mulige forstyrrende faktorer.

Selv om det er observert en forbindelse mellom narkotikainduserte dødsfall og løslatelse eller avsluttet behandling, er det få land som systematisk investerer i å informere innsatte eller personer i behandling om risikoen for overdose. Oppfølging og rehabilitering av narkotikabrukere som løslates fra fengsel, er også underutviklet i mange land. Forbedringer på disse to områdene kan gi gode muligheter for å forebygge narkotikarelaterte dødsfall.



Kapittel 8

Nye stoffer og trender

Innledning

Bruken av nye psykoaktive stoffer kan få store konsekvenser, både for folkehelsen og politisk, men kartleggingen av nye trender representerer en stor utfordring. Nye bruksmønstre er vanskelige å avdekke, for de opptrer typisk først i svært lite omfang, i avgrensede områder eller i begrensede undergrupper av befolkningen. Få land har kartleggingssystemer som er følsomme for denne typen atferd, og det er betydelige metodologiske vansker forbundet med kartlegging av denne typen stoffbruk. Likevel er det bred enighet om hvor viktig det er å identifisere potensielle nye trusler, og det er som en direkte respons på dette at Den europeiske union, gjennom rådsbeslutningen om nye psykoaktive stoffer, fikk på plass et system for tidlig varsling med en ordning for rask reaksjon på nye psykoaktive stoffer som dukker opp i narkotikamiljøet i Europa. Aktivitetene til støtte for systemet for tidlig varsling er en vesentlig del av EONNs virksomhet og skriver seg inn i den generelle satsingen på bruk av et bredt spekter av datakilder for å forbedre det europeiske narkotikaoveråkingssystemets punktlighet og følsomhet.

EU-tiltak mot nye psykoaktive stoffer

Rådsbeslutningen om nye psykoaktive stoffer ⁽¹⁵⁷⁾ oppretter en ordning for rask utveksling av informasjon om nye psykoaktive stoffer som kan utgjøre en trussel mot folkehelse og samfunn. Beslutningen gir også rom for å vurdere risikoene forbundet med disse nye stoffene slik at tiltak for kontroll av narkotiske og psykotrope stoffer i medlemsstatene også kan anvendes på nye stoffer. I mai 2007 gjennomførte den utvidede vitenskapelige komité i EONN en risikovurdering av det nye psykoaktive stoffet BZP (1-benzylpiperazin), og en rapport ble forelagt Rådet og Europakommisjonen ⁽¹⁵⁸⁾. Risikovurderingen konkluderte med at stoffets stimulerende egenskaper, helserisiko og manglende medisinske fordeler gjorde kontroll av BZP nødvendig, men at kontrolltiltakene burde stå i forhold til

stoffets relativt lave risiko. I mars 2008 vedtok Rådet en beslutning som definerer BZP som et nytt psykoaktivt stoff som skal være gjenstand for kontrolltiltak og strafferettslige bestemmelser. Medlemsstatene har ett år på seg til å treffe de nødvendige tiltak i samsvar med nasjonal lovgivning, for å innføre kontrolltiltak for BZP som står i forhold til risikoene stoffet representerer, og strafferettslige sanksjoner i nasjonal lovgivning i henhold til deres forpliktelser etter FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer.

I mars 2007 rapporterte EONN og Europol til Kommissjonen om arbeidet utført angående aktiv overvåking av 1-(3-klorofenyl)piperazin (mCPP) ⁽¹⁵⁹⁾. Rapporten var bare utarbeidet for informasjonsformål og konkluderte at "det er ikke sannsynlig at mCPP vil etablere seg som et rekreasjonsrusmiddel som sådan" ettersom det har uklare psykoaktive egenskaper og enkelte negative effekter. Siden det virker som om mCPP ikke har noen særlig appell til brukerne, er det sannsynlig at markedet i Den europeiske union blir drevet av tilbudet snarere enn av etterspørselen.

I 2007 ble gjennom systemet for tidlig varsling, til sammen 15 nye psykoaktive stoffer for første gang offisielt innrapportert til EONN og Europol. Gruppen av nylig innrapporterte stoffer er samfengt og omfatter i tillegg til nye syntetiske stoffer også legemidler og forbindelser som forekommer naturlig. Ni av de nylig innrapporterte forbindelsene er syntetiske stoffer tilsvarende slike som er oppført i tillegg I og II til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer. De omfatter stoffer fra kjente kjemiske grupper som fenetylaminer, tryptaminer og piperaziner, foruten stoffer med en mer uvanlig kjemisk sammensetning. Gruppen er delt i stoffer som har uttalte hallusinogene virkninger, og stoffer som har overveiende stimulerende egenskaper.

I 2007 ble for første gang tre naturlig forekommende stoffer innrapportert gjennom informasjonsutvekslingssystemet, deriblant *Salvia divinorum*, en plante med kraftige psykoaktive egenskaper ⁽¹⁶⁰⁾.

⁽¹⁵⁷⁾ Rådsbeslutning 2005/387/JIS av 10. mai 2005 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll av nye psykoaktive stoffer (EUT L 127 av 20.5.2005, s. 32).

⁽¹⁵⁸⁾ http://www.emcdda.europa.eu/publications/risk_assessment/bzp

⁽¹⁵⁹⁾ <http://www.emcdda.europa.eu/html.cfm/index16775EN.html>

⁽¹⁶⁰⁾ Se "Nye kontrollerte stoffer", s. 91.

Nye kontrollerte stoffer

Siden januar 2006 har 12 land rapportert tillegg til eller endringer i listen over kontrollerte stoffer. mCPP (1-(3-klorofenyl)piperazin) har blitt lagt til listen over kontrollerte stoffer i seks land (Belgia, Tyskland, Litauen, Ungarn, Malta, Slovakia), og BZP (1-benzylpiperazin) har kommet på listen i fire land (Estland, Italia, Litauen, Malta). Av disse stoffene ble mCPP aktivt overvåket av EONN og Europol, og BZP var gjenstand for en risikovurdering i 2007. Andre stoffer som er underlagt kontroll i perioden, er hallusinogenene DOC (4-kloro-2,5-dimethoxyamfetamin), DOI (4-iodo-2,5-dimetoksyamfetamin) og bromo-dragonfly (brom-benzodifuranyl-isopropylamin) i Danmark og Sverige og ketamin i Estland.

Forskjellige planter med psykoaktive egenskaper er også kontrollert. I den forbindelse har Belgia restrukturert lovgivningen om psykotrope stoffer til å omfatte en ny kategori som inneholder planter eller deler av planter under kontroll, ikke bare de psykoaktive ingrediensene som før. Blant plantene på listen er khat (qat, *Catha edulis*) og *Salvia divinorum*. Khat er nå kontrollert i 11 land i Europa (en britisk risikovurdering fra 2005 anbefalte ikke kontroll). I 2006 la Sverige salvinorin-A, hovedvirkestoffet i *Salvia divinorum*, til listen, og planten ble også underlagt kontroll i Tyskland i 2008. I samme periode havnet *Tabernanthe iboga* på listen over kontrollerte stoffer i Frankrike, etter at virkestoffet ibogain ble kontrollert i Belgia, Danmark og Sverige. Som en reaksjon på dødsfall forbundet med hallusinogene sopper, gikk både Irland og Nederland inn for å fjerne smuthull som tidligere tillot salg og besittelse av fersk sopp som inneholder psilocin. I Irland trådte loven i kraft i januar 2006, mens den, i skrivende stund, behandles i parlamentet i Nederland.

For ytterligere informasjon presenteres en liste over stoffer som er kontrollert i EU og Norge, i "Klassifisering av narkotiske stoffer" i Europeisk database for narkotikalovgivning på (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/legal-reports>).

Internett — en markeds plass for psykoaktive stoffer

Internett er et vindu mot narkotikabrukerens verden gjennom diskusjonsgrupper og samtalerom på nettet, for ikke å snakke om internettbutikkene som tilbyr psykoaktive alternativer til kontrollerte stoffer. Informasjonen som er tilgjengelig, gir innblikk i ulike sider ved den markeds plassen for narkotika som internett er, f.eks. i metodene som internettbutikkene bruker, hvordan de svarer på brukernes behov og i nye trender blant unge. For å identifisere hva som skjer på narkotikamarkedet via internett, gjennomførte EONN i begynnelsen av 2008 en studie som gir et "øyeblikksbilde" av de 25 internettbutikkene som ble undersøkt. Resultatene av denne studien presenteres her.

Internettbutikker

Det blir rapportert om stadig flere butikker på internett som selger psykoaktive alternativer til kontrollerte stoffer så som LSD, ecstasy, cannabis og opioider. Selv om stoffene på nettet ofte selges som "legal highs" eller "herbal highs", er disse stoffene i en del europeiske land omfattet av den samme lovgivningen som kontrollerte stoffer, og dermed samme straff.

I Den europeiske union er de fleste internettbutikkene som ble identifisert i "snapshot"-studien basert i Storbritannia og Nederland, og i noen mindre grad i Tyskland og Østerrike. Internettbutikkene har ofte spesialisert seg på visse typer narkotikarelaterte produkter. For eksempel vil enkelte hovedsakelig selge brukerstyr, andre har spesialisert seg på hallusinogene sopper eller "partypiller", mens atter andre selger hele spekteret av naturlige, halvsyntetiske og syntetiske stoffer.

Internettbutikkene i Europa gjør reklame for mer enn 200 psykoaktive produkter. De "legal highs" som oftest påtreffes er: *Salvia divinorum*, kratom (*Mitragyna speciosa*), Hawaiian baby woodrose (*Argyreia nervosa*), hallusinogene sopper (EONN, 2006) pluss en mengde "party pills".

Ifølge markedsføringen skal stoffene som tilbys for salg ha de samme effektene som tilsvarende kontrollerte stoffer. Både *Salvia divinorum* og Hawaiian baby woodrose, samt den ikke fullt så vanlige Morning glory (*Ipomoea violacea*) blir tilskrevet de samme hallusinogene effektene som LSD. Kratom markedsføres ofte som en erstatning for opioider, ulike preparater tilbys som alternativer til cannabis, og "partypillene" selges som alternativer til MDMA. Disse "partypillene" kan inneholde plantemateriale

Metoder for internettstudier

For å få et "øyeblikksbilde" av situasjonen ble det i januar 2008 utført et internettsøk med flerspråklige søkeord på søkemotoren Google (<http://www.google.com>). Til sammen ble det identifisert 68 EU-baserte internettbutikker som solgte ulike typer "legal highs". Disse ble stratifisert i henhold til opprinnelsesland ved hjelp av EUs landkodedomener (f.eks. ES, FR, DE) eller andre indikasjoner på tilhørighet i EU (f.eks. kontaktadresse). Over halvparten av butikkene (52%) holdt til i Storbritannia, 37% i Nederland, 6% i Tyskland, 4% i Østerrike og 1% i andre land (f.eks. Irland, Polen). Et tilfeldig utvalg på 25 internettbutikker ble analysert nærmere. Utvalget trukket fra hvert stratum (opprinnelsesland) sto i forhold til det totale utvalget av internettbutikker. Internettbutikker som utelukkende solgte til bransjen, ikke til kunder, ble ekskludert, det samme ble butikker som bare solgte hallusinogene sopper.

eller halvsyntetiske eller syntetiske stoffer. Den viktigste bestanddelen i syntetiske "partypiller" er ofte benzylpiperazin (BZP), selv om internettbutikkene synes å stå klar med erstatningsstoffer når BZP blir underlagt kontrolltiltak i medlemsstatene i EU. Prisene på stoffene som tilbys, varierer mellom EUR 1 og EUR 11 for en dose.

GHB og prekursoren GBL: en oppfølging

I Europa har gamma-hydroksybutyrat (GHB) blitt overvåket siden 2000, da det ble gjennomført en risikovurdering av stoffet innenfor rammen av EUs Fellestiltak av 1997 mot nye syntetiske stoffer (EONN, 2002). Da GHB i mars 2001 ble tatt med i tillegg IV til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer, ble alle EU-medlemsstatene forpliktet til å kontrollere stoffet i sin nasjonale lovgivning om psykotrope stoffer, og de nye kontrolltiltakene førte raskt til en begrensning av det tidligere åpne salget av GHB.

GHB forekommer naturlig i kroppen, men det brukes også som legemiddel og som rekreasjonsmiddel. Den ikke-medisinske bruken av GHB begynte først i utelivsmiljøet i enkelte deler av Europa, USA og Australia på 1990-tallet, særlig i nattklubber hvor bruken av mange andre rusmidler også var vanlig. Det tok ikke lang tid før man begynte å bekymre seg for helsefarene forbundet med bruken av GHB. Bekymringene gjaldt særlig muligheten for at noen i smug skulle tilsette GHB i drinker, og stoffet omtales ofte som "voldtektsdop". Imidlertid mangler det rettsmedisinsk dokumentasjon som underbygger dette, og å påvise det er vanskelig da tidsvinduet for å påvise GHB i kroppsvæsker er kort. Men de mange seksuelle overgrepene GHB er forbundet med, kan ha bidratt til dette stoffets relativt "negative image" (EONN, 2008c).

GBL

Rapportene om inntak av gamma-butyrolakton (GBL), en prekursor for GHB som ikke er et listeført stoff i noen av FN-konvensjonene om narkotikakontroll, har ført til økende bekymring. I kroppen omdannes GBL raskt til GHB, og det finnes ennå ingen lett tilgjengelig toksikologisk test som kan avgjøre hvilket av de to stoffene som er inntatt.

Det er enkelt å framstille GHB av GBL og 1,4-butanediol (1,4-BD), hvis bruk er lovlig og utbredt i mange deler av industrien (f.eks. i produksjonen av kjemikalier, plast og legemidler) og dermed altså er lett tilgjengelig hos kommersielle leverandører. Det at GBL er tilgjengelig i handelen, gjør at stoffet også er tilgjengelig for personer som enten smugler eller bruker stoffet, til en pris og risiko som ligger langt under det som er vanlig på illegale narkotikamarkeder i Den europeiske union. For eksempel

varierer gjennomsnittsprisen for en 1 grams dose GBL kjøpt i større partier på internett fra EUR 0,09 til EUR 2.

Helserisiko

Både GHB og GBL har en bratt dose-responskurve. Symptomene opptrer altså raskt, noe som medfører en kraftig økning av risikoene forbundet med illegal bruk. Kvalme, oppkast og forskjellige grader av nedsatt bevissthet er de viktigste negative effektene i de fleste rapporterte tilfellene av forgiftning med GHB. Det at andre rusmidler ofte er til stede, kan imidlertid komplisere det kliniske bildet. En nederlandsk studie av 72 GHB-brukere rapporterte at majoriteten hadde mistet bevisstheten minst én gang etter å ha tatt GHB, og noen oftere (Korf et al., 2002). I en undersøkelse av GHB- og GBL-brukere i Storbritannia ble negative reaksjoner rapportert å forekomme hyppigere i klubbmiljøer enn i private hjem (Sumnall et al., 2008). I London og Barcelona blir pasientprofilen for GHB-forgiftninger beskrevet som hovedsakelig unge menn, og de fleste forgiftninger fant sted i helgen, oftest i forbindelse med samtidig inntak av alkohol eller illegale rusmidler (Miro et al., 2002; Wood et al., 2008).

Forgiftninger og akutsituasjoner forbundet med GHB er rapportert i vitenskapelig litteratur og til EONN siden slutten av 1990-årene – dog ikke systematisk – i Belgia, Danmark, Spania, Luxembourg, Nederland, Finland, Sverige, Storbritannia og Norge. Selv om GHB er involvert i bare en meget liten del av alle forgiftninger som krever ambulanse eller sykehusinnleggelse, synes tallene å ha gått opp siden 2000. I Amsterdam i 2005 var andelen akuttmedisinske tilfeller som krevde transport til sykehus, høyere der GHB/GLB var involvert enn for andre narkotiske stoffer.

På akuttmottaket på et sykehus i London som er lokalsykehus for et område av London hvor det er mange klubber for homofile, behandlet de til sammen 158 GHB- og GBL-relaterte tilfeller i 2006. Selv om de fleste av disse pasientene oppga å ha inntatt GHB, viste den kjemiske analysen av prøver tatt på nattklubber i samme område i denne perioden at mer enn halvparten av prøvene inneholdt GBL, ikke GHB. Dette skulle tyde på at bruken av GBL er vanligere enn hva man tidligere har antatt (Wood et al., 2008).

Fordi GHB/GLB elimineres så raskt fra kroppen, er det vanskelig å påvise at det er dette stoffet som har forårsaket forgiftningen eller dødsfallet. Dessuten finnes det ikke noe nøyaktig, sammenlignbart system for registrering av antall dødsfall og akutttilfeller uten dødelig utfall forbundet med bruken av GHB og dets prekursorer.

Tiltak

En del medlemsstater (Italia, Latvia, Sverige) har valgt å kontrollere GBL (eller GBL og den andre prekursoren 1,4-BD) gjennom narkotikalovgivningen, og i Storbritannia diskuteres det nå ytterligere kontrolltiltak. I samsvar med fellesskapslovgivningen om kontroll med prekursorer er nå GBL og 1,4-BD satt opp på listen over ikke-kontrollerte stoffer som det er etablert frivillige overvåkingsordninger for i alle medlemsstatene for å forhindre illegal omsetning av stoffer fra lovlige formål i industrien.

Forebyggende og skadereduserende tiltak i forbindelse med bruk av GHB/GBL er nå ofte en integrerende del av nasjonale og lokale rusmiddelprosjekter i utelivsmiljøene. Disse tiltakene består gjerne i opplæring av ansatte og spredning av informasjon om risikoen ved bruk av GHB og andre narkotiske stoffer. Slike tiltak gjennomføres ofte sammen med andre tiltak i forbindelse med "club drugs" og bruken av alkohol i kombinasjon med narkotiske stoffer (EONN, 2008e).



Kilder

- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., et al. (2005), "Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries", *European Journal of Public Health* 16, s. 198–202.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., et al. (2005), "Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and aids in a cohort of heroin users in Spain", *Addiction* 100, s. 981–9.
- Cameron, L. og Williams, J. (2001), "Cannabis, alcohol and cigarettes: substitutes or complements?", *Economic Record* 77, s. 19–34.
- CND (2008), *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, FNs narkotikakommisjon, Det økonomiske og sosiale råd, Wien.
- Coggans, N. (2006), "Drug education and prevention: has progress been made?", *Drugs: Education, Prevention and Policy* 13, s. 417–22.
- Connock, M., Juarez-Garcia, A., Jowett, S., et al. (2007), "Methadone and buprenorphine for the management of opioid dependence: a systematic review and economic evaluation", *Health Technology Assessment* 11(9).
- Copeland, A.L. og Sorensen, J.L. (2001), "Differences between methamphetamine users and cocaine users in treatment", *Drug and Alcohol Dependence* 62, s. 91–5.
- Cruts, G., Buster, M., Vicente, J., Deerenberg, I. og Van Laar, M. (2008), "Estimating the total mortality among problem drug users", *Substance Use and Misuse* 43, s. 733–47.
- Currie, C., et al. (red.) (2008), "Inequalities in young people's health: international report from the HBSC 2005/06 survey", *WHO Policy Series: Health policy for children and adolescents*, Issue 5, WHO's regionkontor for Europa, København.
- Daly, M. (2007), "Plant warfare", *Druglink* 22(2), mars-april.
- Darke, S. og Ross, J. (2002), "Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods", *Addiction* 97, s. 1383–94.
- Darke, S., Degenhardt, L. og Mattick, R. (2007), *Mortality amongst illicit drug users: epidemiology, causes and intervention*, Cambridge University Press, Cambridge.
- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A., et al. (2007), "Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdeTTE study, a national multi-site prospective cohort study", *Addiction* 102, s. 1954–9.
- De la Fuente, L., Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., et al. (2006), "Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro", *Revista Española de Salud Pública* 80, s. 505–20.
- DeFuentes-Merillas, L. og De Jong, C.A.J. (2008), "Is belonen effectief? Community reinforcement approach + vouchers: resultaten van een gerandomiseerde, multi-centre studie", NISPA, Nijmegen.
- Denton, J.S., Donoghue, E.R., McReynolds, J. og Kalelkar, M.B. (2008), "An epidemic of illicit fentanyl deaths in Cook County, Illinois: September 2005 through April 2007", *Journal of Forensic Science* 53, s. 452–4.
- Dolan, K.A., Shearer, J., MacDonald, M., et al. (2003), "A randomised controlled trial of methadone maintenance treatment versus wait list control in an Australian prison system", *Drug and Alcohol Dependence* 72, s. 59–65.
- Donoghoe, M.C., Bollerup, A.R., Lazarus, J.V., Nielsen, S. and Matic, S. (2007), "Access to highly active antiretroviral therapy (HAART) for injecting drug users in the WHO European Region 2002–2004", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 271–80.
- ECDC (2007), *The first European communicable disease epidemiological report*, Det europeiske senter for forebygging av og kontroll med sykdommer, Stockholm.
- EONN (2002), *Report on the risk assessment of GHB in the framework of the joint action on new synthetic drugs*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2006), *Årsrapport for 2006 om narkotikasituasjonen i Europa*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2007a), *Årsrapport for 2007 om narkotikasituasjonen i Europa*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2007b), *Narkotika og kriminalitet – et komplekst forhold*, *Fokus på narkotika* nr. 16, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2008a), *A cannabis reader: global issues and local experiences*, *Monograph No 8*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- EONN (2008b), *Assessing illicit drugs in wastewater: potential and limitations of a new monitoring approach*, *Insights No 9*, Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.

- EONN (2008c), *Sexual assaults facilitated by drugs or alcohol*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/technical-datasheets/dfsaj>).
- EONN (2008d), *Towards a better understanding of rug-related public expenditure in Europe*, EONN 2008 utvalgt aspekt, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/selected-issue/public-expenditure>).
- EONN (2008e), *GHB and its precursor: an emerging trend case study*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa. (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/thematic-papers/ghb>).
- EONN (2008f), *Preventing later substance abuse disorders in identified individuals during childhood and adolescence: review and analysis of international literature on the theory and evidence base of indicated prevention*, Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, Lisboa.
- Europakommisjonen (2007a), "Report from the Commission to the European Parliament and the Council on the implementation of the Council Recommendation of 18 June 2003 on the prevention and reduction of health-related harm associated with drug dependence", COM (2007) 199 final.
- Europakommisjonen (2007b), *Friendship, fun and risk behaviours in nightlife recreational contexts in Europe*, Generaldirektoratet for helse- og forbrukersaker.
- Europol (2007a), *The production and trafficking of synthetic drugs, related precursors and equipment: a European Union perspective*, Project SYN2007076, Haag.
- Europol (2007b), *Project COLA: European Union cocaine situation report 2007*, Europol, Haag.
- Europol (2008), *European Union drug situation report 2007*, Europol, Haag.
- Farrell, M. og Marsden, J. (2008), "Acute risk of drug-related death among drug users newly released from prison or treatment", *Addiction* 103, s. 251–5.
- Farrelly, M.C., Bray, J.W., Zarkin, G.A. og Wendling, B.W. (2001), "The joint demand for cigarettes and marijuana: evidence from the National household surveys on drug abuse", *Journal of Health Economics* 20, s. 51–68.
- Gorman, D.M., Conde, E. og Huber, J.C. (2007), "The creation of evidence in "evidence-based" drug prevention: a critique of the strengthening families program plus life skills training evaluation", *Drug and Alcohol Review* 26, s. 585–93.
- Gossop, M., Manning, V. og Ridge, G. (2006), "Concurrent use and order of use of cocaine and alcohol: behavioural differences between users of crack cocaine and cocaine powder", *Addiction* 101, s. 1292–8.
- Gossop, M., Marsden, J., Stewart, D., og Treacy, S. (2002), "Change and stability of change after treatment of drug misuse: 2-year outcomes from the National Treatment Outcome Research Study (UK)", *Addictive Behaviors* 27, s. 155–66.
- Griffiths, P., Mravcik, V., Lopez, D. og Klempova, D. (2008), "Quite a lot of smoke but very limited fire: the use of methamphetamine in Europe", *Drug and Alcohol Review* 27, s. 236–42.
- Hough, M., Warburton, H., Few, B., et al. (2003), *A growing market: the domestic cultivation of cannabis*, Joseph Rowntree Foundation, York (<http://www.jrf.org.uk/bookshop/eBooks/1859350852.pdf>).
- Hubbard, R.L., Craddock, S.G. og Anderson, J. (2003), "Overview of 5-year follow up outcomes in the drug abuse treatment outcome studies (DATOS)", *Journal of Substance Abuse Treatment* 25, s. 125–34.
- INCB (2008a), *Report of the International Narcotics Control Board for 2007*, De forente nasjoner: Det internasjonale kontrollråd for narkotika, New York.
- INCB (2008b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances 2007*, De forente nasjoner: Det internasjonale kontrollråd for narkotika, New York.
- Jansen, A.C.M. (2002), *The economics of cannabis-cultivation in Europe*, presentert på "2nd European conference on drug trafficking and law enforcement", Paris, 26.-27. september 2002 (<http://www.cedro-uva.org/lib/jansen.economics.html>).
- Kastelic, A., Pont, J. og Stöver, H. (2008), *Opioid substitution treatment in custodial settings: a practical guide*, BIS Verlag der Carl von Ossietzky Universität, Oldenburg (tilgjengelig på: <http://www.archido.de/>).
- Korf, D., Nabben, T. og Benschop, A. (2002), *GHB: Tussen en narcose*, Rozenberg, Amsterdam.
- Mathers, M., Toubourou, J.W., Catalano, R.F., Williams, J. og Patton, G.C. (2006), "Consequences of youth tobacco use: a review of prospective behavioural studies", *Addiction* 101, s. 948–58.
- Matrix Research and Consultancy and Institute for Criminal Policy Research, Kings College (2007), *Evaluation of drug interventions programme pilots for children and young people: arrest referral, drug testing and drug treatment and testing requirements*, Home Office (<http://drugs.homeoffice.gov.uk/publication-search/young-people/OLR0707>).
- Mattick, R.P., Kimber, J., Breen, C. og Davoli, M. (2008), "Buprenorphine maintenance versus placebo or methadone maintenance for opioid dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Mayet, S., Farrell, M., Ferri, M., Amato, L. og Davoli, M. (2004), "Psychosocial treatment for opiate abuse and dependence", *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 4.
- Miro, O., Nogue, S., Espinosa, G., To-Figueras, J. og Sanchez, M. (2002), "Trends in illicit drug emergencies: the emerging role of gamma-hydroxybutyrate", *Journal of Toxicology: Clinical Toxicology* 40, 129–35.

- Morgan, O., Griffiths, C. og Hickman, M. (2006), "Association between availability of heroin and methadone and fatal poisoning in England and Wales 1993–2004", *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1579–85.
- Myrick, H., Malcolm, R., Taylor, B. og LaRowe, S. (2004), "Modafinil: preclinical, clinical, and post-marketing surveillance: a review of abuse liability issues", *Annals of Clinical Psychiatry* 16, s. 101–9.
- Nasjonale Reitox-rapporter (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/national-reports>).
- NICE (2007), *Drug misuse: psychosocial interventions*, Clinical Guideline 51, National Institute for Clinical Excellence, London.
- Nordstrom, B.R. og Levin, F.R. (2007), "Treatment of cannabis use disorders: a review of the literature", *American Journal of Addiction* 16, s. 331–42.
- Ødegard, E., Amundsen, E.J. og Kielland, K.B. (2007), "Fatal overdoses and deaths by other causes in a cohort of Norwegian drug abusers: a competing risk approach", *Drug and Alcohol Dependence* 89, s. 176–82.
- Ojanperä, I., Gergov, M., Liiv, M., Riikojä, A. og Vuori, E. (under trykking), "An epidemic of fatal 3-methylfentanyl poisoning in Estonia", *International Journal of Legal Medicine* (DOI 10.1007/s00414-008-0230-x).
- Oliver, P., Horspool, H., Rowse, G., et al. (2007), "A psychological autopsy study of non-deliberate fatal opiate-related overdose", *Research briefing* 24, National Treatment Agency for Substance Misuse, London.
- Perkonig, A., Goodwin, R.D., Fiedler, A., et al. (2008), "The natural course of cannabis use, abuse and dependence during the first decades of life", *Addiction* 103, s. 439–49.
- Petrie, J., Bunn, F. og Byrne, G. (2007), "Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review", *Health Education Research* 22, s. 177–91.
- 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.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F.K., Guterman, L.R. og Hopkins, L.N. (2001), "Cocaine use and the likelihood of non-fatal myocardial infarction and stroke. Data from the third national health and nutrition examination survey", *Circulation* 103, s. 502–6.
- Rawson, R., Huber, A., Brethen, P., et al. (2000), "Methamphetamine and cocaine users: differences in characteristics and treatment retention", *Journal of Psychoactive Drugs* 32, s. 233–8.
- Samhsa (2005), *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).
- Scalia Tomba, G.P., Rossi, C., Taylor, C., Klempova, D. og Wiessing, L. (2008), "Guidelines for estimating the incidence of problem drug use", Final report CT.06.EPI.150.1.0, EONN, Lisboa (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/methods/pdu/2008/incidence-estimation>).
- Schulte, B., Thane, K., Rehm, J., et al. (under trykking), "Review of the efficacy of drug treatment interventions in Europe", sluttrapport WP 1 til prosjektet SANCO/2006/C4/02 om "Drug policy and harm reduction" for Europakommisjonen.
- Secades-Villa, R., Garcia-Rodriguez, O., Higgins, S.T., Fernandez-Hermida, J.R. og Carballo, J.L. (2008), "Community reinforcement approach plus vouchers for cocaine dependence in a community setting in Spain: six-month outcomes", *Journal of Substance Abuse Treatment* 34, s. 202–7.
- Stallwitz, A. og Stöver, H. (2007), "The impact of substitution treatment in prisons: a literature review", *International Journal of Drug Policy* 18, s. 464–74.
- Sumnall, H. R., Woolfall, K., Edwards, S., et al. (2008), Use, function, and subjective experiences of gamma-hydroxybutyrate (GHB), *Drug and Alcohol Dependence* 92, s. 286–90.
- Sutton, A.J., Edmunds, W.J. og Gill, O.N. (2006), "Estimating the cost-effectiveness of detecting cases of chronic hepatitis C infection on reception into prison", *BMC Public Health* 6, s. 170.
- Swift, W., Hall, W. og Copeland, J. (2000), "One year follow-up of cannabis dependence among long-term users in Sydney, Australia", *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 309–18.
- Szendrei, K. (1997/1998), "Cannabis as an illicit crop: recent developments in cultivation and product quality", *Bulletin on Narcotics* XLIX and L, nr. 1 og 2.
- Toumbourou, J.W., Stockwell, T., Neighbors, C., et al. (2007), "Interventions to reduce harm associated with adolescent substance use", *Lancet* 369, s. 1391–401.
- UNODC (2007a), *2007 World drug report*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC (2007b), *Cocaine trafficking in West Africa: the threat to stability and development*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien (tilgjengelig på: <http://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/Studies-on-Drugs-and-Crime.html>).
- UNODC (2008), *2008 World drug report*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- UNODC og Marokkos regjering (2007), *Morocco cannabis survey 2005*, FNs kontor for narkotika og kriminalitet, Wien.
- USDS (2008), *International narcotics control strategy report*, Vol. I, US Department of State, Washington, DC.
- Van Den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R. and Prins, M. (2007), "Full participation in harm-reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam Cohort Studies among drug users", *Addiction* 102, s. 1454–62.
- WCO (2007), *Customs and drugs report 2006*, Verdens tollorganisasjon, Brussel.
- Werch, C.E. og Owen, D.M. (2002), "Latrogenic effects of alcohol and drug prevention programs", *Journal of Studies on Alcohol* 63, s. 581–90.

Wood, D., Warren-Gash, D., Ashraf, T., et al. (2008), "Medical and legal confusion surrounding gamma-hydroxybutyrate (GHB) and its precursors gamma-butyrolactone (GBL) and 1,4-butanediol (1,4BD)", *Quarterly Journal of Medicine* 101, s. 23–9.

Zador, D., Mayet, S. og Strang, J. (2006), "Commentary: Decline in methadone-related deaths probably relates to

increased supervision of methadone in UK", *International Journal of Epidemiology* 35, s. 1586–7.

Zonneville-Bender, M.J.S., Matthys, W., van de Wiel, N.M.H. og Lochman, J.E. (2007), "Preventive effects of treatment of disruptive behavior disorder in middle childhood on substance use and delinquent behavior", *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 46, s. 33–9.

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk

Årsrapport for 2008: Narkotikasituasjonen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner

2008 — 98 s. — 21 x 29.7 cm

ISBN 978-92-9168-334-5

How to obtain EU publications

Our priced publications are available from EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>), where you can place an order with the sales agent of your choice.

The Publications Office has a worldwide network of sales agents. You can obtain their contact details by sending a fax to (352) 29 29-42758.

Om EONN

Europeisk overvåkingssenter 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, 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.



Publikasjonskontoret
Publications.europa.eu

ISBN 978-92-9168-334-5



9 789291 683345