emcdda.europa.eu

Cannabis problems in context — understanding the increase in European treatment demands

EMCDDA 2004 selected issue

In *EMCDDA 2004 Annual report on the state of the drugs problem in the European Union and Norway*

Utvalgt aspekt 2

Cannabisproblemer i kontekst – hvordan forstå økningen i behandlingsbehovet i Europa

Innledning

Betegnelsen 'cannabis' brukes for å definere forskjellige produkter som utvinnes av cannabis- eller hampplanten (*Cannabis sativa* L.), en ettårig plante som stammer fra Sentral-Asia og som nå vokser i mange tempererte og tropiske områder av verden. De tallrike variantene av *Cannabis sativa* har et tilsvarende bredt spekter av forskjellige biologiske og kjemiske egenskaper. Det finnes tre former for illegal cannabis på det europeiske narkotikamarkedet: 'cannabisplante', som består av tørkede blomstertopper, stengler og blader av planten; 'cannabisharpiks', det tørkede brune eller svarte harpiksholdige sekretet av blomstertopper, vanligvis solgt i form av sammenpressede blokker, men også av og til i pulverform; og den minst vanlige formen, 'cannabisolje', som er en klebrig, tyktflytende væske.

Cannabis har en lang historikk for bruk blant mennesker, og har til tider vært brukt av forskjellige samfunn som en viktig kilde til fiber for tøy og tauverk, som hjelpemiddel ved religiøse ritualer, som urtemedisin og som rusmiddel. På verdensbasis er cannabis nå det vanligste illegale rusmiddelet når det gjelder produksjon, smugling og konsum (UNODC, 2003a). Til tross for stoffets lange historie og nåværende popularitet er vår forståelse av cannabisbrukens innvirkning på folkehelsen fortsatt begrenset. I den senere tid har det kommet fram stadig flere bevis for at det er en mulig sammenheng mellom cannabisbruk, særlig intensiv cannabisbruk, og en rekke helsemessige og sosiale problemer. Det er også økende bekymring for den tydelige økningen i antallet cannabisbrukere som søker hjelp hos det spesialiserte hjelpeapparatet. Omfanget og karakteren av problemene som finnes blant grupper av europeiske cannabisbrukere, er imidlertid fortsatt uklare. Det er også uklart i hvilken grad statistisk informasjon om det økende behovet for behandling snarere gjenspeiler endringer i rapporterings- og henvisningsrutinene enn en faktisk økning i antallet enkeltpersoner som trenger hjelp. For å kunne svare på disse spørsmålene må vi se behovet for behandling av cannabisbrukere i et videre perspektiv, som f.eks. endringene i forbruksmønsteret i Europa, utviklingen og utbyggingen av rapporteringssystemene og til og med ta i betraktning en endring i selve rusmiddelets karakter. Disse temaene tas opp i dette utvalgte aspektet, som tar for seg cannabisproblemene i kontekst, og som tar sikte på å få i gang en mer opplyst debatt om den mulige innvirkningen som denne mest vanlige formen for illegal rusmiddelbruk kan ha på folkehelsen.

Lovgivningskonteksten: rettslig stilling for cannabis i Europa

Straffen som skal utmåles til den som bruker cannabis, er et kontroversielt tema i EU ([151]), og medlemsstatene har ganske ulike holdninger til dette spørsmålet.

I henhold til tillegg I og IV i FNs 'Alminnelige narkotikakonvensjon av 1961' er cannabisekstrakter klassifisert som narkotiske stoffer ([152]). Konvensjonen fastsetter at det skal treffes tiltak for å sikre at et bredt spekter av handlinger – herunder besittelse av narkotiske stoffer – kommer inn under straffelovens bestemmelser. Medlemsstatene kan imidlertid fortolke og anvende konvensjonen ut fra egne omstendigheter, og artikkel 36.1.b åpner for muligheten for alternativer med hensyn til 'behandling, utdanning, ettervern, rehabilitering og sosial reintegrasjon'.

Dette betyr i praksis at cannabislovbrudd behandles svært forskjellig innenfor EU. Noen stater har vedtatt retningslinjer eller forskrifter for straffeforfølgningen som regulerer hvordan visse typer cannabis-lovbrudd skal behandles, ofte med anbefaling av forskjellige rettergangsmåter for antatt mindre og mer alvorlige lovbrudd. Og i noen stater går tendensen i retning av å innføre terapeutiske tiltak som et alternativ til straffeforfølgning i saker som gjelder bruk og besittelse av små mengder narkotika uten skjerpende omstendigheter. I tillegg kan straffelovene, når det gjelder problematisk bruk, åpne for påtaleunnlatelse (etter skjønn eller obligatorisk) forutsatt at lovbryteren gjennomgår rådgivning eller behandling. Selv om disse alternativene vanligvis gjelder brukere av alle slags rusmidler, nevner

([151]) Se Den europeiske databasen for narkotikalovgivning (European Legal Database on Drugs – ELDD) på internett: (http://eldd.emcdda.eu.int/trends/trends_cannabis.shtml).

([152]) Se http://www.incb.org/e/conv/1961/index.htm.

lovene eller retningslinjene i Belgia og Storbritannia nå særskilt – etter endringer vedtatt siste år – problematiske cannabisbrukere med sikte på å lede dem til hjelp.

Fysiske, psykologiske og utviklingsmessige problemer knyttet til bruk av cannabis ([153])

De nasjonale rapportene fra medlemsstatene peker på at økningen i antallet cannabisbrukere som søker behandling, antakelig gjenspeiler en intensivering av problemene knyttet til intensiv cannabisbruk. Man bør imidlertid merke seg at det er stor mangel på systematiske og sammenlignbare data om problemene som cannabisbrukerne møter. Den vitenskapelige kunnskapsbasen på dette området er fremdeles under oppbygging, men gir i økende grad bevis for at det er en sammenheng mellom cannabisbruk og en rekke problemer, selv om man ikke alltid har klarhet i hva sammenhengen er. En oversikt over litteraturen om problemene knyttet til cannabisbruk, er tilgjengelig på internett (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=4811).

Det er viktig å skjelne mellom de akutte (kortsiktige) virkningene av cannabis og den langsiktige eller kroniske virkningen av stoffet. En rekke både positive og negative akutte virkninger er rapportert. De negative virkningene omfatter oppmerksomhetssvikt og konsentrasjonsvansker, reduserte motoriske funksjoner (reflekser, koordinering), svekket korttidshukommelse, angst- og panikkanfall samt depresjon. De positive virkningene omfatter eufori, avslapning og økt omgjengelighet. De akutte virkningene som vekker størst bekymring, er kortvarig stoffindusert psykose eller alvorlige panikkanfall, økt risiko for ulykker, særlig under bilkjøring eller på farlige arbeidsplasser, og hos ungdom, negativ innvirkning på skoleprestasjonene (Hall et al., 2001).

Av en rekke grunner er det mer komplisert å forstå de kroniske virkningene av cannabisbruk, ikke minst fordi det er vanskelig å skille virkningene av cannabis fra virkningene av kronisk bruk av andre illegale rusmidler så vel som tobakk og alkohol. Noen av de største bekymringene på dette området er imidlertid økt risiko for lungekreft og andre luftveissykdommer samt en forbindelse til utviklingen av langvarige psykiske helseproblemer, herunder sykelig depresjon, psykose og schizofreni. Mulig utvikling av avhengighetsatferd er en annen bekymring knyttet til kronisk bruk. Hvorvidt det foreligger bevis som indikerer at cannabisbruk er en risikofaktor, en årsaksfaktor eller bare en ledsagende omstendighet basert på en mer kompleks sammenheng med disse problemene, blir undersøkt i en gjennomgang som er tilgjengelig på internett.

I de fleste medlemsstatene er cannabis det illegale rusmiddelet som oftest er involvert i anmeldte narkotikalovbrudd, noe som ikke er overraskende i betraktning av at det også er det vanligst brukte narkotiske stoffet ([154]). Men i motsetning til andre typer narkotika, f.eks. heroin, synes det ikke å være noen sterk forbindelse mellom cannabisbruk og andre typer lovbrudd.

Cannabisbruk og måling av problemene

Selv om omforente internasjonale diagnosekriterier er en nyttig rettesnor for defineringen av skadelig narkotikabruk, misbruk og stoffavhengig bruk, oppstår det problemer når det gjelder cannabis sett i lys av tilgjengelig europeisk datamateriale ([155]). Særlig er det betydelig variasjon i sentrale målingsspørsmål. For eksempel er det liten konsensus med hensyn til definisjonen av begreper som 'intensiv bruk', 'regelmessig bruk' og 'problematisk bruk', og dette gjør det vanskelig å sammenligne resultatene fra forskjellige studier. Dessuten er det for det meste i undersøkelsesarbeidet at det er gjort forsøk på befolkningsnivå å måle 'avhengighet' eller 'misbruk' som definert av ICD eller DSM, og det finnes ennå heller ingen standardiserte verktøy for å sammenligne data fra forskjellige studier eller hele befolkninger.

Men det skjer noe på dette feltet. For eksempel tar en aktuell fransk studie sikte på å definere 'problematisk bruk' bedre og utvikle konkrete instrumenter for å måle bruksfrekvens, risikooppfatning og psykiske og fysiske virkninger (Beck, 2003).

Pr. i dag er antallet dager i løpet av en definert periode hvor stoffet er blitt brukt, det vanligst anvendte målet på 'intensiv bruk'. Daglig eller nesten daglig bruk av cannabis blir vanligvis oppfattet som en indikator på 'intensiv bruk'. Selv om daglig cannabisbruk ikke nødvendigvis betyr avhengighet, er det sannsynlig at en stor andel av de daglige brukerne ville skåre positivt for avhengighet eller misbruk etter standard diagnosekriterier (ICD-10, DSM-IV). Ettersom bruksfrekvensen er relativt lett å måle og harmonisere i spørreskjemaer, er dette målet tatt med i EONNs retningslinjer for den europeiske spørreskjema-modellen (European Model Questionnaire – EMQ). Ni land

([153]) En egen monografi om cannabisbruk og beslektede problemer vil bli utgitt første halvår 2005. Konkret informasjon om de helsemessige og fysiske virkningene av cannabisbruk finnes på EONNs nettsted.

([154]) Se Narkotikarelatert kriminalitet_Tbl 5 i Statistiske opplysninger 2004.

([155]) For definisjon av 'avhengighet' og 'skadelig bruk', se Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer, 10. revisjon (ICD-10, Verdens helseorganisasjon), kategoriblokk F10–F19: psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som skyldes bruk av psykoaktive stoffer. Mye brukt er også *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (IV edition) (DSM-IV, American Psychiatric Association), som bruker begrepene 'dependence' (avhengighet) og 'abuse' (misbruk).

rapporterer for tiden data om frekvensen av cannabisbruk i dette formatet ([156]).

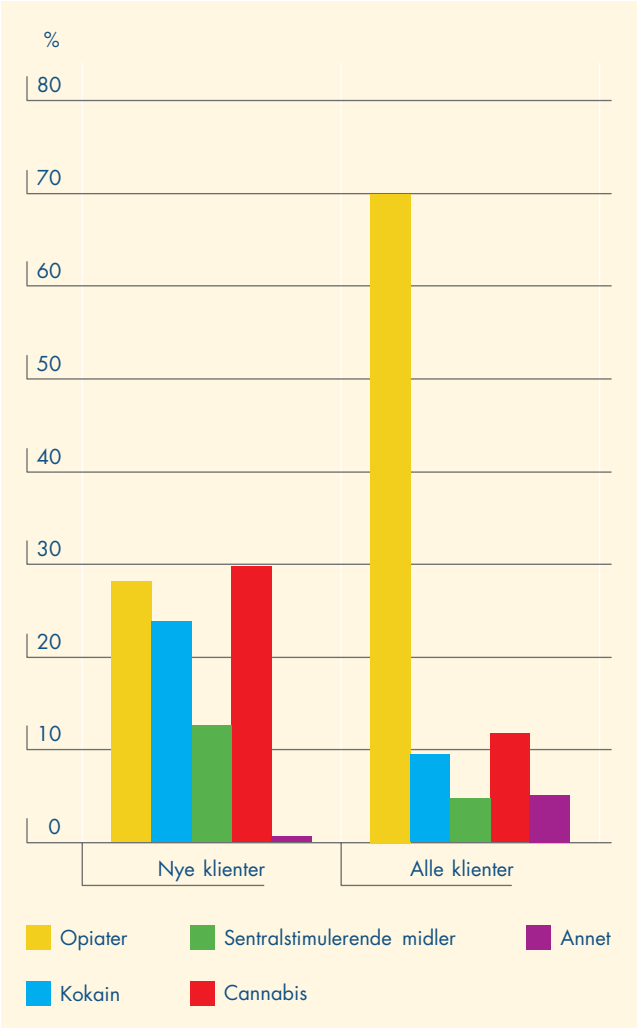
Trender i etterspørselen etter behandling for cannabisproblemer

Cannabis er det mest brukte illegale rusmiddelet i Europa, men bare en liten del av personene som har brukt stoffet, søker behandling. Til tross for dette er cannabis i mange land i dag det nest hyppigst rapporterte primærrusmiddelet som folk får spesialisert behandling for. Ifølge TDI-data (indikator for etterspørsel etter behandling) (se s. 65) innhentet fra alle typer spesialiserte behandlingstiltak, er det registrert at ca. 12 % av alle klienter og 30 % av nye klienter som får behandling, primært har et cannabisproblem (Figur 26).

Andelen av nye klienter (dvs. som ikke har noen tidligere behandlingshistorie) som søker behandling for cannabisbruk, varierer betraktelig mellom landene, fra nesten null i Litauen til nesten halvparten (48 %) i Tyskland, men ligger generelt litt over en femdel (20 %) (figur 27). Imidlertid kan ikke alle land legge fram data om nye søknader om behandling, og innenfor rammen av hele datasettet over alle søknader om behandling, framstår cannabisproblemene mindre tydelig.

Ifølge TDI-data fra land der trenddata foreligger, økte antallet nye klienter som søkte behandling for cannabis som primærrusmiddel, fra 3 713 til 12 493 mellom 1996 og 2002. I 2002 representerte disse klientene i snitt, for de 11 landene der data foreligger, 29 % av alle nye klienter, en økning fra 9 % i 1996 (se Figur 20 for datakilder). Selv om alle disse landene, med unntak av Hellas og Storbritannia ([157]), rapporterer en økning i andelen nye cannabisklienter blant alle nye klienter, varierte omfanget av økningen fra 6 % i Nederland til 31 % i Tyskland. Informasjonen i de nasjonale Reitox-rapportene tyder på at antallet personer som primært får behandling for cannabisbruk øker også i noen av de nye medlemsstatene (Figur 28). En nylig gjennomgang av etterspørselen etter behandling for cannabisbruk som ble utført av det nederlandske nasjonale alkohol- og narkotika-informasjonssystemet LADIS, konstaterte at 29 % av alle nye klienter som påbegynte behandling i 2002, ifølge rapportene hadde cannabisproblemer, og at cannabisklientene utgjorde et lite antall enkeltpersoner, et antall som imidlertid økte år for år. Rapporten konstaterte også at i forhold til omfanget av cannabisbruk i Nederland, var andelen som søkte behandling fortsatt relativt lav, selv om den var økende.

Figur 26: Rapportert primærrusmiddel blant nye og alle klienter i behandlingsapparatet i 2002



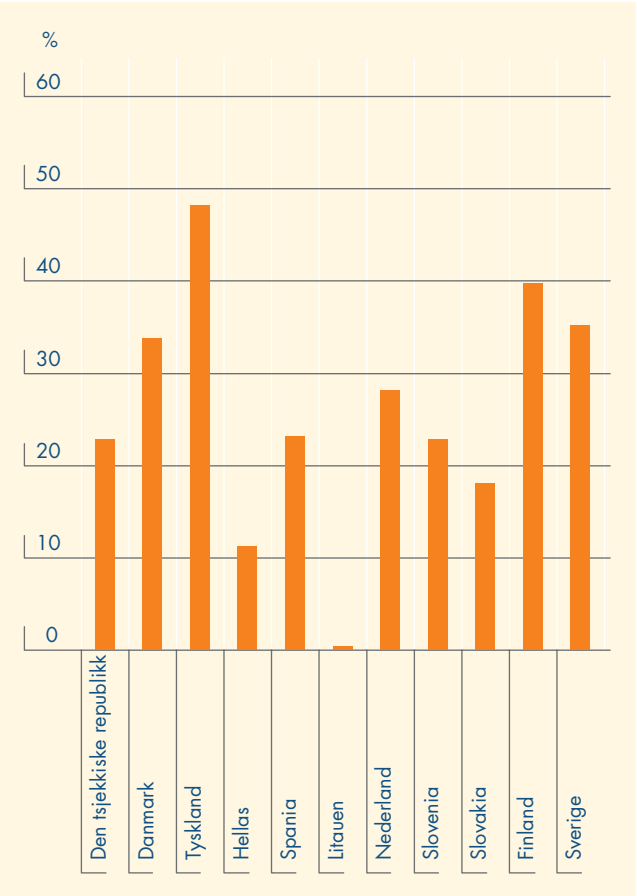
Merknader: n = 42 568 (nye klienter), 351 372 (alle klienter).
Land som har lagt fram data (nye klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Land som har lagt fram data (alle klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
Vektet for antall klienter pr. land.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003.

Det må manes til forsiktighet når det gjelder å foreta generaliseringer på grunnlag av det samordnede europeiske datasettet. Longitudinelle data om ny etterspørsel etter behandling foreligger bare fra 11 land. Det er også viktig å fastslå her at den økningen i etterspørselen etter behandling for cannabisbruk som TDI-dataene tyder på, er sterkt påvirket av data fra Spania og Tyskland, land som har sett en særlig stor økning i antall rapporter om primære cannabisproblemer, og dessuten, når det gjelder totalt antall, står Spania for ca. 50 % av all rapportert etterspørsel etter behandling.

([156]) Hellas, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Latvia, Nederland og Portugal. Data for Finland presenteres ikke på grunn av lavt antall brukere siste måned i undersøkelsen (35). Antallet tilfeller og prosenter for hvert land blir presentert i Befolkningsundersøkelser_Tbl 7 i Statistiske opplysninger 2004.

([157]) Data om nye klienter foreligger ikke for Storbritannia, og informasjonen er rapportert i de nasjonale rapportene.

Figur 27: Cannabis som rapportert primærrusmiddel blant nye klienter i behandlingsapparatet i 2002



Merknader: Totalt antall tilfeller: 42 421.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003.

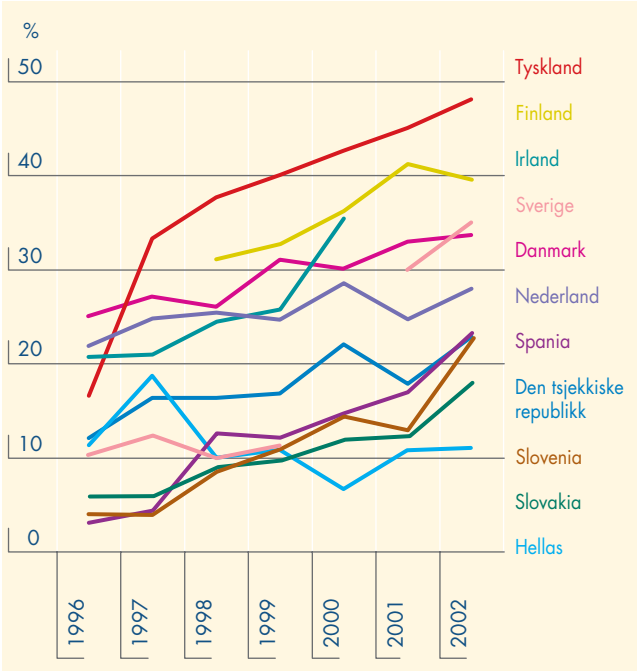
Økningen i etterspørselen etter behandling for cannabisbruk er ikke begrenset til Europa. I USA, som bruker et annet registreringssystem for narkotikabehandling ([158]), økte antallet personer inntatt til behandling for marihuanabruk fra ca. 20 000 i 1992 til nærmere 90 000 i 2000 (SAMHSA, 2001; EONN, 2003d).

Følgende spørsmål reiser seg når det gjelder konsekvensene av den økte etterspørselen etter behandling for cannabisbruk:

- Representerer dette funnet en økning i antall personer med fysiske og psykiske problemer relatert til deres cannabisbruk? Og dersom dette er tilfelle:
  - Skyldes det en økning i regelmessig intensiv bruk av cannabis?
  - Gjenspeiler det andre faktorer, f.eks. en mulig økning i styrken på cannabis?
- Kan denne økningen forklares ut fra faktorer som er uavhengige av økt behov for hjelp, f.eks.:
  - forbedringer i dekningsgraden for rapporteringssystemet for behandlingen?
  - utvidelse av tilgjengelige typer behandlingstilbud, og særlig behandlingstiltak som er rettet spesielt mot ungdom og unge voksne (nasjonale Reitox-rapporter, 2003)?
  - endringer i måten cannabisbruk behandles på i strafferettssystemet, i skolevesenet eller organer som arbeider med unge mennesker, med en økning i antall henvisninger til behandling av enkeltpersoner som ellers ikke ville ha søkt hjelp på egen hånd?

Det er viktig å forstå i hvilken grad hver av disse faktorene påvirker antallet personer som tar imot behandling. Et første steg er å undersøke hva som karakteriserer de som får behandling og som er registrert med et primært cannabisproblem. Denne analysen er basert på klienter i polikliniske/ambulerende behandlingstilbud.

Figur 28: Trender for cannabis som rapportert primærrusmiddel blant nye klienter i behandlingsapparatet: 1996–2002



Merknader: Behandling i totale antall (% av klienter).
Gjennnomsnittlige trender (%) i landene.
For Sverige gjelder tallene for perioden 1996–1999 sykehusbehandling: antallet cannabistilfeller er dermed forholdsvis lavt sammenlignet med andre år.
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003.

([158]) USA registrerer antall inntak til behandling, ikke antall enkeltpersoner. I motsetning til Europa tas også alkohol med blant stoffer som misbrukes. Se SAMHSAs nettsted (http://www.samhsa.gov). Merk at USA, Canada og Australia bruker termen 'marihuana', da termen 'hasjisj' (cannabisharpiks) ikke er vanlig.

Cannabisklienter: karakteristika og bruksmønstre

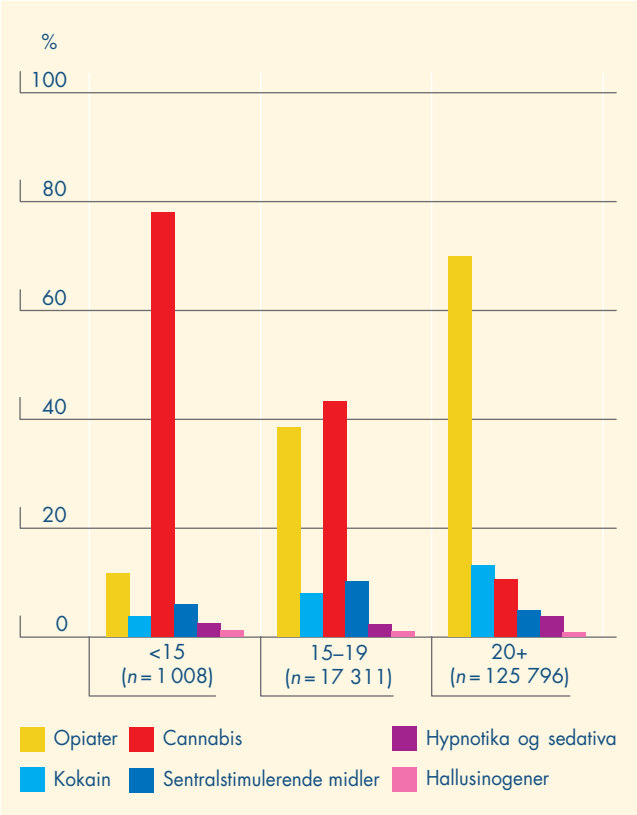
Det foreligger en rekke standard-alternativer for registrering av henvisningskilden for narkotikabrukere som påbegynner behandling. Disse skiller mellom narkotikabrukere som har meldt seg selv, og de som har blitt henvist av andre organer, f.eks. sosiale eller strafferettslige organer. De fleste cannabisklientene blir henvist til behandling gjennom familie og venner, sosialtjenesten eller strafferettssystemet. I forhold til brukere av andre narkotiske stoffer er det færre cannabisklienter som selv melder seg til behandling ([159]). Situasjonen er relativt identisk også i USA og Canada, der etterspørselen etter behandling for marihuana som primær-rusmiddel stort sett ikke er initiert av brukeren selv (EONN, 2003d).

En av de viktigste forskjellene mellom henvisningskanalene er at de som er henvist av familiemedlemmer eller forskjellige institusjoner i samfunnet (ofte skoler), vanligvis er yngre, mindre tilbøyelige til å bruke andre rusmidler i tillegg til cannabis og er bedre sosialt integrert, mens de klientene som er henvist av rettslige instanser eller klassifisert som egenmeldte, pleier å være eldre og ofte brukere av andre rusmidler i tillegg til cannabis (nasjonale Reitox-rapporter, 2003). I Tyskland og Finland, som har de største prosenttallene for primære cannabisklienter, spiller rettsinstanser og skoler en viktig rolle når det gjelder henvisning til behandling for cannabisklienter.

Nye cannabisklienter i behandlingsapparatet, er overveiende unge, av hannkjønn (83 %), med en middelalder på 22–23 år, mens andelen mannlige klienter behandlet for andre rusmidler er noe lavere og gjennomsnittsalderen høyere. Hos nærmere 80 % av nye klienter som er klassifisert som 'svært unge' (under 15 år), og 40 % av nye klienter i alderen 15–19, er cannabis det primærrusmiddelet som det søkes behandling for (Figur 29) ([160]). Disse gruppene er fremdeles overveiende mannlige, men omfatter en høyere andel kvinner enn den samlede klientgruppen. Forskjeller i alders- og kjønnsfordelingen fra land til land følger stort sett de samme mønstrene blant alle klienter.

Cannabisklientenes relativt unge alder avspeiles i den store andelen, 45 %, som fortsatt er under utdanning, jevnført med bare 4–8 % av klientene som blir behandlet for problemer med andre rusmidler. Ytterligere 24 % av de som blir behandlet for cannabisproblemer, er i fast arbeid, dvs. samme prosentandel som er arbeidsledige ([161]), noe som står i sterk kontrast til klientene som bruker narkotika som heroin. Dessuten rapporterer cannabisklientene oftere enn

Figur 29: Fordeling av rapportert primærrusmiddel blant klienter i poliklinisk behandling, etter aldersgruppe: 2002



Merknader: Alle klienter. Land som har lagt fram data: DK, DE, ES, FI, EL, LU, HU, SE, UK. Av alle klienter under 20 år som behandles for cannabisbruk, står menn fra Danmark og Storbritannia for 56 %, med ytterligere 17 % fra Spania.
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003; TDI-data fra polikliniske behandlingstiltak.

de som blir behandlet for problemer med andre rusmidler at de lever under stabile boforhold ([162]), noe som avspeiler at mange av dem er unge mennesker, skoleelever som bor hos sine foreldre.

Bruksmønstrene blant klienter som mottar poliklinisk behandling for primær cannabisbruk, varierer betraktelig og er helt forskjellige fra bruksmønstrene for andre typer rusmidler, særlig opiatene (Figur 30). Av klientene under behandling i 2002 primært for et cannabisproblem var bare 36 % daglige brukere av stoffet, og bare 17 % brukte cannabis oftere enn én gang i uken (2–6 ganger i uken). 15 % brukte stoffet én gang i uken eller sjeldnere, og 28 % var sporadiske brukere eller hadde ikke brukt cannabis siste måned. I motsetning til dette er 84 % av opiatbrukerne under behandling daglige brukere.

Andelen klienter i poliklinisk behandling som bruker cannabis daglig, varierer mellom landene. Den høyeste

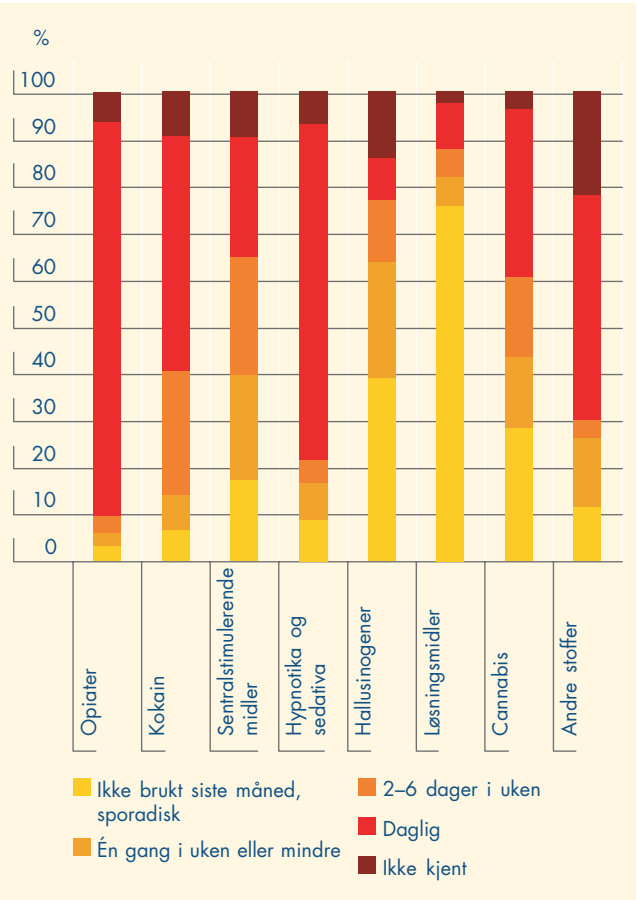
([159]) Se figur 22 OL: Henvisningskilde for alle klienter: for alle rusmidler og for cannabis.
([160]) Se også TDI_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
([161]) Se figur 23 OL: Arbeidsstatus blant cannabisklienter og alle klienter.
([162]) Se figur 24 OL: Boforhold blant cannabisklienter og alle klienter.

andelen daglige cannabisbrukere rapporteres i Nederland (80 %) og Danmark (76 %), mens den høyeste andelen sporadiske brukere rapporteres i Tyskland (41 %) ([163]).

Jo yngre brukerne er første gang de bruker cannabis, desto høyere er risikoen for senere å utvikle narkotikaproblemer (Kraus et al., 2003). I Europa i 2002 startet 28 % av alle cannabisklienter under behandling å bruke stoffet før 15-årsalderen, og de fleste (80 %) før de var 20 år. De tilsvarende tallene for opiater er 9 % og 42,8 % og for kokain 6 % og 26,5 %.

De fleste landene rapporterer at klienter som primært behandlies for problemer med cannabis, ofte framviser et blandingsbruksmønster. Dette kan tyde på en viss primitivitet i rapporteringen, f.eks. at klienter med blandingsbruksproblemer for enkelhets skyld registreres som primære cannabisbrukere. Kvantitative data om andelen blandingsbrukere blant klientene er imidlertid, generelt sett, ikke tilgjengelige. Det er forskjell mellom klienter som bruker bare cannabis og de som bruker cannabis i kombinasjon med et annet rusmiddel (nasjonale Reitox-rapporter, 2003). Den førstnevnte gruppen er vanligvis yngre og bedre sosialt integrert (har større sannsynlighet for å være i arbeid og ha nådd et høyere utdanningsnivå og mindre sannsynlighet for å droppe ut eller ha droppet ut av skolen) enn den sistnevnte. De vanligst rapporterte sekundære stoffene som brukes av primære cannabisklienter, er alkohol (32,9 %) og sentralstimulerende midler (25 %) ([164]), selv om fordelingen varierer fra land til land.

Figur 30: Fordeling av bruksfrekvens for rapportert primærrusmiddel blant alle klienter i poliklinisk behandling i 2002



Merknader: *n* = 109 699 (alle klienter). Land som har lagt fram data: CZ, DK, DE, EL, HU, LU, FI, SE, UK (CZ – alle typer behandlingstiltak).
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003; TDI-data fra polikliniske behandlingstiltak.

Noen cannabisklienter under behandling innrømmer også sprøytebruk av andre narkotiske stoffer, og noen rapporterer om livstidserfaring med sprøytebruk til tross for at de for tiden ikke bruker andre rusmidler enn cannabis. I Hellas i 2002 rapporterte eksempelvis – selv om 14,7 % av cannabisklientene med registrert sekundær rusmiddelbruk hadde rapportert sprøytebruk i de foregående 30 dagene – 25,4 % av alle cannabisklientene om livstidserfaring med sprøytebruk av et annet rusmiddel (Hellas' nasjonale rapport, 2003). På samme vis tyder informasjon fra Den tsjekkiske republikk (nasjonal rapport) på at inntil halvparten av cannabisklientene i en del behandlingstilbud også er sprøytebrukere.

Trender i etterspørselen etter behandling: endring i faktorene

Økningen i etterspørselen etter behandling for primære cannabisproblemer må sees i sammenheng med forandringene som har skjedd i mønstrene for bruk og det som kjennetegner bruken. Fra 2000 til 2002 økte det totale antallet henvisninger fra rettsinstanser, fra familie og venner og fra sosialtjenesten uvanlig mye i de landene som rapporterer data, med henholdsvis 103 %, 81 % og 136 % ([165]). Det ble ikke funnet noen relevante forskjeller landene imellom, bortsett fra i Tyskland, der andelen henvisninger fra strafferettssystemet også gikk opp (fra 21,7 % til 26,7 %).

Det foreligger ikke entydige data om trender for sosiodemografiske karakteristika hos cannabisklientene, selv om noen nasjonale rapporter (Den tsjekkiske republikk, Frankrike og Luxembourg) forteller om en økning i antallet klienter med utdanningsmessige, sosiale og psykiske problemer. Fra 2001 til 2002 økte andelen daglige brukere blant cannabisklientene fra 31,7 % til 39,2 % ([166]), og noen

([163]) Se figur 25 OL: Bruksfrekvens for cannabis etter land.
([164]) Se figur 26 OL: Mest brukte sekundære rusmiddel blant alle klienter etter land og TDI_Tbl 9 i Statstiske opplysninger 2004.
([165]) Se figur 27 OL: Henvisningskilde blant alle klienter, 2000-2002.
([166]) Se figur 280 OL: Bruksfrekvens blant alle cannabisklienter og TDI_Tbl 8 i Statistiske opplysninger 2004.

land rapporterer at andelen daglige brukere er høyere blant eldre klienter (> 20 år).

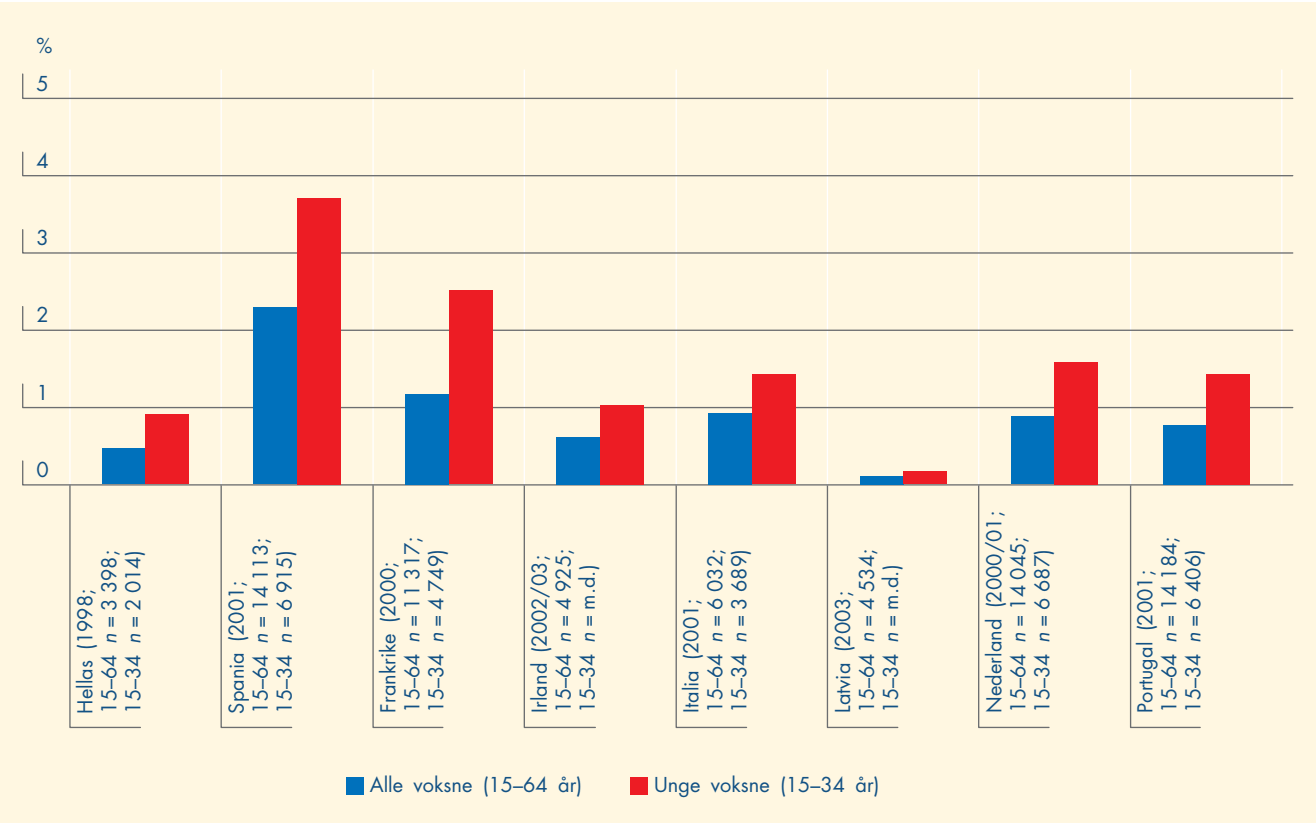
Cannabis i befolkningen generelt: fra eksperimentell til daglig bruk

Som beskrevet over, økte cannabisbruken markant i nesten alle land i løpet av 1990-årene, og cannabis er nå det mest brukte narkotiske stoffet. Likevel er bruken oftest sporadisk eller av kort varighet. Det er sannsynlig at de som står mest i fare for å utvikle problemer eller bli avhengige, er de som bruker stoffet intensivt, men det er på dette området informasjonskildene er svakest, selv om det er kjent at den vanligste typen 'nylig bruker' (bruk siste 30 dager) er unge menn bosatt i urbane områder.

'Bruk siste 30 dager' er en indikator for aktuell bruk og omfatter de som bruker stoffet intensivt. I nyere undersøkelser, bortsett fra Sverige (0,1 %), rapporterer 1–7 % av alle voksne og 3–12 % av unge voksne at de har brukt stoffet de siste 30 dagene. Men det er forskjeller mellom landene, og aktuell bruk er mest vanlig i Den tsjekkiske republikk, Spania, Frankrike, Irland og Storbritannia. I de landene der det er mulig å analysere trendene for aktuell bruk over tid, er det en økning, uten at den er dramatisk.

Data som gjør det mulig å undersøke hyppigheten av cannabisbruken i de siste 30 dager i detalj, foreligger fra ni land – Hellas, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Latvia, Nederland, Portugal og Finland (ikke presentert). Med ett unntak (Latvia) var ca. en firedel (19–33 %) av de som hadde brukt cannabis i løpet av siste måned, brukere som gjorde dette daglig eller nesten daglig ([167]) ([168]). I disse landene utgjorde daglige brukere 0,5–2,3 % av hele befolkningen ([169]) og 0,9–3,7 % av unge voksne (15–34 år) (Figur 31). De fleste (76–92 %) som innrømmet å ha brukt

Figur 31: Andel 'daglige eller nesten daglige brukere' av cannabis blant alle voksne og unge voksne i en del EU-land ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser



Merknader: Daglige eller nesten daglige brukere = bruk 20 dager eller mer i siste måned før intervjuet.
Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land.
Aldersspredningen for alle voksne er 15–64 år (Italia 44 år) og for unge voksne 15–34 år. Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en viss diskrepans mellom landene.
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se også epidemiologiske standardtabeller i Statistiske opplysninger 2004

([167]) I dette punktet refererer informasjonen til 'bruk 20 dager eller mer i løpet av siste 30 dager', også uttrykt som 'daglig eller nesten daglig bruk'. Den europeiske spørreskjemamodellen (EMQ) forutsetter innsamling av opplysninger om nøyaktig antall dager med bruk, men for rapporteringen av de nasjonale tallene ble bruksfrekvensen gruppert i fire atskilte kategorier, med '20 dager eller mer' som den høyeste.

([168]) Se figur 29 OL: Andelen daglige (eller nesten daglige) brukere blant voksne (15–64 år) som hadde brukt cannabis siste måned.

([169]) Andelen 'brukere siste måned' multiplisert med andelen 'daglige eller nesten daglige brukere', dvs. 6 % (bruk siste måned) x 25 % (andelen som rapporterer bruk '20 ganger eller mer') = 1,5 %.

cannabis foregående måned, var mellom 15 og 34 år gamle, og følgelig var også daglige brukere plassert innenfor denne aldersgruppen. I tillegg er daglige brukere overveiende mannlige, selv om andelen varierer fra 62 % i Nederland til 92 % i Hellas.

På grunnlag av disse dataene kan det gjøres et grovt overslag over antallet mennesker i Europa som bruker cannabis intensivt. Forutsatt at rundt regnet 1 % av befolkningen bruker cannabis daglig, vil et land med 25 millioner innbyggere (i aldersgruppen 15–64 år) ha 250 000 daglige brukere av cannabis. I hele EU, med en samlet befolkning på 302 millioner mennesker i alderen 15–64 år, vil dette da gjelde omkring 3 millioner mennesker.

Selv blant unge voksne varierer intensiv cannabisbruk blant alderskohortene, og er vanligvis mer utbredt i yngre grupper. I den spanske skoleundersøkelsen i 2002 rapporterte 3,6 % av de 14- til 18-årige elevene daglig eller nesten daglig bruk (dvs. i øvre ende av skalaen for prevalens blant unge voksne i alderen 15–34). Og i den årlige franske undersøkelsen av 17- til 19-åringer (ESCAPAD) var daglig bruk av cannabis i løpet av siste 30 dager enda høyere, ifølge rapporten 9,2 % blant guttene og 3,3 % blant jentene (Beck, 2003).

Avhengighet eller misbruk av cannabis synes å ha mindre alvorlige virkninger enn andre typer rusmidler. De fleste intensive cannabisbrukerne synes å være relativt godt integrerte unge mennesker som har større risiko for andre sosiale problemer (bilulykker, avbrutt utdanning eller familiesplittelse) enn for kriminelle aktiviteter, og intervensjon bør derfor ta hensyn til dette og ikke skape ytterligere problemer eller eksklusjon.

Styrke- og doseproblematikk

Det har vært spekulert på om en økning i styrken av cannabis kan være en medvirkende årsak til økte problemer og følgelig flere inntak til behandling. En forståelse av problematikken knyttet til styrken på cannabis, dosen som den enkelte bruker får i seg og den sannsynlige virkningen av dette på akutte og kroniske problemer, reiser en rekke kompliserte spørsmål. EONN har utført en studie nettopp for å undersøke det som foreligger av vitenskapelig materiale om cannabisens styrke, og de viktigste resultatene av denne studien er presentert på side 90.

Cannabisens styrke er bare én av faktorene i beregningen av dosen en person vil få i seg i løpet av en gitt periode (Hall et al., 2001). Måten stoffet blir tatt på, røyketeknikken, mengden cannabis som blir brukt hver gang og antallet ganger den enkelte røyer, er av like stor eller endog større betydning for å beregne individuelle eksponeringsnivåer. Høystyrke-cannabis har til en viss grad alltid vært å få, og bekymringen omkring dette temaet er ikke av ny dato. Det er også viktig å merke seg at det ikke er klart om cannabisbrukere endrer atferd for å oppnå ønsket doseeffekt. I hvilken grad høystyrkecannabis nødvendigvis fører til høyere doser, er derfor et spørsmål som bør utredes nærmere.

Responsen på behovene til personer som har cannabisrelaterte problemer

En forståelse av behovene til de som søker hjelp for cannabisproblemer, er grunnleggende for å kunne utvikle effektive tiltak. Analyser av etterspørselen etter behandling og andre indikatordata tyder på at både cannabisbrukere som blir henvist til behandling, og brukerne i sin helhet utgjør en heterogen befolkning med tilsvarende heterogene behov. Dette tyder på at en sammenhengende serie tiltak er nødvendig, fra forebyggende og risikoreduserende tiltak til formell behandling. Det kan f.eks. reises tvil om det er hensiktsmessig å henvise unge mennesker som bare sporadisk bruker cannabis til spesialiserte narkotikatiltak. Svaret på dette spørsmålet avhenger i stor grad av hvordan tjenestene er utformet, og i hvilken grad klientene blander seg med kroniske brukere av andre stoffer. Likevel er identifisering av hensiktsmessige henvisningskanaler for klienter med ulike mønstre for cannabisbruken et viktig tema som krever ytterligere utredning.

Når det gjelder forebyggende tiltak, finnes det få tiltak som spesifikt er rettet mot bruken av cannabis blant unge, ettersom forebygging sjelden gjelder et bestemt rusmiddel. Imidlertid rapporterer noen medlemsstater om nye tiltak på dette området. Disse er basert på to hovedstrategier: 1) vektlegging av faren for at unge cannabisbrukere kan komme inn i strafferettssystemet, og 2) forsøk på å snu samfunnets oppfatning av cannabisbruk som normativ atferd gjennom kampanjer i massemedia, gjerne målrettede kampanjer.

Tyskland, Hellas, Irland, Finland og Storbritannia har innført tiltak for å redusere de psykososiale konsekvensene av førstegangslovbrudd for cannabisbruk blant ungdom. Et aktuelt eksempel på dette (fra 2000 og framover) er FRED-programmet i Tyskland, som nå er kommet på plass i åtte delstater, der unge narkotikabrukere tilbys tidlig intervensjon av kort varighet på frivillig basis ([170]). I Storbritannia arbeider kriminalitetsforebyggende team blant ungdom på lignende basis. Etter en forandring i strafferettssystemets behandling av visse aspekter ved cannabisbruken og reklassifiseringen av cannabis (fra B-preparat til C-preparat), er besittelse, ikke bruk, et lovbrudd. Besittelse medfører advarsel. Det finnes en egen

([170]) Mer informasjon om dette og andre forebyggende programmer finnes i EONNs EDDRA-database (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2091).

Cannabisens styrke (kilde: EONN, 2004c)

1. EU-landene kan deles i to grupper avhengig av om cannabisplanten eller cannabisharpiks er vanligst å bruke. I de landene som har lagt fram informasjon om dette, var cannabisharpiks vanligst i Tyskland, Irland, Portugal og Storbritannia, mens planten ble oftest brukt i Belgia, Den tsjekkiske republikk, Estland, Nederland og Østerrike.

2. Det har ikke vært noen tydelig langsiktig oppadgående trend i styrken på cannabis – plante eller harpiks – som importeres til Europa. Alle EU-land importerer mesteparten av cannabisen som brukes, muligens med unntak av Nederland, men vi mangler systematiske data om tilgjengeligheten av hjemmeproduserte cannabisplanter.

3. Innendørsdyrking av cannabis finner sted i noen grad i alle europeiske land. I Nederland er det anslått at dette produktet representerer over halvparten av det totale forbruket av cannabis, men i de fleste landene representerer importerte produkter en langt større andel.

4. Cannabisplanter dyrket innendørs med intensive dyrkingsmetoder (f.eks. i vannkultur med kunstig lys, formering med stiklinger og kontroll med dagens lengde) har vanligvis et høyere THC-innhold enn importert cannabis. Hjemmedyrket cannabis kan være gjennomsnittlig to til tre ganger sterkere enn importert cannabis, men kan også ha samme styregrad som importert cannabis.

5. Den generelle økningen i styrken på cannabis som en del land har rapportert, kan omtrent i sin helhet tilskrives en økning i den hjemmedyrkede cannabisens markedsandel.

6. Ut fra de ulike cannabisproduktenes respektive markedsandeler, har i nesten alle land den effektive styrken holdt seg relativt stabil i mange år, dvs. rundt 6–8 %. Det eneste unntaket er Nederland, hvor cannabisen i 2001 hadde en styrke på hele 16 %.

7. I Nederland har lokalt produsert cannabisharpiks et særlig høyt innhold av THC, men dette forekommer sjelden også der og er et omtrent ukjent fenomen andre steder.

8. Uttalelser i media om at styrken på cannabis er tidoblet eller mer i løpet av de siste tiårene, underbygges ikke av de begrensede datene som er tilgjengelige, verken fra USA eller Europa. Den største langsiktige forandringen i styrke synes å ha funnet sted i USA, men man må her huske på at amerikansk cannabis fram til 1980 var svak etter europeisk standard.

9. Konklusjonen på denne studien er at det har vært en viss beskjeden forandringen i THC-innhold, som stort sett har vært begrenset til den relativt nylige framveksten av intensivt hjemmedyrket cannabis på markedet i EU. Dessuten anføres det at THC-innholdet i cannabisproduktene er svært variabelt. Det er et klart behov for informasjon, og derfor må det utvikles overvåkingssystemer som gir mulighet for å vurdere markedsandeler for de ulike cannabisproduktene og spore endringer over tid. Pr. i dag er slik informasjon meget mangelfull.

10. Studien identifiserer en rekke viktige områder som må vies oppmerksomhet hvis vi skal kunne vurdere alle aspekter ved styrken på cannabis. Til dette trenges enighet om en nomenklatur for cannabisprodukter, forbedret kartlegging av markedsinformasjon, forbedring av standarder for laboratorieanalyser og innsamling og presentasjon av data på europeisk plan, studier for å utrede forbindelsene mellom styrke, røykeatferd og blodnivå av THC/metabolitter i Europa, samt studier som undersøker i hvilket omfang bruk av høystyrke-cannabis fører til økt doseeksponering, samt eventuelle forbindelser til helseproblemer. Det anføres at ulemper og fordeler ved å reagere forskjellig på forskjellige cannabisprodukter også er forhold som fortjener nærmere undersøkelse.

prosedyre for å gi unge mennesker (dvs. under 18) en formell advarsel. Storbritannia iverksatte også en kampanje i massemedia for på nytt å understreke cannabisbrukens negative og illegale karakter.

Et annet tiltak som er gjennomført i den senere tid, er å flytte forebyggingen inn i 'coffee shops', der små mengder cannabis kan kjøpes. Dette tiltaket omfatter blant annet et kurs og en håndbok for coffee shop-eiere med sikte på å forhindre narkotikarelaterte problemer i disse kaffebarene. Håndboken gir informasjon om cannabis, narkotikalovgivningen, psykiske lidelser, førstehjelp, entreprenørskap og pedagogiske teknikker. I Nederland har man tradisjonelt hatt en personlig og direkte tilnærming til cannabisbruken, noe man ser av Hash and Weed Week ([171]), der 'tunge' cannabisbrukere arrangerer gruppemøter hvor konsekvensene av intensiv bruk og muligheten for atferdsendringer blir diskutert.

([171]) http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=385.

Til en viss grad sikter disse oppleggene ikke bare på å redusere skadene, men også på å forebygge dem. Men til tross for at sammenhengen mellom røyking og lungeproblemer er velkjent og bekymringen for de negative konsekvensene for helsen som intensiv cannabisbruk medfører øker, er intervensjoner som tar sikte på å redusere skadene forbundet med cannabisbruk, lite utviklet sammenlignet med intervensjoner rettet mot brukere av andre rusmidler.

Behandlingsmulighetene for brukere med cannabisproblemer er for det meste begrenset til tiltak som tilbyr behandling for klienter som er avhengige av legale eller illegale rusmidler eller som har annen avhengighetsatferd. En del land (Danmark, Tyskland, Hellas, Frankrike, Nederland, Østerrike, Sverige og Norge) rapporterer om tilbud utformet for cannabisbrukere, men stort sett synes spesialistbehandling av denne typen å være svært lite utbredt. I mange land er behandlingstiltakene for brukere med cannabisproblemer integrert i institusjoner for behandling av generelle rusmiddelproblemer (Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Østerrike, Portugal, Slovenia og Norge).

Det vanligste er at klienter med cannabisrelaterte problemer behandles sammen med klienter som behandles for problematisk bruk av andre illegale rusmidler, oftest opioider. Ettersom mange av disse spesialiserte sentrene for rusmiddelbehandling er innrettet for å møte behovene til en ofte kaotisk og marginalisert befolkning, kan det diskuteres hvor egnet de er for personer med mindre akutte behov, som de fleste cannabisbrukere har. Behandlingsapparatet i medlemsstatene er klar over denne problematikken, og en rekke land har i sine nasjonale Reitox-rapporter bemerket at det kan virke både mot sin hensikt og være uheldig å blande cannabisbrukere med heroinbrukere eller blandingsbrukere, og framholder at dette er en grunn til at cannabisbrukere ikke bør behandles i institusjon. Det er lettere å utarbeide egne programmer for cannabisbrukere basert på poliklinisk behandling. Østerrikes nasjonale rapport indikerer at behandling i institusjon, dersom nødvendig, heller bør skje på en generell psykiatrisk avdeling for ungdom enn på en spesialisert institusjon for narkotikabehandling. Av nyutviklede tilbud som medlemsstatene har innrapportert hva angår oppfylling av behovene for cannabisbrukere, er det i Sverige laget en 'kognitiv behandlingshåndbok' for kroniske cannabisbrukere, et selvhjelpsnettsted for problematisk cannabisbruk er opprettet i Nederland, og i Finland innføring av akupunkturbehandling.

Konklusjoner

Formålet med denne gjennomgangen er å se den rapporterte økningen i etterspørselen etter behandling for cannabisbruk i en bredere analytisk kontekst. Det viser seg da at mange viktige spørsmål som er fundamentale for en informert politisk debatt om dette kontroversielle emnet, fortsatt står ubesvart. Det viser seg også at det tilgjengelige materialet ikke gir grunn til å slå alarm, men det gir heller ingen grunn til å slå seg til ro.

Personer med cannabisrelaterte problemer utgjør en ikke ubetydelig andel av etterspørselen etter behandling i spesialiserte institusjoner i en rekke land, og de utgjør en viktig undergruppe innenfor den større befolkningen under behandling. De fleste er unge menn, typisk rundt 20 år, og de fleste startet narkotikabruken i 16- eller 17-årsalderen.

Cannabisklientene framviser andre bruksmønstre for sin narkotikabruk enn de som bruker andre stoffer, men det er store forskjeller mellom cannabisklientene. Profilene for de forskjellige undergruppene av cannabisbrukere i behandling er sannsynligvis direkte relevante for å forstå hvilke behov de har, og dermed hvilke tiltak det er hensiktsmessig å møte disse med. Viktige størrelser i denne forbindelse er bruksfrekvens, aktuell og tidligere bruk av andre rusmidler samt henvisningskilde. Ut fra de nasjonale rapportene og TDI-dataene kan to tydelige klientprofiler defineres:

- yngre brukere, ofte skoleelever, som er henvist til behandlingstiltak av familien eller skolen, og som bruker cannabis alene eller noen ganger sammen med alkohol eller sentralstimulerende midler,
- blandingsbrukere som typisk er eldre og dårligere sosialt integrert, som oftere er henvist til behandling av rettsvesenet eller helse- og sosialtjenestene, og som overlapper med befolkningen av kroniske rusmiddelbrukere.

I tillegg peker noe av materialet på ytterligere en gruppe som er henvist til behandling av rettsvesenet, men som ikke bruker andre rusmidler, og som synes å bruke cannabis bare sporadisk.

På bakgrunn av de forandringene som har funnet sted over tid i etterspørselen etter behandling for primær cannabisbruk, tyder tilgjengelig informasjon på

- en økning i antallet som er henvist fra strafferettssystemet i en del land,
- en økning i antallet henvisninger fra familie og andre sosiale støttenettverk (familie, venner, sosialtjeneste, skole),

- en økningen i andelen som har en intensiv (daglig) cannabisbruk, selv om daglige brukere er i mindretall,
- en økning i sosiale og utdanningsmessige problemer i noen land, selv om dataene på dette området er beskjedne.

Med tanke på økningen i etterspørselen etter behandling synes det som om endringer i henvisningspraksis har betydning, og det synes som om en betydelig del av de som blir henvist, ikke er intensive narkotikabrukere. Men i hvert fall i noen land er det et betydelig antall søknader om behandling fra personer som er intensive brukere av cannabis. Det finnes lite kunnskap om problemene denne gruppen opplever, og det er et presserende behov for forskning på dette området. Det faktum at de fleste søknader om behandling fra de svært unge gjelder cannabis, tilsier at det må tas særlig hensyn til behovene, henvisningskanalene og responsene for denne gruppen.

Det er også viktig å erkjenne at etterspørselen etter behandling ikke er en direkte indikator på cannabisproblemenes omfang og karakter. Data fra generelle befolkningsundersøkelser tyder på at intensiv cannabisbruk er relativt uvanlig sammenlignet med sporadisk bruk. Men den utbredte bruken av cannabis betyr at et betydelig antall personer kan bruke stoffet intensivt – i hvert fall i en periode av livet.

Anslag tyder på at intensiv bruk kan berøre mellom 0,5 % og 2 % av den voksne befolkningen og mellom 1 % og 3 % av unge voksne. Prevalensen blant unge menn er sannsynligvis vesentlig høyere. På grunnlag av undersøkelsesmaterialet er det vanskelig å danne seg et klart bilde av antallet brukere som opplever problemer med eller blir avhengige av cannabis. Selv om konsekvensene av avhengighet eller misbruk av cannabis er mindre alvorlige enn av andre rusmidler, kan cannabisbruken likevel ha betydelige folkehelsemessige konsekvenser på grunn av brukens omfang og det faktum at mange av de som er mest berørt, er unge og bruker stoffet intensivt i løpet av viktige utviklingstrinn eller når de er spesielt sårbare. I sosialt vanskeligstilte familier eller lokalsamfunn kan avhengighet eller misbruk av cannabis forsterke problemene for enkeltindividene og redusere mulighetene for utdanning og arbeid.

Kort oppsummert er det et kritisk behov for forskning for å få forståelse av sammenhengen mellom forskjellige cannabisbruksmønstre og utviklingen av problemer. Omfanget av problemene som cannabisbrukerne opplever, og hva slags problemer det er snakk om, er fremdeles lite dokumentert. Videre må det utvikles metodeverktøy for å kunne vurdere problemene på befolkningsnivå. Slik informasjon er en forutsetning for å kunne utvikle, målrette og gjennomføre effektive offentlige helsetiltak mot cannabisbruken i Europa.