Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk

ISSN 1682-2773

ÅRSRAPPORT 2004

NARKOTIKASITUASJONEN I DEN EUROPEISKE UNION OG NORGE

NO

Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

ÅRSRAPPORT 2004

NARKOTIKASITUASJONEN I DEN EUROPEISKE UNION OG NORGE

Juridisk meddelelse

Denne publikasjonen fra Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er opphavsrettslig beskyttet. EONN påtar seg intet juridisk eller erstatningsrettslig ansvar for følger av bruken av data 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.int)**.

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

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

Bibliografiske data finnes bakerst i denne publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2004

ISBN 92-9168-211-X

© Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2004
Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Belgium

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR

Europeisk overvåkingssenter for
narkotika og narkotikamisbruk

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

Innhold

Forord 5

Takk 7

Innledning 7

En kort oversikt over narkotikasituasjonen i Europa 9

Kapittel 1
Politikk og lovgivning – nye utviklinger 15

Kapittel 2
Narkotikaforebygging – i lokalsamfunnet, innrettet på de mest risikoutsatte 24

Kapittel 3
Cannabis 28

Kapittel 4
Amfetaminlignende sentralstimulerende midler, LSD og andre syntetiske stoffer 34

Kapittel 5
Kokain og crack 44

Kapittel 6
Heroin og injeksjonsbruk 50

Kapittel 7
Behandling – hvordan dekke behovene til de som har problemer 63

Kapittel 8
Kriminalitet og fengsling 70

Utvalgt aspekt 1
Evaluering av 'nasjonale narkotikastrategier' i Europa 75

Utvalgt aspekt 2
Cannabisproblemer i kontekst – hvordan forstå økningen i behandlingsbehovet i Europa 82

Utvalgt aspekt 3
Tilleggslidelser 94

Kilder 105

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nette 111

Forord

Denne årsrapporten fra Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) presenterer data fra Den europeiske unions 25 medlemsstater og Norge. Den inneholder et vell av informasjon som ikke bare bidrar til å øke forståelsen av i hvor stor grad narkotikaproblemene berører både Europas borgere og de samfunnene de lever i, men bidrar også til en refleksjon omkring politikken og tiltakene som medlemsstatene har utarbeidet for å håndtere den komplekse og mangefasetterte utfordringen som bruken av narkotika representerer.

Lesere som er kjent med EONNs tidligere rapporter om narkotikasituasjonen i Europa, kan bli slått av de store forskjellene som framkommer i et slikt utvidet perspektiv. Mange av våre antakelser om narkotikaproblemenes karakter og den retning trendene tar, må revideres og justeres i forhold til den virkeligheten Europa nå står overfor, som er mer sammensatt, dynamisk og forskjelligartet.

Ikke alle land har kunnet legge fram informasjon på alle områder, og tilgjengelige data har ikke nødvendigvis vært umiddelbart egnet for sammenligning. Derfor har vi lagt inn metodeopplysninger og gjort oppmerksom på ulike forhold som må tas i betraktning før man trekker noen konklusjoner. Det står likevel fast at den informasjonen som nå foreligger om narkotikasituasjonen i Europa, er meget omfattende og stadig mer vederheftig. Vi ser fram til å kunne legge fram enda mer omfattende datasett i årene framover, etter hvert som medlemsstatenes investeringer på dette området bærer frukter. Faglig interesserte lesere og andre som ønsker nærmere opplysninger om et spesielt tema i rapporten, kan gå inn i de komplette datatabellene som den kortfattede informasjonen som legges fram her, er basert på. Datatabellene ligger i statistiske opplysninger og i den utvidede nettutgaven av publikasjonen. De som bare ønsker en kort oversikt, vil i oversiktsdelen finne et sammendrag av de viktigste utviklingstrekkene som det redegjøres nærmere for i selve rapporten.

Informasjonen som legges fram i rapporten, er produktet av et samarbeid og ville ikke vært mulig uten innsatsen fra våre samarbeidspartnere i Reitox-nettet og de vitenskapelige ekspertene som har deltatt i arbeidsgruppene nasjonalt og på EU-plan. I arbeidet med rapporten har vi også hatt stor nytte og glede av vårt samarbeid med Europakommisjonen, særlig når det gjelder støtte til evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2000–2004).

Enkelte kommentatorer fokuserer på problemene som vil kunne oppstå i kjølvannet av økt europeisk integrasjon, særlig faren for at organisert kriminalitet kan utnytte de åpne grensene og det indre marked med fritt varebytte og fri bevegelighet for personer. Dette er utfordringer som rapporten også går inn på, men den inneholder også et annet budskap, nemlig at vi som europeere i stadig større grad deler de samme problemene, problemer som skyldes bruken av narkotika, men inn i denne debatten trekker vi også forskjellige historiske erfaringer og perspektiver. Dataene i denne rapporten gjenspeiler den felles forpliktelse som EONNs medlemsstater har påtatt seg, nemlig å samle inn jevnførbar informasjon og anvende den i arbeidet med å utvikle en politikk og tiltak som er mer effektive og mer målrettede. Utvidelsen av Den europeiske union innebærer en ny mulighet til å utveksle erfaringer om hva som virker, og til å samarbeide tettere for å utvikle bedre koordinerte tiltak. I denne forbindelse har EONN forpliktet seg til å samarbeide med medlemsstatene om å sammenstille datasett av høy kvalitet, som er en forutsetning for enhver opplyst debatt.

Marcel Reimen
Styreleder, EONN

Georges Estievenart
Administrerende direktør, EONN

Takk

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

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

Innledning

Årsrapporten er utarbeidet på grunnlag av de nasjonale rapportene innsendt til EONN fra EUs medlemsstater og Norge (som har deltatt i EONNs arbeid siden 2001). De statistiske dataene som legges fram, gjelder for år 2002 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Når det gjelder tiltak mot narkotikabruk og utvalgte aspekter, kan dataene være av nyere dato.

De nasjonale rapportene fra kontaktpunktene i Reitox-nettet er lagt ut på EONNs nettsted (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

En utgave av årsrapporten er lagt ut på 20 språk på internett, på http://annualreport.emcdda.eu.int. Ytterligere opplysninger, som det henvises til i fotnotene med referansen OL, finnes bare i internettutgaven. Nettutgaven er på engelsk og inneholder store mengder bakgrunnsmateriale i form av bl.a. statistikker og grafikk.

Statistiske opplysninger 2004 inneholder alle kildetabeller som den statistiske analysen er basert på (http://statistics.emcdda.eu.int). Den inneholder også ytterligere opplysninger om metodene som er brukt.

En kort oversikt over narkotikasituasjonen i Europa

Denne oversikten belyser noen av de viktigste utviklingene som omhandles i EONNs årsrapport for 2004 om narkotikasituasjonen i Europa. For en utfyllende drøfting henvises leseren til selve rapporten.

Politikk og lovverk

En av de viktigste politiske utviklingene rapporten tar for seg, er midtveisevalueringen av handlingsplanen fra FNs Generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) i 1998 om narkotikasituasjonen i verden. I tillegg bidrar EONN til evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika (2000–2004), som skal sluttføres i 2004.

I juni 2003 vedtok Ministerrådet en rekommandasjon om forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet. Rekommandasjonen gjelder nøkkelområder som f.eks. helsevern og risikoreduksjon, reduksjon av blodbårne sykdommer blant narkotikabrukere (HIV, HCV og TB), reduksjon av narkotikarelaterte dødsfall og etablering av hensiktsmessige evalueringsmekanismer. I 2003 inngikk Ministerrådet også en politisk avtale om et rammevedtak om narkotikahandel. Denne avtalen tar sikte på å harmonisere strafferammene samt tiltak rettet mot kriminelle organisasjoner og terroristorganisasjoner som henter midler fra narkotikahandel.

I 2003 fortsatte arbeidet med å kontrollere de nye syntetiske stoffene i Den europeiske union, og Ministerrådet vedtok en beslutning om at 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2 skal underlegges kontroll.

I 2003 økte antallet land hvis narkotikapolitikk utføres innenfor rammeverket av en helhetlig nasjonal strategi, og narkotikaplaner ble vedtatt i Danmark, Tyskland, Litauen og Slovenia. Planen er at Estland og Frankrike skal følge etter i 2004, og da vil over tre firedeler av alle EUs medlemsstater ha tatt i bruk denne tilnærmingsmåten. Nasjonale strategier innebærer vanligvis en forpliktelse til å gjennomføre en balansert tilnærming mellom etterspørsels- og tilbudsreduserende aktiviteter samt en uttalt anerkjennelse av betydningen av samordning.

Evaluering av narkotikapolitikken gir erfaring som kan være viktig for framtiden. Medlemsstatene rapporterte om overvåking eller evaluering på følgende områder i 2003: virkningen av ny narkotikalovgivning, konsekvensene av å endre lovbestemmelsene i forbindelse med besittelse av narkotika til personlig bruk og spesielt besittelse av cannabis, tiltak som tillater lokale myndigheter å gripe inn overfor steder forbundet med omsetning av narkotika eller ordensforstyrrelser, ordninger utformet for å henvise personer med narkotikaproblemer til institusjoner utenfor strafferettssystemet samt tiltak for å bekjempe narkotikahandel og hvitvasking av penger. Medlemsstatenes tilnærmingsmåter for å vurdere nasjonale narkotikastrategier legges fram i det utvalgte aspektet om evaluering.

To land (Belgia og Storbritannia) rapporterte om endringer i den juridiske klassifiseringen av cannabis. Begge disse landene har i lovgivningen eller retningslinjene spesielt grepet fatt i problematisk bruk av cannabis, og lovendringene som er foretatt har en rekke viktige dimensjoner som noen ganger har blitt oversett i medias rapportering om disse tiltakene.

Når det gjelder framtidige aktiviteter og internasjonalt samarbeid, blir det stadig viktigere å få på plass fullmakter som gjør det juridisk mulig å inndra midlene til narkotikasmuglere og kriminelle organisasjoner. Spania, Frankrike, Irland og Storbritannia rapporterer om nye utviklinger på dette området.

I mange medlemsstater knytter det seg fortsatt stor bekymring til problemet med kjøring under påvirkning av narkotika og hvordan dette skal håndteres. I 2003 gjennomførte tre land (Frankrike, Østerrike og Finland) vesentlige endringer for å klargjøre eller styrke lovgivningen på dette området.

Narkotikaforebygging

Narkotikaforebyggende arbeid i Europa kjennetegnes ved at det er rettet mot hele samfunnet (generell forebygging) eller mot de mest risikoutsatte, enten på gruppe- (selektiv forebygging) eller individnivå (indisert forebygging). De mest velutviklede modellene for generell forebygging er programmer som retter seg mot elevpopulasjoner. Disse programmene bygger på et ganske solid evidensgrunnlag som kan styre programinnhold og gjennomføring. En rekke land rapporterer om oppmuntrende utvikling innenfor dekningen og gjennomføringen av skolebaserte, forebyggende programmer. I mange land finnes det imidlertid fortsatt et betydelig forbedringspotensial både når det gjelder dekningen og kvaliteten på generelt

forebyggingsarbeid. Generelle forebyggingstiltak rettet mot miljøer utenfor skolen, har også et betydelig potensial, men for tiden er det bare et par land som følger denne tilnærmingsmåten.

Betydningen av å utvikle forebyggende arbeid blant de mest risikoutsatte, erkjennes i stadig større grad, men det er fortsatt et stort behov for å investere i denne typen målrettet forebygging.

Cannabis

Cannabis er fortsatt det illegale stoffet som oftest brukes i EU, men det er store variasjoner landene imellom. Nyere studier blant 15–16-årige skoleelever tyder på at livstidsprevalensen varierer fra under 10 % til over 30 %. De høyeste tallene rapporteres av gutter i Storbritannia (42,5 %). En liten, men stabil andel (rundt 15 %) av 15-årige skoleelever som har brukt cannabis i løpet av det siste året, rapporterer at de har brukt det 40 ganger eller mer. Slik intensiv cannabisbruk gir grunn til bekymring, særlig med tanke på sjansen for at denne gruppen kan bli utsatt for negative konsekvenser. Dette problemet og det faktum at den rapporterte etterspørselen etter behandling for cannabisbruk har økt i Europa, omhandles mer utførlig i et utvalgt aspekt. Utbredelsen av nyere bruk (siste 12 måneder) av cannabis er høyest blant unge voksne (15–34 år) og ligger mellom 5 % og 20 % i de fleste land. Det ser ut til at bruken av cannabis gikk vesenlig opp i 1990-årene i de fleste land, men at den nå har flatet ut, i det minste i en del land.

Mer enn 30 land er anført som kilde for cannabis beslaglagt i Europa, og dette illustrerer den globale utbredelsen av cannabisproduksjonen. Europa er verdens største marked for cannabisharpiks, og mesteparten kommer fra Marokko, som nå er verdens største kilde for denne formen av stoffet. I dag dyrkes cannabis også i de fleste europeiske land, men fortsatt dominerer, med unntak for Nederland, importerte cannabisprodukter i alle land. Styrken på cannabis importert til Europa synes å ha vært relativt stabil over flere år. Cannabis dyrket i EU ved hjelp av intensive dyrkingsmetoder er vanligvis sterkere, men det er en god del overlapping mellom de to produktene.

Amfetaminlignende sentralstimulerende midler (ATS), LSD og andre syntetiske stoffer

Historisk sett har amfetamin vært det stoffet som, etter cannabis, brukes oftest i Europa. Dette ser nå ut til å endre seg i en rekke land, og særlig i Tyskland, Spania, Nederland, Finland og Storbritannia, hvor nyere undersøkelser tyder på at bruken av ecstasy nå er lik, og til og med overskrider, bruken av amfetamin. Til tross for denne økningen i ecstasybruk, stod Europa fortsatt for størstedelen av de globale beslagene av amfetamin (86 % etter volum) i 2002. Livstidsprevalensen for ecstasybruk ligger generelt mellom 0,5 % og 7 % av den voksne befolkningen, selv om tallene er høyere blant unge menn. En livstidsprevalens mellom 11 % og 17 % er f.eks. rapportert blant 15–24-årige menn i Den tsjekkiske republikk, Spania, Nederland og Storbritannia. Generelt sett synes det som om den økningen i ecstasybruk som fant sted i 1990-årene, nå har flatet ut, og bare et par land rapporterer fortsatt om en oppadgående trend. Studier av bestemte befolkningsgrupper viser stadig at ecstasy er mer utbredt blant unge som deltar på 'dance-arrangementer', selv om en del nyere bevismateriale tyder på at denne forbindelsen kan være i ferd med å svekkes.

Ecstasydødsfall forekommer sjeldnere enn opiatdødsfall, men de vekker stor bekymring i befolkningen. Problemer i forbindelse med definisjoner og målinger gjør det vanskelig å foreta analyser på området. Færre enn 100 ecstasydødsfall med tilgjengelige data ble innrapportert til EONN i fjor. Dette tallet må imidlertid behandles med varsomhet, ettersom enkelte land ikke innrapporterte data, og når toksikologisk informasjon var tilgjengelig, var ofte også andre stoffer tilstedeværende. Rundt to tredeler av alle rapporter om ecstasyrelaterte dødsfall mottatt av EONN kom fra Storbritannia, der trenden er stigende. Det er uklart i hvilken grad denne kjennsgjærningen gjenspeiler en større utbredelse av ecstasybruk og i hvilken grad det gjenspeiler ulikheter i rapporteringsrutiner.

Medlemsstater iverksetter fortsatt tiltak mot rekreasjonsbruk av sentralstimulerende midler gjennom en rekke forebyggende og skadereduserende programmer, og aktiviteter på dette området er mest framtredende i noen av de nye medlemsstatene. Bruken av ATS som hovedårsak til å søke behandling for narkotika er sjelden, bortsett fra i Sverige og Finland, som lenge har hatt problemer som skyldes kronisk bruk av amfetamin samt i Den tsjekkiske republikk der problemer med bruken av 'pervitin', et lokalt produsert metamfetamin, har forekommet en tid.

Selv om bruken av metamfetamin utgjør et voksende problem i global sammenheng, har en utbredt bruk av dette stoffet i Europa til nå begrenset seg til Den tsjekkiske republikk. Sporadiske rapporter om metamfetaminbruk mottas imidlertid nå fra en rekke andre europeiske land, og frykten øker for at denne spesielt skadelige formen for narkotikabruk skal spre seg.

Kokain

Nyere undersøkelser tyder på at mellom 0,5 % og 6 % av alle voksne har brukt kokain en eller annen gang (livstidsprevalens). Blant unge voksne (15–34 år) varierer livstidsprevalensen generelt mellom 1 % til 10 %. Rundt halvparten av de som en eller annen gang har brukt kokain, rapporterer vanligvis at de har brukt stoffet i løpet av det siste året. Tallene for bruk er høyere i Spania og Storbritannia. I begge land er nyere bruk (siste 12 måneder) blant voksne over 2 %, sammenlignet med under 1 % i de fleste andre land. Dette betyr at prevalensen for nyere bruk av kokain i Spania og Storbritannia nå er lik prevalensen i USA, selv om livstidsprevalensen fortsatt er lavere. Kokaintrender er vanskelige å spore på nasjonalt plan, men dataene som foreligger, tyder på at nyere kokainbruk blant ungdom har hatt en viss økning i Danmark, Tyskland, Spania, Nederland og Storbritannia. Hellas, Irland, Italia og Østerrike rapporterer også om økt bruk, basert på lokale eller kvalitative kilder.

I perioden mellom 1997 og 2002 gikk antallet kokainbeslag opp i alle land unntatt Tyskland og Italia. Når det er mulig å gjennomføre en fullstendig analyse, vil den ifølge trender fra tilgjengelige data, mest sannsynlig avsløre at antallet beslag på EU-nivå gikk opp igjen i 2002. De fleste land rapporterer også om prisfall på kokain i denne perioden.

Røyking av kokain i form av crack (kokainbase) er fortsatt begrenset til noen av de større byene i Europa, hvor bruken ser ut til å være vanligst i marginaliserte grupper. Data fra studier av brukere av sprøyterom viser f.eks. at røyking av kokain er særlig utbredt blant kvinnelige sexarbeidere. Selv om kokainrøyking sjeldent forekommer i befolkningen generelt, er det forbundet med større risiko for helsemessige og sosiale problemer.

I noen land viser toksikologiske analyser at kokain vanligvis forekommer i kombinasjon med opiater i narkotikarelaterte dødsfall. Dødsfall som skyldes kokain, uten at opiatbruk er påvist, synes fortsatt å forekomme sjelden, men kan være økende. I Storbritannia ble antallet merknader om kokain på dødsattester åttedoblet i perioden mellom 1993 og 2001. I Nederland gikk antallet dødsfall tilskrevet kokain alene opp fra 2 i 1994 til 26 i 2001. Kokain kan også være en medvirkende faktor til dødsfall som følge av hjerte- og karproblemer, men disse tilfellene blir gjerne ikke fanget opp i det statistiske bevismaterialet.

Behandlingsalternativene for brukere med kokainproblemer pleier som oftest å være generiske tilnæringsmåter, vanligvis uten en farmakologisk komponent. Det pågår arbeid for å forbedre effektiviteten ved farmakologiske intervensjoner, men bortsett fra forskrivning av symptomlindrende medikamenter, er det ingen bred enighet om hva som utgjør god praksis på dette feltet. Behandlingen av crackbrukere kan være en særlig utfordring for behandlingsapparatet.

Problematisk bruk av narkotika, heroinbruk og sprøytebruk

Heroin- og sprøytebruk utgjør den største komponenten av EONNs indikatorer på problematisk narkotikabruk. Denne indikatoren er et sammensatt måleredskap utformet for å bidra til å vurdere størrelsen på det kroniske narkotikaproblemet som hovedsakelig er skjult. Anslag over problematisk bruk av narkotika ligger fra 2 til 10 tilfeller per 1 000 av den voksne befolkningen. Anslag over antall personer med problematisk bruk av narkotika, varierer betydelig fra land til land og innenfor hvert enkelt land. Tallene fra Danmark, Italia, Luxembourg, Portugal og Storbritannia er relativt høye.

Problembrukere i Europa ser ut til å bli en mer heterogen gruppe. I mange land var de fleste problembrukere tradisjonelt kjennetegnet av heroinbruk, men blandingsbruk og bruk av sentralstimulerende midler blir mer og mer vanlig. Selv om det er vanskelig å gjøre anslag, ser det ut til at heroinbruken er relativt stabil i mange land, og at rekruttering av nye brukere (forekomst) har falt sammenlignet med situasjonen i 1990-årene. Denne analysen holder kanskje ikke stikk for de nye medlemsstatene i EU.

Litt over en firedel av alle heroinbeslagene i verden skjer i Europa. Det er ingen klar trend når det gjelder kvanta av beslaglagt heroin i EU, og generelt sett ser dette ut til å være relativt stabilt. Når det gjelder både kvanta og antall beslag, rapporterer Storbritannia, etterfulgt av Spania, flere beslag enn andre land.

En begrenset opiatproduksjon skjer i europeiske land, hovedsakelig begrenset til produksjonen av valmueprodukter som brukes lokalt. Nyere data viser ingen klare trender verken med hensyn til renheten eller prisen for heroin på gatenivå.

Opiater er fortsatt den viktigste dødsårsaken forbundet med illegale stoffer i Europa. Hvert år registreres det mellom 8 000 og 9 000 dødelige overdoser, men dette tallet er mest sannsynlig for lavt. De fleste overdoseofre er unge menn i midten eller slutten av 20-årene eller tidlig i 30-årene, selv om alderen på ofrene synes å være stigende. Variasjonen landene imellom er betydelig, men generelt sett økte i hele EU i perioden fra 1980 til 1990 narkotikarelaterte dødsfall. Fra 2000 til 2001 rapporterte mange land en nedgang i antallet narkotikarelaterte

dødsfall, og resultatet på EU-nivå var det en liten, men statistisk signifikant nedgang i rapporterte dødsfall, fra 8 838 til 8 306. Antall dødsfall er imidlertid høyt i et historisk perspektiv.

Noe som har vekket bekymring, er de siste rapportene om smugling av fentanyl, et syntetisk opiat som kan være hele 100 ganger sterkere enn heroin. I den senere tid er det rapportert om beslag i en del av landene rundt Østersjøen og i Den russiske føderasjon. I Estland dukket fentanyl opp på narkotikamarkedet som erstatning for heroin i slutten av 2001, og i Finland ble en stor forsendelse av metylfentanyl beslaglagt i 2002.

Studier av heroinbrukere under behandling tyder på at det er stor forskjell landene imellom når det gjelder i hvilken grad brukere injiserer eller røyker stoffet. I nye behandlingssøknader fra heroinbrukere rapporterer under halvparten nå injisering, og i enkelte land ser injisering ut til å bli mer og mer uvanlig. Andre steder, og spesielt, men ikke utelukkende, i de nye medlemsstatene, er injisering fortsatt normen blant heroinbrukere. Generelle anslag over utbredelsen av injeksjonsbruk av narkotika er fra to til seks tilfeller per 1 000 av den voksne befolkningen.

HIV-epidemien sprer seg i en del av de nye medlemsstatene i EU og i tilgrensende land selv om prevalenstallene i EU-landene varierer mye. I Vest-Europa trues en tilsynelatende stabilisering eller nedgang i HIV-prevalens av bekymringer i forbindelse med en del nye lokale utbrudd som har forekommet siden midten av 1990-tallet, og de vedvarende høye forekomstene funnet i enkelte populasjoner.

Utbredelsen av hepatitt C (HCV) er fortsatt høy blant sprøytebrukere i Europa, og studier viser at fra en firedel til nesten alle sprøytebrukerne som deltok i undersøkelsen, har antistoffer mot viruset. I enkelte tilfeller er det en direkte korrelasjon mellom utbredelsen av HCV- og HIV-viruset. Hepatitt B-infeksjoner er også vanlig blant sprøytebrukere i Europa, til tross for at vaksinasjon er tilgjengelig. Med De baltiske landene som et mulig unntak, er prevalensen av tuberkulose blant sprøytebrukere i EU-landene fortsatt lav, men forekomsten av tuberkulose er høy i noen av landene som grenser til EU.

Generelt sett ser det ut til at investering i sprøytespiss-/sprøytebytteprogrammer for problembrukere har økt over hele EU. Estland og Latvia har raskt utvidet tjenestene på dette området, og sprøytespiss-/sprøytebytteprogrammer har også blitt innført i Nord-Irland og Flandern (Belgia). I noen av landene som har opprettet programmer, har antallet utdelte sprøyter falt, noe som muligens gjenspeiler lavere nivå av sprøytebruk. Lavterskeltjenestene blir nå i økende grad integrert med andre tjenester som tar sikte på å øke overlevelsen blant brukerne, som f.eks. hospitser/dagsentre og tilbud innenfor primærhelsetjenesten. En annen viktig trend er mer fleksible åpningstider. Tre medlemsstater tilbyr sprøyterom, og EEON har i 2004 utgitt en detaljert undersøkelse om disse tilbudene.

Behandling for narkotikabruk

I de fleste medlemsstatene omfatter narkotikabehandling vanligvis behandling for opiatbruk eller blandingsbruk der opiater er involvert. En eller annen form for substitusjonsbehandling er fortsatt det dominerende behandlingstilbudet for denne gruppen, selv om tilgjengeligheten av denne typen behandling er begrenset i de nye medlemsstatene og stoff-frie behandlingsregimer fortsatt er vanlig. Det bør også påpekes at brukere i Den tsjekkiske republikk, Finland og Sverige som injiserer amfetamin, utgjør en betydelig andel av de som er under behandling.

Tilgjengelige data om de som søker hjelp for narkotikaproblemer, tyder på at kjennetegnene på de hjelptrengende varierer mer. I tillegg til sprøytebruk og ikke-injiserende bruksmåter av heroin rapporteres det om en rekke problemer knyttet til blandingsbruk og bruk av sentralstimulerende midler og cannabis. In 2002 viste for første gang EONNs indikator for etterspørsel etter behandling at cannabis har erstattet opiater som det stoffet som forårsaket det høyeste antallet henvisninger av nye klienter til behandling i spesialiserte, polikliniske tilbud. Dette gjelder for de 11 landene som det foreligger data for. I hvilken grad dette representerer endringer i rapporteringsrutiner, utvidelse av tjenestetilbudet eller endringer i kjennetegnene på de hjelptrengende, drøftes detaljert i det utvalgte aspektet som omhandler 'Cannabisproblemer i kontekst'.

Det erkjennes nå i stadig større grad at behandlingstilbudene må integreres med andre helsetilbud, og framfor alt de tjenestene som tilbys marginaliserte og sosialt vanskeligstilte målgrupper. Det er spesielt utfordrende å finne effektive tilbud for slike som både har et narkotikaproblem og et psykiatrisk helseproblem. Dette temaet belyses i det utvalgte aspektet som omhandler samtidig forekomst av psykiatriske og stoffrelaterte lidelser.

Problemer knyttet til fengsler

Narkotikabrukere er overrepresenterte i fengsler sammenlignet med befolkningen generelt. Anslag over livstidsprevalens av narkotikabruk blant fanger varierer mellom 22 % og 86 %, avhengig av fengselspopulasjonen,

anstalt og land. Fengslene har en relativt høy utbredelse av sprøytebruk og er dermed miljøer med høy risiko for spredning av smittsomme sykdommer. Tiltak for å bekjempe dette har omfattet innføringen av substitusjonsbehandling og sprøytespiss-/sprøytebytteprogrammer i fengsler. Nasjonale helsevesen og velferdssystemer erkjenner i stadig større grad helsefarene forbundet med narkotikabruk i fengsler, som forsterkes av begrenset tilgang til tjenester samt isolasjon av fengselshelsetjenesten fra det ordinære helsevesenet. Nytenkning innen straffepolitikken har ført til at det er innført alternativer til fengselsstraff, og narkotikabrukere overføres til halvtvungen behandling eller samfunnstjeneste ut fra antakelsen at deres behov vil bli bedre ivaretatt med slike tiltak.

Kapittel 1
Politikk og lovgivning – nye utviklinger

Dette kapitlet beskriver hva som i den senere tid har skjedd på det narkotikapolitiske området i EU sett under ett og i den enkelte medlemsstat. I de fleste tilfeller beskrives endringer som har funnet sted i løpet av 2003, altså halvveis i EUs handlingsplan mot narkotika 2000–2004. Medlemsstatene hadde også frist til 2003 for å gjennomføre en midtveisevaluering av sin innsats for å utarbeide og gjennomføre en nasjonal strategi for narkotikakontroll, i samsvar med Erklæringen om retningsgivende prinsipper for reduksjon av etterspørselen etter narkotika, fra FNs Generalforsamlings spesialsesjon (UNGASS) ([1]) om narkotikasituasjonen i verden i 1998. Ettersom EUs handlingsplan for 2000–2004 avsluttes i år, kan det være på sin plass å se nærmere på hva som er gjort så langt når det gjelder evalueringen av handlingsplanen. EONN deltar fullt og aktivt i denne prosessen, som – det er i hvert fall det vi håper – skal gjøre det lettere å utforme en forsvarlig politikk på narkotikaområdet. Det er spesielt ut fra dette perspektivet at strategier of utvikling innen lovgivningen, både nasjonalt og på EU-plan, vil bli gjennomgått.

Utviklingen i EU

I 2003 vedtok EU to nye rettsakter om narkotikaproblemet. Den ene rettsakten gjelder folkehelsen, den andre illegal handel med narkotika. Av andre saker som ble behandlet på EU-plan i 2003, kan nevnes tiltak som også tar hensyn til nye syntetiske stoffer, gjennomføringen av samordningsaktiviteter og virkemidler samt EONNs rolle.

Folkehelse

Den 23. september 2002 vedtok Europaparlamentet og Rådet et nytt Fellesskaps-handlingsprogram for folkehelsen (2003–2008), som er basert på tre generelle målsettinger: helseopplysning, rask reaksjon på helsetrusler samt helsefremmende arbeid gjennom analyser av helsedeterminanter. Tiltak med tilknytning til helseopplysning og helsefremmende arbeid er særlig relevant for narkotikaområdet.

I juni 2003 vedtok Ministerrådet en rekommandasjon med tittelen 'Forebygging og reduksjon av helseskade forbundet med narkotikaavhengighet', et dokument som ble utarbeidet på initiativ fra Europakommisjonen i mai 2002. Denne rekommandasjonen representerer et virkelig gjennombrudd, fordi det er første gang Kommisjonen, på folkehelseområdet, har vedtatt en rekommandasjon som gjelder narkotika. Nærmere bestemt tar rekommandasjonen sikte på å redusere helseskadene forbundet med narkotikaavhengighet ([2]). Mange medlemsstater har allerede innarbeidet konklusjonene fra dette dokumentet i sine nasjonale narkotikastrategier.

Dokumentet anbefaler følgende målsettinger:

- Medlemsstatene bør, for å sikre et høyt helsevernnivå, bestemme at forebygging av narkotikaavhengighet og reduksjon av narkotikarelaterte risikoer skal være et folkehelsepolitisk mål, og utarbeide og gjennomføre tilsvarende omfattende strategier.
- Medlemsstatene bør, for å oppnå en vesentlig nedgang i forekomsten av narkotikarelatert helseskade (som HIV, hepatitt B og C og tuberkulose) samt i antallet narkotikarelaterte dødsfall, og som en integrert del av sin overordnede politikk for narkotikaforebygging og -behandling, etablere en rekke forskjellige tjenester og tilbud som særlig tar sikte på risikoreduksjon.
- Medlemsstatene bør vurdere en liste over spesifiserte tiltak med sikte på å utvikle hensiktsmessige evalueringsverktøy for å øke effekten og effektiviteten av det narkotikaforebyggende arbeidet samt redusere narkotikarelaterte helserisikoer.

Medlemsstatene bør innen to år etter at rekommandasjonen ble vedtatt, rapportere til Kommisjonen om gjennomføringen av den, og deretter så ofte Kommisjonen anmoder om det. Dette vil sikre at gjennomføringen av rekommandasjonen kan følges opp på fellesskapsplan, og at det deretter kan treffes hensiktsmessige tiltak for å oppfylle målsettingene i EUs handlingsplan mot narkotika.

([1]) http://www.unodc.org/adhoc/gass/content.htm.
([2]) En oversikt over den skadereduserende politikkens rolle er gitt i tabell 1 OL: Skadeforebyggingens rolle.

Rekommandasjonen anmoder dessuten EONN om å yte Europakommisjonen teknisk støtte til utarbeidelsen av en rapport i samsvar med EUs handlingsplan mot narkotika med tanke på revisjon og oppdatering av rekommandasjonen.

Narkotikahandel

Som en oppfølging av konklusjonene fra Det europeiske råds særlige møte i Tampere, Finland, i 1999 og EUs strategi og handlingsplan mot narkotika, la Europakommisjonen fram et forslag til Rådet og Europaparlamentet om et rammevedtak som fastsetter 'minstebestemmelser med hensyn til definisjonen av kriminelle handlinger og straff når det gjelder illegal handel med narkotika'. Ministerrådet kom i november 2003 fram til politisk enighet om dette første rammevedtaket på området narkotikahandel. Rammevedtaket betraktes som et sentralt virkemiddel i kampen mot narkotikahandel ettersom det i et utvidet EU blir stadig viktigere at medlemsstatene harmoniserer strafferammene for brudd på denne lovgivningen.

Grunnprinsippet for rammevedtaket er at medlemsstatene bør kriminalisere ikke bare handel med narkotika, men også forsøk på, oppfordring til og medvirkning til handel med narkotika. Tiltakene rammevedtaket omfatter, er rettet mot narkotikasmuglere, kriminelle organisasjoner og terroristorganisasjoner som finansierer illegal virksomhet med midler fra denne handelen.

Rammevedtaket fastsetter sanksjoner mot enhver som på noen måte er involvert i omsetningen av stoffer omhandlet i FNs konvensjoner og vedtak i EU: produksjon, tilbud om salg, transport, distribusjon og besittelse eller kjøp med sikte på videresalg. Vedtaket anmoder landene om å sikre at 'maksimal strafferamme for lovbruddene … skal være minst ett til tre års fengsel' eller mellom fem og ti års fengsel dersom lovbruddet omfatter store mengder narkotika eller de mest helseskadelige narkotiske stoffene. Kjernen i rammevedtaket er at det på EU-plan fastsetter en felles definisjon på hva som betraktes som handel med narkotika, samt anbefalte strafferammer for slike lovbrudd innenfor EU. For å oppnå enighet mellom medlemsstatene var det nødvendig å samordne de nasjonale definisjonene på hva som betraktes som besittelse til eget bruk. Derfor er lovbrudd som gjelder eget bruk av narkotika, slik dette defineres i medlemsstatenes nasjonale lovgivninger, utelukket fra rammevedtaket.

Rammevedtaket vil tre i kraft samme dag som det offentliggjøres i *Den europeiske Unions Tidende*, og medlemsstatene vil ha 18 måneder på seg til å treffe de nødvendige tiltak for å etterkomme denne rettsakten.

Nye syntetiske stoffer

Som et ledd i arbeidet med å kontrollere de nye syntetiske stoffene vedtok Ministerrådet i november 2003 en beslutning om kontrolltiltak og strafferettslige sanksjoner når det gjelder de nye syntetiske stoffene 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2. Disse stoffene, som ikke er oppført i noen av tilleggene til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer, blir nå gjenstand for kontrolltiltak og straffansvar i medlemsstatene.

I oktober 2003 la Kommisjonen fram et utkast til rådsvedtak til erstatning for Fellestiltaket av 1997 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll med nye syntetiske stoffer ([3]). Dette initiativet kan sees i direkte sammenheng med utfallet av den eksterne evalueringen av Fellestiltaket som Kommisjonen iverksatte med henvisning til Den europeiske unions handlingsplan mot narkotika 2000–2004. Den foreslåtte nye rettsakten er ment å klargjøre alle definisjoner og prosedyrer samt utvide virkeområdet til alle nye syntetiske stoffer og alle nye narkotiske stoffer.

Samordning

I november 2003 vedtok Kommisjonen også en melding om samordningstiltak og virkemidler på narkotikaområdet i EU. Meldingen er basert på resultatene av en studie av eksisterende ordninger og mekanismer for samordning i medlemsstatene ([4]) som EONN har gjennomført i samarbeid med Kommisjonen. Meldingen bekrefter at samordning er avgjørende for at EU skal kunne sette inn effektive tiltak i forhold til narkotikafenomenet og alt som følger i dets kjølvann.

EONNs rolle

I desember 2003 la Kommisjonen endelig fram et forslag om å endre regelverket som EONN er underlagt. Forslaget, som vil bli drøftet av Rådet i 2004, medfører endringer på flere områder: endring av grunnforordningene, endringer som skal styrke EONNs rolle i forhold til de nye bruksmønstrene for narkotika og utvidelsen av EU så vel som endringer som skal ta hensyn til EONNs rolle som bidragsyter til evalueringen av EUs handlingsplan mot narkotika.

([3]) EFT L 167 av 25.6.1997, s. 1-3.

([4]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1356.

Nasjonal politikk

'Narkotikastrategier' ([5])

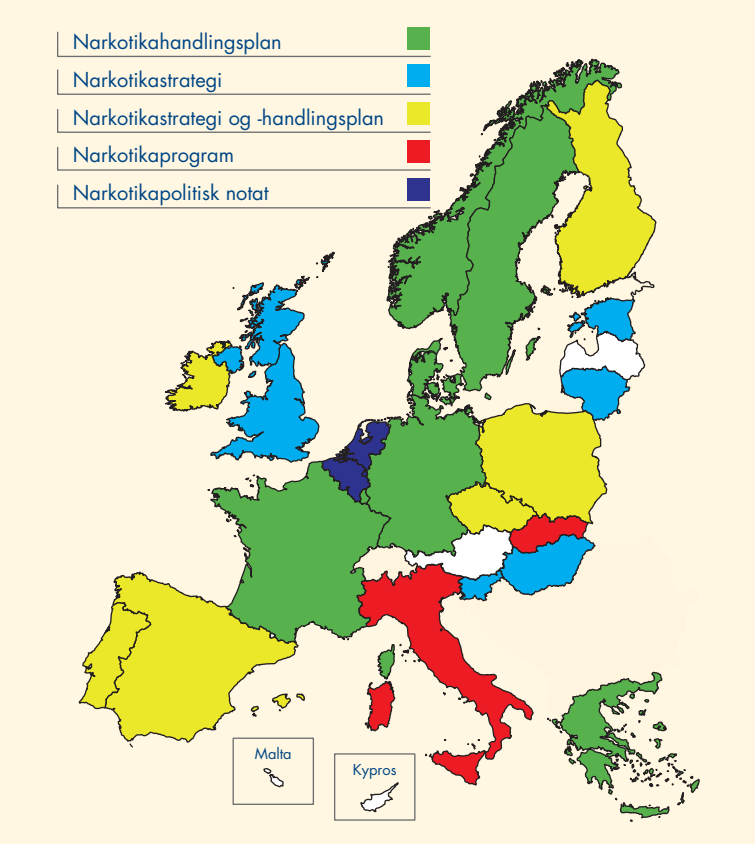
Trenden der medlemsstatene vedtar en 'nasjonal narkotikastrategi', som er en av hjørnesteinene i EUs narkotikapolitikk, ble omtalt i fjorårets årsrapport. Trenden videreføres i 2003 (tabell 1). I 2003 vedtok Danmark, Tyskland, Litauen og Slovenia egne narkotikaplaner og -programmer, og Estland og Frankrike ([6]) forventes å komme etter i 2004. Da vil det totale antall medlemsstater som har iverksatt en narkotikapolitikk med hjemmel i en overordnet nasjonal narkotikastrategi være oppe i 21 av til sammen 25 land (22 av 26 hvis vi tar med Norge) ([7]) ([8]).

Det faktum at 'nasjonale narkotikastrategier' er blitt så utbredt i løpet av relativt kort tid (1997–2004) ([9]) og innenfor et klart definert geografisk område, gir oss mulighet til å sammenligne fenomenet i de ulike medlemsstatene og få et perspektiv som omfatter hele EU.

Innledningsvis kan vi si at det blir stadig vanligere med en holistisk tilnærming til narkotikapolitikken, som omfatter både etterspørsels- og tilbudsreduserende aktiviteter – en såkalt 'balansert tilnærming' ([10]). Dette finner vi igjen i alle dokumenter vi har analysert. Dernest tillegges samordning stadig større vekt. Iverksettingen av de nasjonale narkotikastrategiene blir i stadig større grad samordnet sentralt (de fleste EU-land har nasjonale samordningsorganer og nasjonale koordinatorer ([11])), selv om dette skjer i nært samarbeid med regionale og lokale organer. For det tredje blir det lagt større vekt på å etablere tiltak i felten samt på å bruke kartlegging og vurdering av gjennomføringen som verktøy for å sikre ansvarlighet overfor beslutningstakerne (se utvalgte aspekter: Evaluering, s. 75).

Det er imidlertid store forskjeller både i struktur og innhold hva angår de 'nasjonale narkotikastrategiene'. For eksempel er det stor variasjon i detaljnivået og vekten som tillegges de ulike tiltakene og målsettingene. En del dokumenter er strukturert på en måte som gjør det mulig å følge opp vedtatte tiltak og gjennomføringen generelt sett, mens andre er mindre detaljert og setter opp generelle målsettinger uten å knytte dem til operative målsettinger, mål eller ytelsesindikatorer. Det er også stor variasjon i

Figur 1: Bredden i 'nasjonale narkotikastrategier'



Merknader: Det teoretiske skillet mellom en narkotikapolitikk, en nasjonal narkotikastrategi (som bør fastlegge generelle prinsipper i tillegg til ramme og retning) og en handlingsplan (som iverksetter strategien og fastsetter detaljerte, konkrete tiltak) blir ikke alltid opprettholdt i de forskjellige nasjonale dokumentene. På grunn av variasjonene landene imellom beskriver vi de nasjonale strategiske dokumentene slik disse presenteres offisielt, uten å gjøre noe forsøk på å samordne definisjoner eller trekke sammenligninger.

Kilde: Medlemsstatenes nasjonale strategier.

([5]) Fordi strukturen og innholdet i de nasjonale narkotikastrategiene er så varierende fra et land til et annet, er det ikke gjort noe forsøk i denne rapporten på å harmonisere definisjoner og konsepter. Dermed innebærer uttrykket 'nasjonal narkotikastrategi' (i anførselstegn) ethvert offisielt dokument godkjent av en regjering, som identifiserer generelle prinsipper og konkrete intervensjoner/målsettinger som skal nås (innenfor et gitt tidsrom) på narkotikaområdet, enten denne offisielt betegnes som narkotikastrategi eller handlingsplan, politisk notat osv. For ytterligere opplysninger, se EONNs rapport *Nasjonale strategier og samordningsmekanismer* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

([6]) Se boks 1 OL: Nasjonale narkotikastrategier som nylig er vedtatt.

([7]) Norge er ikke medlem av EU men er likevel med i EONN. Av de 25 medlemsstatene i EU er det bare fire som (ennå) ikke har rapportert om noen såkalt nasjonal narkotikastrategi, nemlig Kypros, Latvia, Malta og Østerrike. Kypros og Latvia er i ferd med å utarbeide en narkotikastrategi. I Østerrike har hver provins sin egen plan selv om landet ikke har noen føderal narkotikastrategi.

([8]) Se tabell 2 OL: Foreliggende 'nasjonale narkotikastrategier' i EU-landene.

([9]) Dette gjelder også Nederland, som har dokumentert sin narkotikapolitikk i det politiske notatet *Drug policy in the Netherlands: continuity and change* (Narkotikapolitikk i Nederland: kontinuitet og forandring) (1995) og en rekke oppfølgingsdokumenter (XTC 2001, Kokain 2002, Cannabis 2004).

([10]) Prinsippet om en balansert tilnærming ble fastsatt i UNGASS' politiske erklæring fra 1998: 'det skal være en balansert tilnærming mellom etterspørselsreduksjon og tilbudsreduksjon, som skal virke gjensidig forsterkende, i en integrert tilnærming til en løsning på narkotikaproblemet'. I dette kapitlet gjøres det intet forsøk på å vurdere i hvilken grad medlemsstatene har oppnådd en slik 'balansert tilnærming'. Det slås bare fast at en slik tilnærming blir viet stadig mer oppmerksomhet.

([11]) For nærmere opplysninger, se http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360.

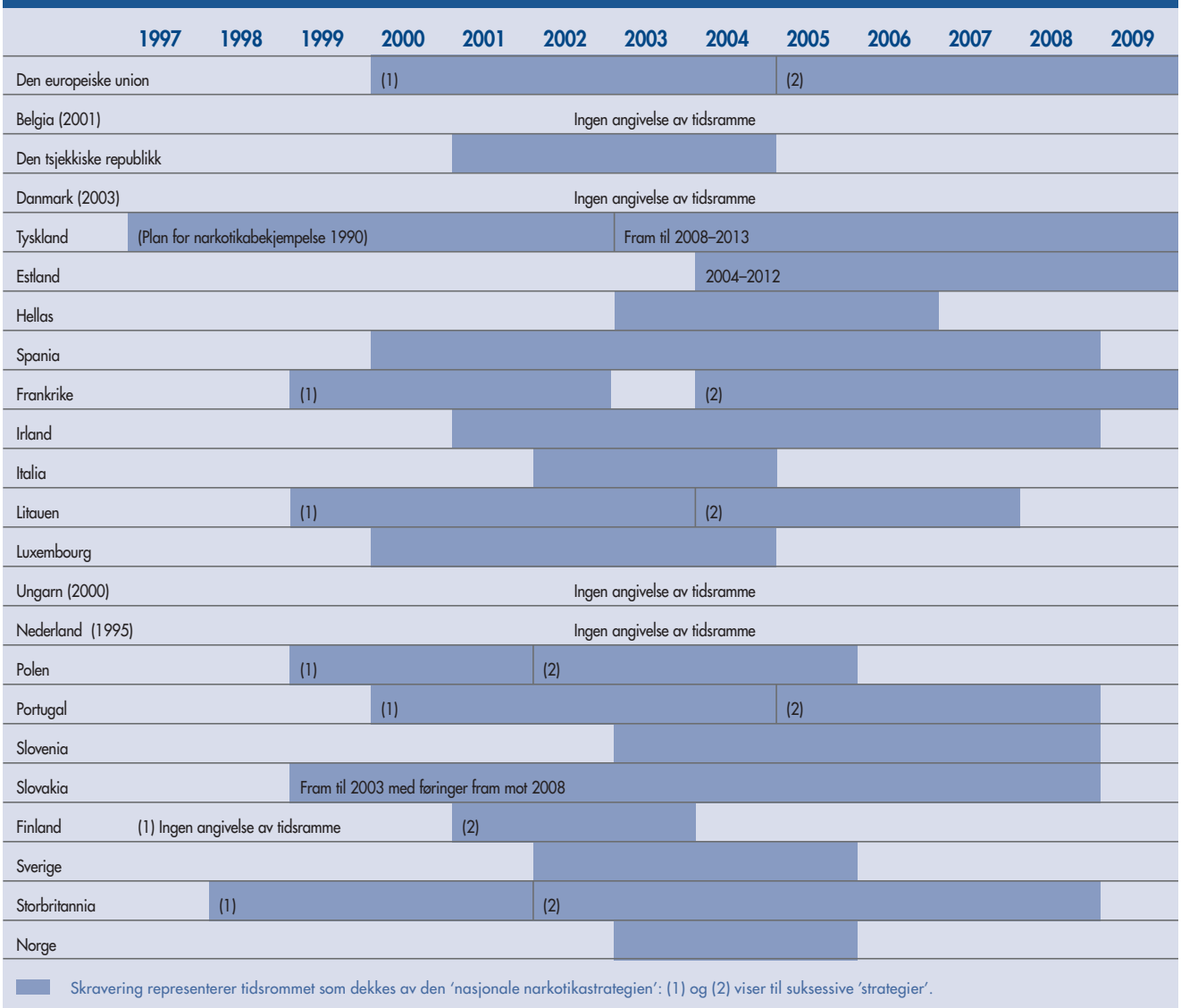
terminologien som brukes i narkotikapolitiske dokumenter: en del land har vedtatt handlingsplaner, andre har strategier og atter andre har gjennomført programmer. De forskjellige politiske målsettingene og dagsordenene danner et meget variert bilde der ganske forskjellige landskaper beskrives under betegnelsen 'nasjonal narkotikastrategi' (Figur 1). Selv om begrepene handlingsplan, program og strategi kan brukes om hverandre ([12]), gjenspeiler de ikke nødvendigvis forskjeller i politiske målsettinger eller agendaer.

Et annet aspekt som varierer fra en medlemsstat til en annen, er tidsrammen som er satt for den nasjonale narkotikastrategien. De fleste landene har vedtatt en tidsramme på 3–5 år, men i noen land omfatter strategien 8–10 år, mens andre igjen ikke har noen tidsramme i det hele tatt (Tabell 1). Det er i denne sammenheng en forbindelse mellom 'nasjonale narkotikastrategier' og EUs handlingsplan mot narkotika bør vurderes.

Forskjellene når det gjelder innhold, kan gjenspeile ulike politiske målsettinger eller det at narkotikasituasjonen er forskjellig fra land til land. I denne rapporten omtaler vi to av de viktigste områdene hvor vi finner forskjeller, nemlig hvilke stoffer som omfattes, og hovedmålet for strategiene.

Selv om nasjonale narkotikastrategier typisk fokuserer på illegale rusmidler, omfatter mange dokumenter også såkalte lovlige rusmidler, hovedsakelig alkohol og tobakk, særlig i forbindelse med opplæring, forebygging og behandling (Tabell 2). I noen land gir dette seg utslag i konkrete tiltak og prosjekter, mens andre land bare nevner 'lovlige

Tabell 1: Tidsramme for 'nasjonale narkotikastrategier'



([12]) En narkotikastrategi kan defineres som et 'samlende tema, en ramme for fastleggelse, sammenheng og retning', og en handlingsplan som en 'plan eller et program for detaljerte, konkrete tiltak' (*Strategier og samordning på narkotikaområdet i Den europeiske union, en deskriptiv gjennomgang*), november 2002: http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1354).

rusmidler' i forbifarten. I mange land hvor alkohol også omfattes av 'narkotikastrategien', har de også en nasjonal handlingsplan mot alkohol.

Selv om alle land deler de samme generelle målsettingene (etterspørselsreduksjon, tilbudsreduksjon osv.), og EUs handlingsplan for 2000–2004 fastsetter seks felles målsettinger ([13]), vil måten disse målsettingene skal nås på, variere i forhold til det overordnede målet for narkotikapolitikken i det enkelte land. Den største forskjellen er at noen land har som mål å oppnå et 'rusfritt samfunn', mens andre ønsker å redusere de negative konsekvensene av narkotika både for enkeltmennesket og for samfunnet.

Tabell 2: 'Lovlige rusmidler' i nasjonale narkotikastrategier

Land	Alkohol	Tobakk	Handlingsplan mot alkohol ([1])
Belgia	•	•	Nej
Den tsjekkiske republikk	•	•	Nej
Danmark	–	–	Ja
Tyskland	•	•	Ja
Estland	○	○	Ja
Hellas	•	–	–
Spania	•	•	Nej
Frankrike	•	•	Ja
Irland	•	○	Ja
Italia	○	–	Ja
Litauen	–	–	Ja
Luxembourg	–	–	Nej
Ungarn	•	○	Ja
Nederland	•	•	Ja
Polen	○	○	Ja
Portugal	•	○	Ja
Slovenia	○	○	Nej
Slovakia	•	•	Nej
Finland	–	–	Ja
Sverige	–	–	Ja
Storbritannia	○	○	Ja
Norge	•	•	Ja

• Handlingsplan planlagt; ○ rusmiddel nevnt; –: mangler data.

([1]) WHOs alkoholdatabase (http://www.euro.who.int/alcoholdrugs).

Situasjonen er imidlertid ikke helt entydig, for de fleste 'nasjonale narkotikastrategier' blander disse to målene (og legger gjerne til andre) eller tillegger det ene mer vekt enn det andre. Det målet man har valgt (og hvilken betydning som tillegges oppnåelsen av målet), vil påvirke alle tiltak som har sitt utspring i en 'nasjonal narkotikastrategi'.

Samtidig som vi må erkjenne at ulike tilnærminger er nødvendig for å behandle konkrete politiske agendaer og lokale særtrekk og kulturer, er det gjort en betydelig innsats for å samordne dette arbeidet på europeisk plan. Meningen er at EUs samordnede tilnærming til narkotika (EUs narkotikastrategi og EUs handlingsplan 2000–2004), som er blitt samordnet og strukturert i de senere år, skal videreføres også i framtiden.

Hvilken retning narkotikapolitikken vil ta i et utvidet EU, og hvorvidt 25 forskjellige nasjonale narkotikastrategier (uten hensyn til regionale og lokale strategier) eventuelt skal knyttes sammen under en felles EU-paraply, er fortsatt et åpent spørsmål. Spørsmål om hvilke typer virkemidler (strategi, program eller handlingsplan) medlemsstatene ønsker, skal inngå i en slik EU-strategi samt hvilke tidsperspektiver, grunnleggende prinsipper og kriterier, hovedmålsettinger og -mål som skal legges til grunn, kan drøftes på fagfellenivå i medlemsstatene.

Nasjonal politikk: evaluering av lovgivningen ([14])

I de senere år er det lagt ned stadig mer arbeid på evaluering – eller rapportering om evaluering – av ny lovgivning, enten av gjennomføringen av lovgivningen og/eller virkningene av den. Når det gjelder rusmidler, kan kartleggingen eller evalueringen gjelde mange forskjellige aspekter av narkotikakontrollovgivningen, herunder de grunnleggende lovbestemmelsene som forbyr bruk eller besittelse av narkotika, reaksjoner på brudd på narkotikalovgivningen eller kampen mot narkotikahandel og hvitvasking av penger. En del land har gjennomført pilotprosjekter som evalueres før ordningen utvides til resten av landet.

Siden 1999 har for eksempel Belgia, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Ungarn, Sverige og Storbritannia rapportert om en eller annen form for kartlegging eller evaluering av ulike aspekter ved de grunnleggende lovbestemmelsene som gjelder bruk eller besittelse av narkotika. I Belgia, Ungarn og Storbritannia har dette arbeidet medført omfattende endringer i narkotikalovgivningen.

([13]) 1) Oppnå i løpet av fem år en signifikant reduksjon i utbredelsen av narkotikabruk og i nyrekrutteringen til narkotikabruk, særlig blant ungdom under 18 år; 2) oppnå i løpet av fem år en vesentlig reduksjon i forekomsten av narkotikarelatert helseskade (HIV, hepatitt, TB osv.) og antallet narkotikarelaterte dødsfall; 3) oppnå en vesentlig økning i antallet avhengige som blir rusfrie; 4) oppnå i løpet av fem år en vesentlig reduksjon i tilgjengeligheten av illegale rusmidler; 5) oppnå i løpet av fem år en vesentlig reduksjon i antallet narkotikarelaterte forbrytelser; 6) oppnå i løpet av fem år en vesentlig reduksjon av hvitvasking av penger og illegal omsetning av prekursorer til narkotika.

([14]) For en mer omfattende redegjørelse for dette området, se boks 2 OL: Nasjonal politikk: evaluering av lovgivningen.

Debatten og evalueringene har fokusert på vurderingen av virkningene av kriminaliseringen. Av alle evalueringstiltakene trekker vi særlig fram to tilsynelatende sammenlignbare situasjoner som har blitt løst forskjellig. Både Ungarn og Sverige har nylig evaluert virkningene av kriminaliseringen av bruk av narkotika. I mars 1999 ble Ungarns straffelov endret slik at bruk av narkotika ble et brudd på straffeloven, og muligheten for å idømme behandling ble begrenset til brukere med et avhengighetsproblem. Påfølgende vitenskapelige studier fant imidlertid at målet om å redusere misbruk, forbruk og omsetning av narkotiske stoffer ikke ble oppnådd, idet antallet som prøvde narkotika og antallet anmeldte forhold og lovbrytere bare fortsatte å stige. Dessuten medførte lovendringen at den juridiske klassifiseringen av narkotiske stoffer ble mer komplisert og rettssakene ble vanskeligere å gjennomføre, og i tillegg fikk lovendringen negative konsekvenser for atferden til aktørene i narkotikamarkedet. Studiens forfattere konkluderte med at straffene var for strenge og tok ikke hensyn til at unge mennesker bruker narkotika ikke fordi de har en forbrytersk karakter, men på grunn av omstendighetene. Derfor ble en ny endring som faktisk går tilbake på den forrige endringen og tar hensyn til disse funnene, vedtatt og gjennomført 1. mars 2003.

I Sverige gjennomførte Brottsförebyggande rådet i 2000 et forskningsprosjekt om virkningene av kriminaliseringen av bruk av narkotika i 1988 (og ytterligere skjerpet i 1993). Dette arbeidet avslørte at den nye lovgivningen førte til en kraftig økning i antallet personer som ble arrestert for mindre narkotikalovbrudd. Selv om mange av de arresterte var kjente misbrukere, var en del unge, tidligere ukjente brukere. En av de viktigste grunnene til at loven ble vedtatt, var ønsket om å identifisere unge mennesker på et tidlig stadium i deres ruskarriere. Derfor kunne rapporten konkludere med at dette målet var nådd. Rapporten drøfter også lovendringens innvirkning på narkotikamarkedet (som er blitt betraktelig større) og konkluderte med at det ikke fantes noen klare indikasjoner på at kriminalisering av narkotikabruk hadde avskrekkende effekt på de unge.

Storbritannia gjennomfører eller har gjennomført evalueringer av en rekke andre juridiske virkemidler overfor narkotikalovbrytere, f.eks. testing etter 'utløsende' lovbrudd (trigger offences), narkotikadomstoler og behandlingstiltak i fengselsmiljø. Alternative måter for å håndtere narkotikalovbrytere vurderes også i Tyskland (behandling i stedet for straff), Irland (henvisning fra fengsel) og Nederland (tvangsbehandling).

Nederland bruker dessuten evalueringsmetoder for å vurdere effektiviteten av ny lovgivning som tar sikte på å bekjempe narkotikasmugling (forvaring av kurerer) og hvitvasking av penger (samfunnskontrakter). I Sverige inneholder myndighetenes retningslinjer spesifikke krav om at regjeringen skal evaluere hvordan politiet organiserer og gjennomfører kampen mot narkotika. Evaluering er også tatt i bruk for å styrke innsatsen mot lokal narkotikaomsetning og ordensforstyrrelser, som koordinering av lokale tiltak i Irland, myndighet til å stenge lokaler i Nederland, og muligheten for å kreve ny oppkjøring til førerprøven i Tyskland.

Evaluering blir helt klart anerkjent som et stadig viktigere verktøy i innsatsen mot alle aspekter ved narkotikaproblemet. Evaluering av lover kan gi en vurdering av gjennomføringen og av hvor effektiv og kostnadseffektiv den enkelte lov er. Generelt synes evalueringene det er rapportert om, å konkludere med at det aktuelle tiltaket faktisk er av verdi. Men viljen til eventuelt å gå tilbake på en politikk når resultatene av evalueringen foreligger, slik det skjedde i Ungarn, viser en ny tillit til evidensbasert forskning som ofte har manglet. Denne positive trenden innen evaluering skriver seg inn i en mer generell trend der det offentlige stadig oftere stilles til regnskap og oftere må støtte seg på konsepter som tradisjonelt har tilhørt privat sektor, som f.eks. resultatmål og kostnadseffektivitet.

Utviklingen innen nasjonal lovgivning

Cannabislovgivningen

I løpet av det siste året har to land reklassifisert cannabis, noe som i begge tilfeller fikk mye omtale i media – om ikke alltid like etterrettelig omtale. Belgia vedtok en ny lovpakke bestående av et dekret og et direktiv om straffeforfølgning, som utløste en rekke endringer i lovverket. Den viktigste lovendringen var kanskje at cannabisprodukter nå kom i en annen rettslig kategori enn andre rusmidler. Nye lovbrudd ble definert, som blant annet medførte at en voksen person som for første eller andre gang blir tatt for besittelse av cannabis til eget bruk, dersom det ikke foreligger indikasjoner på ordensforstyrrelser eller problembruk, bare blir ilagt en bot og får meldeplikt hos politiet. Det nye direktivet definerer cannabis til personlig bruk som maksimum 3 gram eller én plante. Imidlertid kan ordensforstyrrelser straffes med fengsel i tre måneder til ett år og/eller en bot på 5 000 til 500 000 euro, og under skjerpende omstendigheter, f.eks. besittelse i nærvær av mindreårige, kan lovens maksimumsstraff bli idømt.

I Storbritannia ble cannabis og derivater av cannabis reklassifisert fra henholdsvis B- og A-preparater til C-preparater i det britiske klassifiseringssystemet. Dette har medført at strafferammen for besittelse til personlig bruk er

satt ned fra fem til to års fengsel, men fortsatt er det ingen tvil om at besittelse av cannabis, uansett mengde, rammes av straffeloven. To faktorer i den forbindelse, nemlig maksimumsstraffen for besittelse med sikte på salg, og det at besittelse av cannabis betraktes som en grov forbrytelse, står likevel uendret etter reklassifiseringen på grunn av et annet, parallelt lovvedtak. Retningslinjene fra Association of Chief Police Officers anbefalte at politiet skulle foreta arrestasjon for besittelse bare under visse omstendigheter, f.eks. røyking på offentlig sted eller med mindreårige til stede. Personer under 18 år anbefales for øvrig fortsatt fengslet slik at de kan henvises til behandling.

Både Belgia og Storbritannia har i lovgivningen eller retningslinjene grepet spesielt fatt i problematisk bruk av cannabis, noe som blir drøftet senere i denne rapporten.

Inndragning av midler

I løpet av de senere år har en rekke land endret lovgivningen når det gjelder inndragning av midler tilhørende personer som driver med omsetning av narkotika eller av midler som skriver seg fra slik aktivitet. I Irland har Criminal Assets Bureau (CAB) tatt initiativ til et samarbeid med Garda National Drugs Unit (GDNU) for å identifisere eiendeler tilhørende lokale narkotikalangere. Med hjemmel i loven om inndragning av utbytte fra straffbare handlinger (Proceeds of Crime Act) (2003) har Storbritannia opprettet et Assets Recovery Agency, og i henhold til den nye lovgivningen har både politi og tolltjeneste adgang til å foreta ransakinger og beslaglegge penger. Denne loven inneholder tiltak som gir etterforskerne bedre muligheter til å oppspore inntekter av straffbare handlinger og foreta undersøkelser i hvitvaskingssaker. I Skottland har politi og påtalemyndighet fått utvidede fullmakter som setter dem i stand til bedre å inndrive midler både i straffesaker og sivile saker.

I Spania ble, til erstatning for en lov av 1995, en ny lov vedtatt i 2003 som regulerer midler beslaglagt i forbindelse med narkotikahandel. Den nye loven muliggjør raskere oversendelse av nødvendige dokumenter for å identifisere og lokalisere beslaglagte varer, samt inneholder en bredere definisjon av begrepet 'mottaker' av midlene til også å omfatte internasjonale og overnasjonale organisasjoner og fremmede stater. I Nederland er det gjennomført en studie av loven om inndragning, 10 år etter at den trådte i kraft, som undersøkte arten og omfanget av eiendelene til 52 store internasjonale organisasjoner som var blitt tiltalt i løpet av dette tidsrommet. Studien konkluderte med at bare 10 % av de anslåtte ulovlig ervervede midlene kunne inndras, men det er likevel vanskelig å bevise nøyaktig hvor store beløp det egentlig er snakk om. De ansvarlige for studien anbefaler en styrking av ekspertisen på området økonomisk kriminalitet. Et rundskriv fra det franske direktoratet for straffesaker og benådninger fra 2002 fastsetter nøyaktige regler for hvordan beslagene skal gjennomføres og oppfølgingen organiseres når det gjelder midler beslaglagt i forbindelse med narkotikahandel eller hvitvasking av penger, ut fra det faktum at Narkotikapolitisk fond, som ble etablert i 1995, ikke har hatt vesentlige inntekter.

Bekjempelse av hvitvasking av penger

På grunn av mangel på pålitelige data er det på det nåværende tidspunkt umulig å gjøre nøyaktige beregninger av hvor store inntekter handelen med narkotika representerer på verdensbasis. Europol (2002) har imidlertid rapportert et 'konsensustall' på 2–5 % av verdens bruttonasjonalprodukt. Handelen med narkotika synes fortsatt å være den største enkeltkilden til hvitvaskede penger. Internasjonal hvitvasking av penger innebærer nødvendigvis illegal eller uvanlig grenseoverskridende bevegelse av kapital eller varer, f.eks. gull, platina eller diamanter (WCO, 2003c).

Med endringen av rådsdirektiv 91/308 om hvitvasking av penger er definisjonen på hvitvasking av penger blitt mye bredere. Langt flere handlinger er blitt straffbare, og rapporteringsplikten er utvidet til selvstendig næringsdrivende jurister.

Europols utvidede mandat fra januar 2002 gir organisasjonen myndighet i forhold til all virksomhet forbundet med hvitvasking av penger som faller inn under straffebudene i vedlegg 2 til Europol-konvensjonen (Europol, 2002).

I alle medlemsland har Interpol etablert et kontaktnett av eksperter som sikrer raskere og mer effektiv utveksling av informasjon om hvitvasking av penger (Interpol, 2002). Customs Enforcement Network (CEN) som ble satt i drift i juni 2000, er et elektronisk informasjons- og kommunikasjons-system utviklet av Verdens tollorganisasjon. Pr. juni 2003 hadde systemet over 700 brukere fra 130 land og mer enn 700 innrapporterte valutabeslag. I løpet av 2002–2003 gjorde OECDs særskilte arbeidsgruppe mot økonomisk kriminalitet (Financial Action Task Force – FATF) store framskritt i kampen mot hvitvasking av penger. FATF har nå revidert sine 40 anbefalinger (FATF, 2003a), og de reviderte anbefalingene legger særlig vekt på bekjempelse av misbruket ved alternative ordninger for betalingsoverføring (FATF, 2003b).

Rusmidler og bilkjøring

Tre EU-land har gjennomført vesentlige endringer i lovgivningen når det gjelder kjøring under påvirkning av narkotika. I Østerrike trådte den 21. endringen av vegtrafikkloven i kraft i 2003, og med dette har politiet anledning til å be enhver bilfører avlegge blodprøve dersom det foreligger mistanke om at føreren er påvirket av narkotika. Dersom prøven er positiv, og også om føreren nekter å la seg teste, er straffen den samme som for kjøring i alkoholpåvirket tilstand. Med den nye loven fører positiv prøve ikke til politianmeldelse for brudd på narkotikaloven, bare til at de lokale helsemyndigheter underrettes.

I Frankrike er det, siden den nye loven ble vedtatt i februar 2003, et lovbrudd å kjøre bil etter inntak av stoffer eller planter som er klassifisert som narkotiske, og det er også blitt obligatorisk å teste alle bilførere som er involvert i en dødsulykke. Straffen er mye strengere der narkotika er brukt i kombinasjon med alkohol. Dessuten bør bilførere som er involvert i en trafikkulykke med personskade rutinemessig testes hvis det er grunn til å mistenke bruk av narkotika. Gendarmeriet og politiet har videre også anledning til å teste bilførere vilkårlig.

I Finland fastslår straffelovens reviderte kapittel 23 at enhver som fører et motorkjøretøy "efter att ha använt narkotika så att en verksam beståndsdel i narkotikan eller en ämnesomsättningsprodukt från den" finnes i blodet, skal dømmes for rattfyll med mindre stoffet er forskrevet av lege. Dersom "hans förmåga till de prestationer som uppgiften kräver är nedsatt", skal føreren dømmes for rattfyll uten hensyn til om legemiddelet er forskrevet av lege. Dersom førerens "förmåga till de prestationer som uppgiften kräver är kännbart nedsatt", og "omständigheterna är sådana att brottet är ägnat att äventyra någon annans säkerhet, skall gärningsmannen för *grovt rattfylleri* dömas till minst 60 dagsböter eller till fängelse i högst två år."

I juni 2003 offentliggjorde Europeisk database for narkotika-lovgivning (European Legal Database on Drugs – ELDD) en sammenlignende studie ([15]) av lovgivningen i 16 land hva angår rusmidler og bilkjøring, hvor det ble slått fast at selv om kjøring under påvirkning av narkotika var et lovbrudd i alle land, var det store variasjoner i politiets fullmakter til å teste førerne, hvilke rusmidler som var nevnt i loven og hvilke straffereaksjoner som var tilgjengelig. EONN presenterte denne studien på et seminar i Europarådets Pompidou-gruppe om vegtrafikk og psykoaktive stoffer i juni 2003.

([15]) http://eldd-cma.emcdda.eu.int/comparative_doc/Drugs_and_driving.pdf.

Kapittel 2

Narkotikaforebygging – i lokalsamfunnet, innrettet på de mest risikoutsatte

Målet med narkotikaforebyggende tiltak er å få ned antallet personer som begynner å bruke stoff eller – oftest – utsette bruken av stoff til de blir eldre, for dermed å redusere narkotikaproblemets omfang (Rhodes et al., 2003). Narkotikaforebygging omfatter blant annet – men ikke bare – opplæring om rusmidler og advarsler om hvilke farer de representerer. Denne delen av arbeidet gjelder spesielt narkotika, men utgjør i realiteten bare en liten del av det narkotikaforebyggende arbeidet. Effektive strategier kombinerer informasjon om stoffene med utvalgte atferdsteknikker og kognitive teknikker (normative holdninger) som virker forebyggende på atferd knyttet til rusmiddelbruk (Flay, 2000).

Det forebyggende arbeidet klassifiseres ut fra målgruppen. Generell forebygging retter seg mot generelle (vanligvis unge) befolkningsgrupper, f.eks. i skolen, uten å ta hensyn til spesifikke risikogrupper, mens selektiv forebygging retter seg mot sårbare grupper, og indisert forebygging retter seg mot sårbare enkeltpersoner. Selv om det skolebaserte arbeidet ofte er en politisk prioritering, kan det diskuteres om det i realiteten faktisk ikke er en av bærebjelkene i det forebyggende arbeidet. I og med at forebygging har blitt lavt prioritert på budsjettet, og bevilgningene faktisk har gått ned i en del land (f.eks. har budsjettet til narkotikaforebygging (statsstøtte) i Frankrike blitt redusert fra 15 millioner euro i 2001 til 11 millioner euro i 2002), er det nå viktigere enn noen sinne at det forebyggende arbeidet holder høy kvalitet og bygger på et solid evidensgrunnlag. I et folkehelseperspektiv burde enhver forebyggende politikk som planlegges og gjennomføres med sikte på å produsere en grunnleggende, kostnadseffektiv dose allmenn forebygging i en stor målgruppe i befolkningen, suppleres med mer intensive, skreddersydde intervensjoner som retter seg spesielt mot sårbare grupper og enkeltpersoner ([16]).

Generell forebygging

Prinsippene for og innholdet i moderne forebyggingsstrategier, særlig skolebaserte, generelle forebyggingsprogrammer, er basert på vitenskapelig dokumentasjon. Enhver målbar langtidsvirkning, selv om den er liten (Stothard og Ashton, 2000), er et stort framskritt dersom undersøkelsen er basert på en stor befolkningsgruppe. Grunnprinsippene, dvs. hva som virker og hva som ikke virker, ligger nå fast. Effektive komponenter er interaktiv læring (mellom jevnaldrende) (Tobler og Stratton, 1997), korrigering av normative holdninger (Flay, 2000), sterkt fokus på sosiale ferdigheter og en liten dose faktainformasjon om stoffene, som må være balansert og relevant for den sosiale virkelighet de unge lever i (Hansen, 1992; Dusenbury og Falco, 1995; Paglia og Room, 1999; Tobler et al., 2000; Tobler, 2001). I praksis fortsetter imidlertid beslutningstakere og fagfolk i en rekke medlemsstater å prioritere tilnærminger som for lengst har vist seg ikke å holde mål, f.eks. affektiv læring (som å øke selvtilliten), informasjonsformidling (bevisstgjøring) og refleksjon.

Vi vet også hvilke faktorer som bidrar til at det skolebaserte forebyggende arbeidet faktisk skaper resultater ([17]): en fastlagt læreplan som følges strengt av et undervisningspersonell med hensiktsmessig opplæring, et klart definert innhold samt utlevering av håndbøker og annet materiell. Forebygging bør dessuten inngå i en helhetlig rusmiddel- og helsepolitikk i skolen (Paglia og Room, 1999; Chinman et al., 2004). I realiteten avtegner det seg imidlertid tre atskilte strategier, som bare sjelden kombineres. I den første strategien skjer forebyggingen gjennom store nasjonale programmer (Den tsjekkiske republikk, Irland, Litauen, Nederland) eller et sett godkjente programmer (Hellas, Spania, Ungarn, Sverige). En annen tilnærming bygger på opplæring av lærerne (den fransktalende delen av Belgia, Tyskland, Østerrike, Storbritannia) og forutsetter at lærerne intergrerer forebygging i den ordinære undervisningen. Endelig har en del land (f.eks. Portugal, Finland) valgt å satse på nettverk av 'helsefremmende' skoler. Bare i Irland og Spania settes alle tre tilnærminger i sammenheng over hele landet ([18]).

([16]) Se figur 1 OL: Nasjonale planer som spesifiserer innhold og strategier for det forebyggende arbeidet.
([17]) Se figur 2 OL: Innfallsvinkler til skolebasert forebygging.
([18]) Se tabell 3 OL: Sammendrag av parametre for skolebasert forebygging.

Generell forebygging utenfor skolemiljøet ([19]) tar oftest sikte på å nå fram til de unge på tre måter: ved å tilby alternative fritidsaktiviteter i form av ungdomsarbeid, opplevelsesaktiviteter og kreative sysler (Hellas, Spania, Latvia, Luxembourg, Storbritannia), gjennom ungdomsarbeid innen idrett og idrettslag for å få de unge inn i gruppenormer, atferdsmønstre og holdninger som har en beskyttende virkning (Tyskland, Italia, Finland), eller gjennom utekontakter (Danmark, Østerrike, Polen, Portugal, Norge). Det forebyggende arbeidet som foregår utenfor skolen har et enormt potensial for å treffe unge i faresonen og nå fram til sårbare grupper, men dette potensialet utnyttes bare i noen medlemsstater (Irland, Ungarn, Nederland, Østerrike, Storbritannia).

Selektiv forebygging

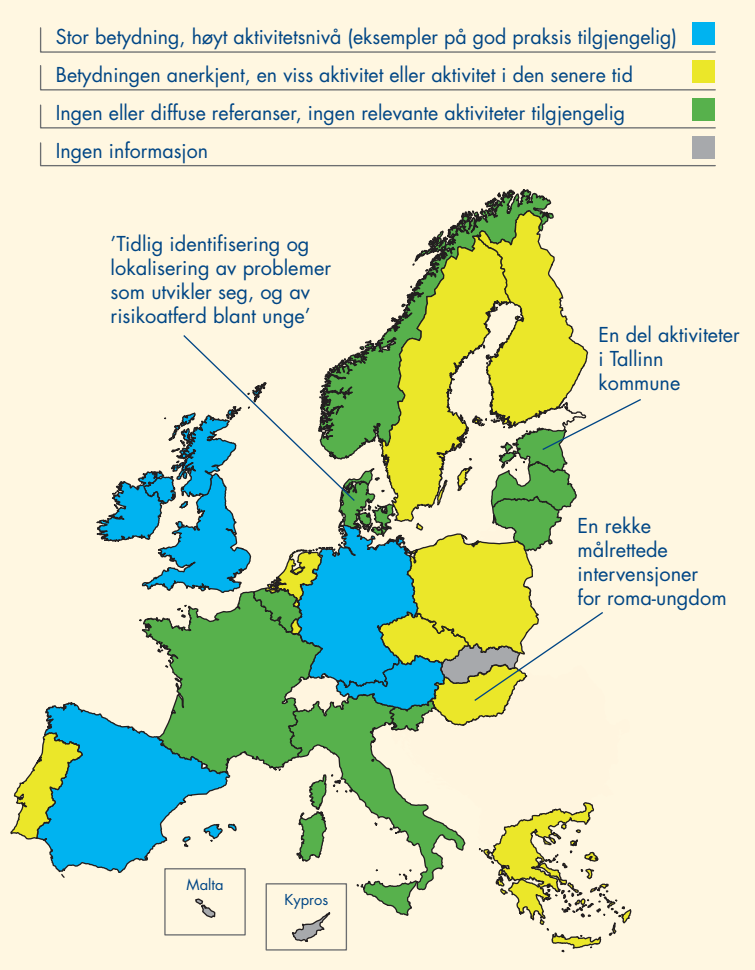
I kontrast til generell forebyggings storskala/lavdose-fokus retter selektiv forebygging seg mot sårbare enkeltindivider eller grupper. Selektiv forebygging bygger på eksisterende (ideelt sett lokal) forskning om risikofaktorer, sårbare grupper og problembelastede nabolag for å sette tiltakene inn der hvor faren for å komme ut for narkotikaproblemer er størst. På grunn av økningen i rekreasjonsbruken av cannabis og i bruken av alkohol (se kapittel 3), satser enkelte land mer og mer på selektiv forebygging, f.eks. Finland og Sverige, men dette gjelder fortsatt bare i et par medlemsstater (Figur 2), hovedsakelig der hvor man allerede har en strategisk politikk for generell forebygging. Solid teoretisk basis og evaluering er helt avgjørende og sikrer at utvelgelsen av målgrupper eller -områder skjer på grunnlag av forskningsdata, samt at målene for tiltakene kan defineres og knyttes opp mot hverandre. I Ungarn f.eks. fokuserer en rekke tiltak på romanifolket og benytter såkalte 'peer-group'-tilnærminger. Forebyggende arbeid i fritidsmiljøer som et bestemt undersett av selektiv forebygging er beskrevet i kapittel 4.

Framskritt i et utvidet EU

I Hellas, Portugal og Sverige har den forebyggende politikken etter hvert utviklet seg i retning av mer moderne konsepter og klarere strukturer – f.eks. er skolebasert forebygging bedre definert nå enn tidligere. Programmene for barn i barnehagealder og på grunnskolens barnetrinn er blitt flere, særlig i Hellas og Østerrike.

Forebyggende politikk som er gjenstand for kvalitetskontroll (Figur 3), har typisk også en bedre utbygd struktur (f.eks. at programmene er mer 'avanserte' ([20]) og legger større vekt på selektiv forebygging (se figur 2). Nøkkelfaktorer i en sammenligning av den forebyggende politikken i forskjellige

Figur 2: Medlemsstater som nevner selektiv forebygging (dvs. som er rettet mot sårbare grupper i befolkningen eller utsatte områder) i strategien og gjennomfører dette



Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter og *Rapport om selektiv forebygging i EU* (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1569).

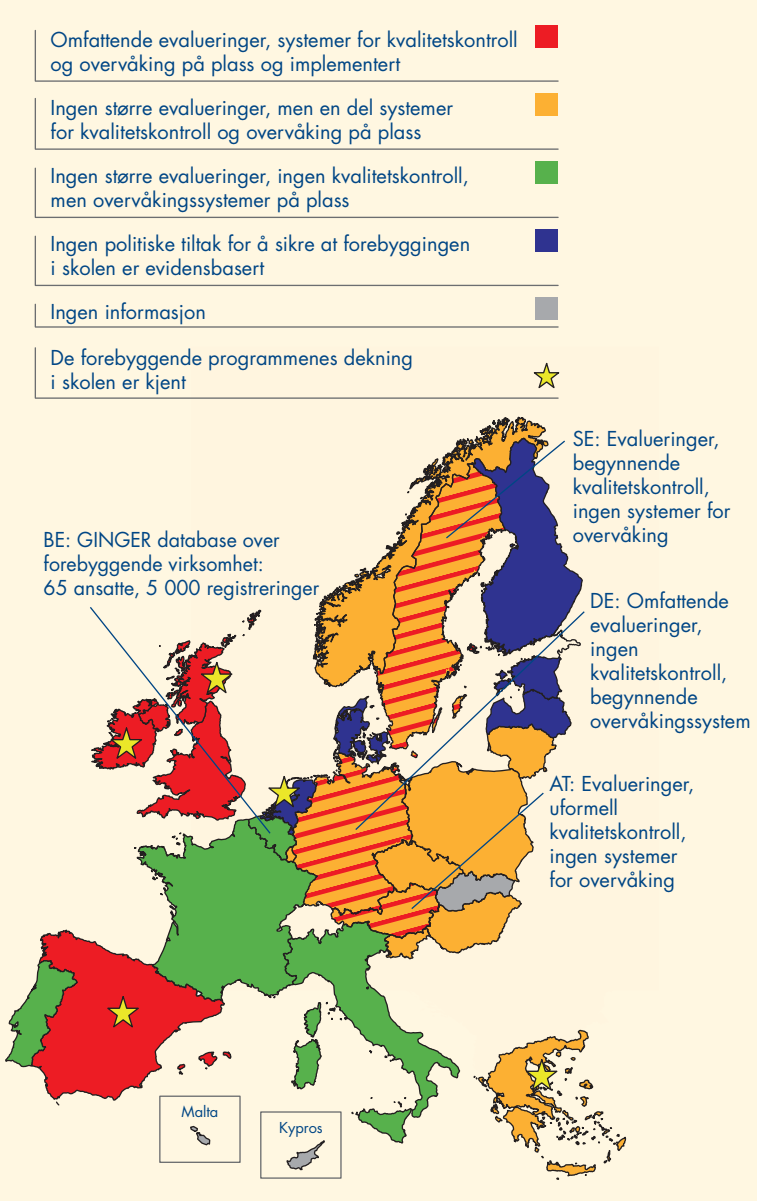
europeiske land er kvalitet (konseptenes evidensgrunnlag), struktur (hvordan og hvem som gjennomfører politikken) og dekning (hvor stor del av befolkningen programmene når ut til).

Den tsjekkiske republikk, Litauen, Slovenia og Sverige har etablert ordninger og standarder for kvalitetskontroll, mens Tyskland og Portugal har etablert eller er i ferd med å utvikle nye ordninger for kartlegging av forebyggende intervensjoner. De konkrete komponenter i forebyggende intervensjoner blir i stadig større grad definert og anbefalt i nasjonale strategier, i f.eks. Litauen og Sverige vektlegges utvikling av sosiale ferdigheter, beslutningsevne og økt selvtillit.

Dekningen av den skolebaserte forebyggingen, dvs. andelen skoleelever som nås av tiltakene innenfor den

([19]) Se figur 3 OL: Forebygging for unge utenfor skolen.
([20]) Se figur 1 OL: Nasjonale planer som spesifiserer innhold og strategier for det forebyggende arbeidet.

Figur 3: Medlemsstater som prioriterer og gjennomfører kvalitetskontroll, overvåking og evaluering av skolebasert forebygging



Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter.

generelle forebyggingen, kan bare måles for programbaserte forebyggende tiltak, og en del strategier har omfattende dekning som mål (Spania, Irland, Storbritannia). I alle selvstyrte områder i Spania (Comunidades Autónomas) har godkjente, anbefalte, forebyggende programmer nådd ut til stadig større elevpopulasjoner, og andre medlemsstater (Den tsjekkiske republikk, Hellas, Norge) har nylig gjennomført en evaluering av dekningen. På denne bakgrunn kan vi slå fast at det har vært en sakte men sikker forbedring i den narkotikaforebyggende innsatsen i mange medlemsstater hvor dette arbeidet tidligere var preget av; 'svakt fokus (overveiende ikke-spesifikke intervensjoner og langt fra /tilstrekkelige mengder adekvat materiell), lavt intensjonsnivå (lavt opplæringsnivå på de som iverksetter tiltakene), svak proaktivitet og evaluering (lavt forskningsnivå og mangel på prosedyrer for evaluering), svak kontinuitet (hyppige ad hoc-intervensjoner) samt svak samordning og deltakelse (mangel på samordning mellom aktivitetene som implementeres)' (Portugals nasjonale rapport).

... og mangel på framskritt

I en del medlemsstater har framskrittene vært små, og ikke-evidensbaserte konsepter dominerer fortsatt. Årsakene er treghet, overdreven vektlegging av medisinske og avhengighetssentrerte tilnærminger, manglende evne til å se betydningen av sosial påvirkning, samt fokus på personlige variabler. Dessuten mangler en del land standarder, noe som medfører at forebyggingen helt overlates til lokale helsearbeidere og lærere, som ofte har liten kunnskap om evidensbasert forebygging. Resultatet blir at forebyggingen kommer ned på et nivå hvor populære meninger og fordommer dominerer. Og i en del medlemsstater (f.eks. Danmark, Estland, Frankrike, Latvia og deler av Belgia, Tyskland og Italia) er den skolebaserte forebyggingen for en stor del basert på formidling av informasjon i form av brosjyrer, sporadiske seminarer, temadager og utstillinger, møter, foredrag og besøk av fagfolk.

Det finnes dokumentasjon – selv om den er begrenset (Flay, 2000) – på at skolebasert forebygging, for å lykkes, må inngå i helseopplæringen og skolens narkotikapolitikk, og at den må gripe fatt i sider ved det sosiale liv og samfunnet (Paglia og Room, 1999). Inflasjonen i bruken av uttrykk som 'fremming av en sunn livsstil', 'holistiske tilnærminger' og 'helhetlig forebygging' tilslører imidlertid ofte mangelen på et pålitelig grunnlag for den forebyggende politikken og et begrenset engasjement for evidensbasert forebygging. Det har ikke vært noen synlig utvikling innen det familiebaserte forebyggende arbeidet. Dette inngår i den generelle forebyggingen, men er fortsatt begrenset til foreldrekvelder eller grupper (f.eks. Tyskland, Hellas, Sverige). Likevel er det bare i Spania, Irland, Polen, Sverige og Storbritannia ([21]) at den familiebaserte forebyggingen utgjør en viktig bestanddel av det selektive forebyggende arbeidet (idet det konsentreres om familier i faresonen).

([21]) Se tabell 4 OL: Oversikt over nøkkelparametre for det forebyggende arbeidet.

Kapittel 3
Cannabis

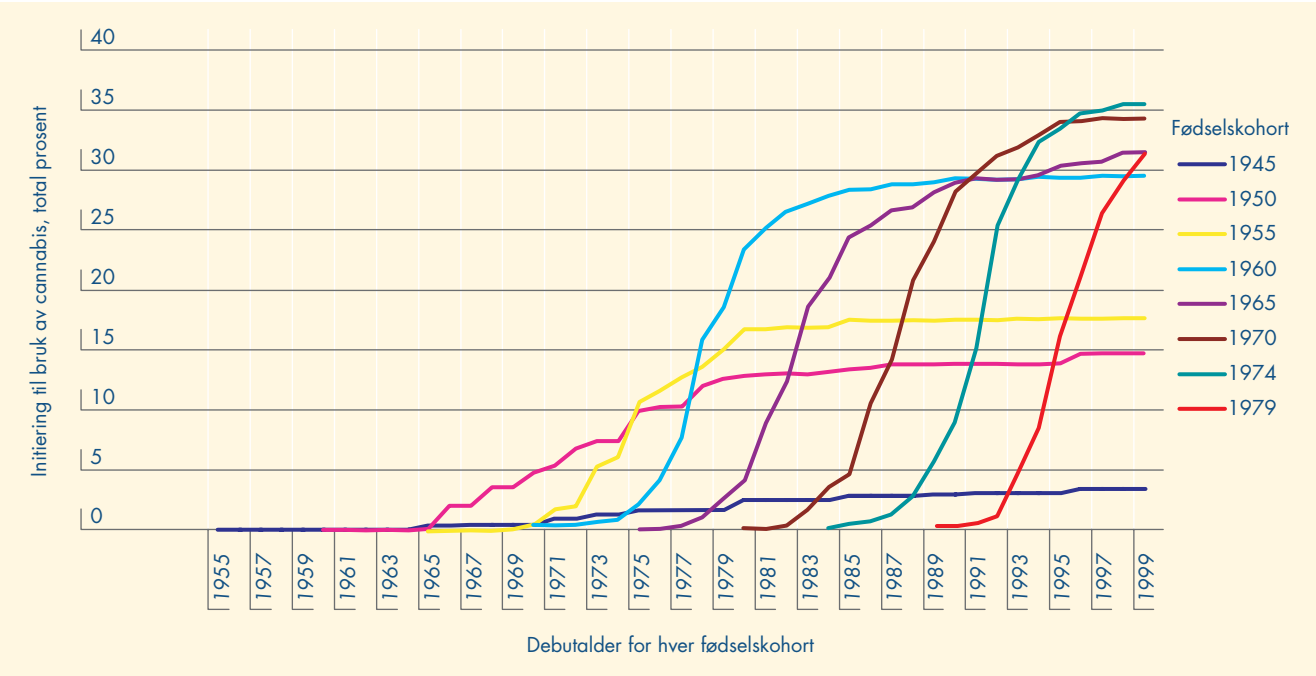
I alle EU-land er cannabis det illegale stoffet som oftest brukes, men det er store variasjoner landene imellom. Bruken av cannabis blant unge ble først utbredt i en del europeiske land på 1970-tallet, for så å spre seg til andre EU-land i løpet av 1970- og 1980-årene (Figur 4 – et eksempel fra Spania). Utbredt narkotikabruk er et nyere fenomen i de nye EU-landene.

Prevalens og mønstre

Narkotikabruk i befolkningen generelt vurderes gjennom survey-undersøkelser, som gir anslag over den andelen av befolkningen som har brukt narkotika i løpet av et gitt tidsrom ([22]). Nye befolkningsundersøkelser tilsier at en vesentlig andel av Europas voksne befolkning (aldersgruppen 15–64) har prøvd cannabis minst én gang i livet. Andelen varierer fra 5–10 % i Belgia, Estland, Ungarn og Portugal til 24–31 % i Danmark, Spania, Frankrike og Storbritannia. I den amerikanske spørreundersøkelsen i 2002 om narkotikabruk (United States national household survey on drugs) rapporterte til sammenligning 40 % av de voksne (12 år og eldre) at de hadde prøvd cannabis eller marihuana minst én gang og 11 % at de hadde brukt et av stoffene i løpet av de siste 12 månedene (SAMHSA, 2002) ([23]).

Ut fra spørreundersøkelsene ser det ut til at bruken av cannabis er konsentrert til unge voksne (alderen 15–34 år), og særlig til folk i tjueårene. Cannabisbruk er klart mer utbredt blant menn enn blant kvinner. Nasjonale

Figur 4: Endrede mønstre i debutalder for bruk av cannabis etter utvalgte fødselskohorter – et eksempel fra Spania



Merknader: Data basert på den nasjonale narkotikaundersøkelsen fra 1997 (n = 12 515; aldersgruppe 15–64 år) og 1999 (n = 12 488; aldersgruppe 15–65 år). Fødselskohorter er valgt bare dersom det ikke er signifikante forskjeller mellom undersøkelsene og utvalg samlet for ettårig fødselskohort.

Kilde: Kraus, L. og Augustin, R. Analysis of age of first cannabis use in Germany, Greece and Spain. I EONN-rapport CT.00.EP.14: *Teknisk implementering og oppdatering av EUs databank over nasjonale befolkningsundersøkelser om narkotikabruk samt gjennomføring av felles analyse av innsamlede data (Technical implementation and update of the EU Databank on national population surveys on drug use and carrying out a joint analysis of data collected).*

([22]) Se metodeopplysninger om befolkningsundersøkelser i Statistiske opplysninger 2004.

([23]) Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen EONN har brukt i undersøkelsene i EU (15–64 år).

undersøkelser tyder også på at cannabis er vanligere i urbane områder eller i områder med høy befolkningstetthet. En del av forskjellene landene imellom kan delvis gjenspeile ulik grad av urbanisering.

Antallet skoleungdommer i alderen 15–16 som oppfatter cannabis som lett eller meget lett tilgjengelig, er gjennomgående mye høyere enn de som rapporterer om langtidserfaring med cannabis ([24]), men begge målene viser samme geografiske variasjoner. Det er store forskjeller landene imellom. En undersøkelse som nylig ble gjennomført blant 15-årige skoleelever tilsier at livstidsprevalensen for cannabisbruk går fra under 10 % i Hellas, Malta, Sverige og Norge til over 30 % i Den tsjekkiske republikk, Spania, Frankrike og Storbritannia ([25]). Høyeste prevalenstall finnes blant gutter i England (42,5 %), med noe lavere tall (38 %) blant jenter i England. Kjønnsforskjellen i bruken av cannabis varierer fra land til land og synes å være mindre uttalt i Nord-Europa. For eksempel ligger livstidsprevalensen i Sverige på 7,7 % for gutter og 6,6 % for jenter, mens de tilsvarende tallene for Hellas er 8 % og 2,7 %.

Svært mye av cannabisbruken synes å skje sporadisk, eventuelt avsluttes etter en tid. I de fleste EU-landene rapporterer bare 20–40 % av alle voksne som noen gang har prøvd cannabis, at de har brukt stoffet i løpet av de siste 12 månedene, og bare 1–10 % innrømmer å ha brukt det løpet av de siste 30 dagene.

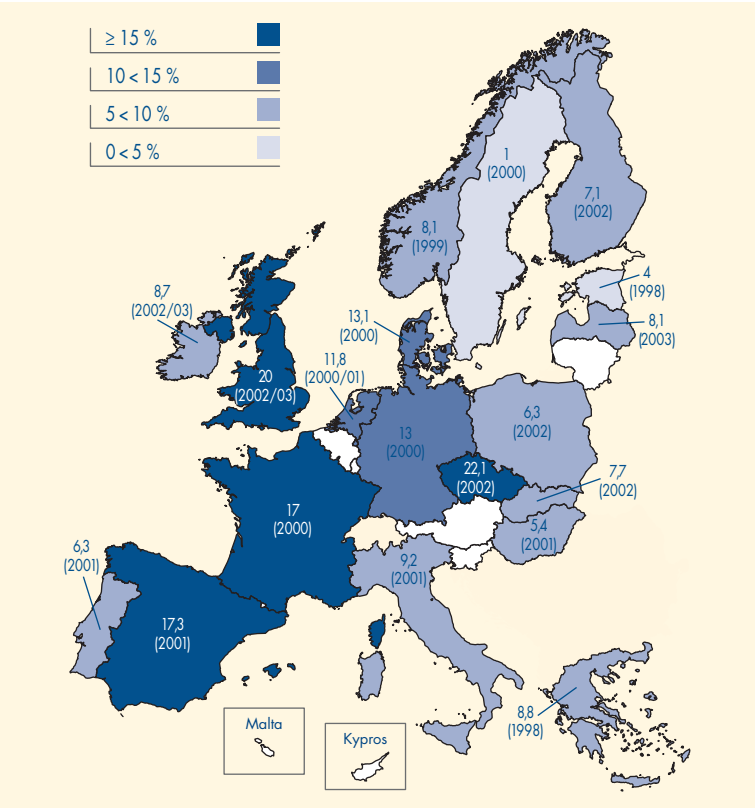
Bruk av cannabis i løpet av de siste 12 månedene er høyere blant unge voksne (15–34 år) enn i den voksne befolkningen generelt, og i de fleste land ligger tallene i området 5 % til 20 % (Figur 5).

En liten men likevel betydelig – og stabil – andel (rundt 15 %) av 15-årige skoleelever i EU som har brukt cannabis i løpet av siste år, rapporterer at de har brukt det 40 ganger eller mer (betraktet som 'tung' bruk). Figur 6 viser at mannlige studenter har mer enn dobbelt så stor sannsynlighet for å bli 'tunge' brukere som kvinnelige studenter. Blant guttene varierer andelen 'tunge' brukere fra under 1 % i de fleste av østersjølandene (Estland, Latvia, Litauen, Finland og Sverige) og Malta til mellom 5 % og 10 % i Belgia, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Slovenia og Storbritannia. Til sammenligning er variasjonen for jentene fra 0 % til en topp på 4,6 %. I hvilket omfang 'tunge' bruksmønstre for cannabis bidrar til helseproblemer og økt etterspørsel etter behandling, drøftes særskilt i 'Cannabisproblemer i kontekst' (s. 82) ([26]).

Trender

Mangelen i de fleste EU-landene på ensartede undersøkelser over lang tid begrenser muligheten til å identifisere trender. Likevel har forskjellige typer undersøkelser (nasjonale og lokale befolkningsundersøkelser, skoleundersøkelser og undersøkelser blant vernepliktige) vist at bruken av cannabis økte kraftig i løpet av 1990-årene i nesten alle EU-land, spesielt blant ungdom. I noen tilfeller har denne økningen kommet etter en nedgang i bruken på 1980-tallet ([27]).

Figur 5: Nyere bruk (siste år) av cannabis blant unge voksne (15–34 år) i europeiske land ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser

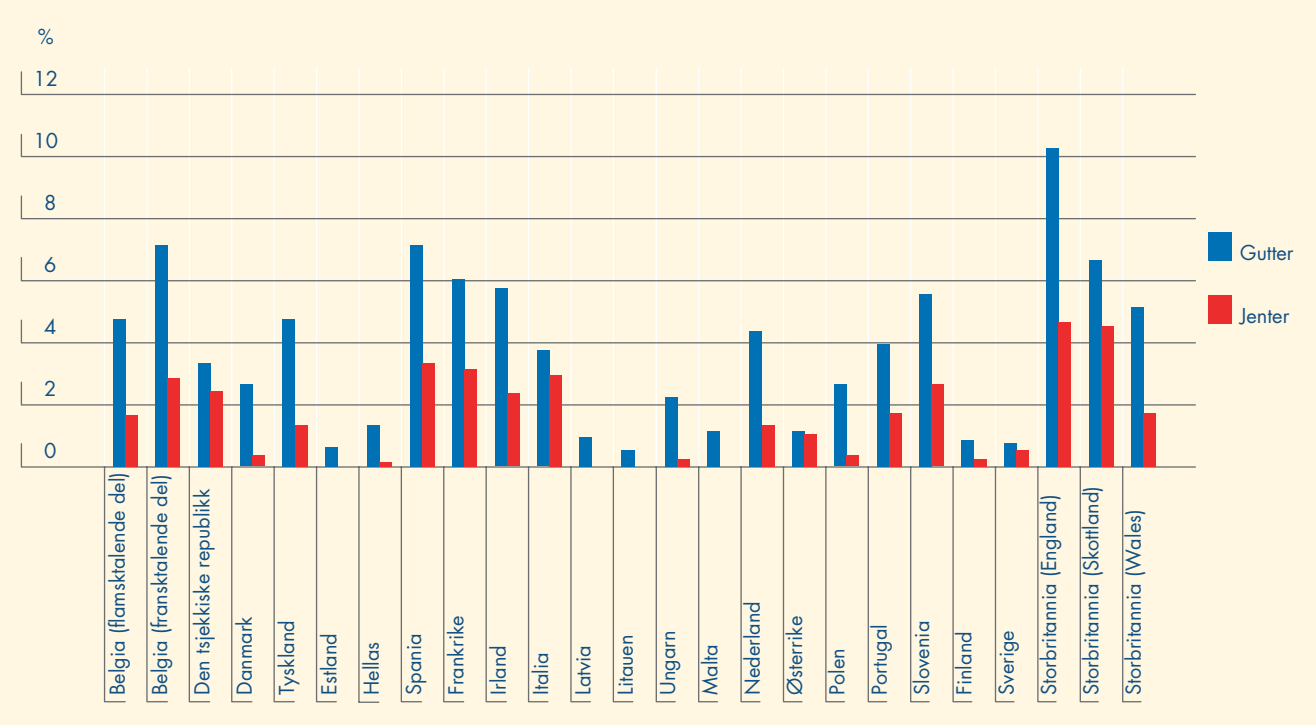


Merknader: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land, bortsett fra for Frankrike der små utvalgsstørrelser gjorde det umulig å bruke undersøkelsesdata fra 2002, slik at dataene som presenteres her, er fra 2000.
For nærmere opplysninger om respondentene etter aldersgruppe, se Befolkningsundersøkelser_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
Ikke alle data gjelder nøyaktig samme aldersgruppe som EONN bruker som standard (Danmark og Storbritannia: 16–34; Estland, Ungarn og Tyskland, 18–34). Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en marginal diskrepans mellom landene. I enkelte land er de nasjonale tallene kalkulert på nytt for i størst mulig grad å tilpasses EONNs definisjoner.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabellene fra befolkningsundersøkelsene i Statistiske opplysninger 2004.

([24]) Se Prevalens_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.
([25]) Ibid.
([26]) Se også figur 4 OL: Relativ bruksfrekvens blant 15-årige skoleelever som har brukt cannabis i løpet av siste år.
([27]) Se figur 5 OL: Utviklingen av cannabisbruk blant unge i en del EU-land målt i befolkningsundersøkelser.

Figur 6: Prevalens av 'tung' bruk av cannabis blant 15-årige skoleelever etter kjønn i 2001–2002



Merknader: 'Tung' bruk av cannabis defineres som bruk ved 40 anledninger eller mer i løpet av siste år. Tyskland, bare regionalt utvalg. Portugal, begrenset sammenlignbarhet på grunn av utvalgsstørrelse og alder.
Kilde: Currie et al. (2004) *HBSC International Report fra Verdens helseorganisasjons surveyundersøkelse i 2001–2002.*

Selv om mange land rapporterer at cannabisbruken har fortsatt å øke i de senere år, rapporterer fire land (Nederland, Finland, Sverige og Norge) at bruken har flatet ut blant skoleungdom, vernepliktige og tenåringer i løpet av de siste 2–4 årene. Resultatene fra den kommende rapporten fra Den europeiske skoleundersøkelsen (ESPAD) i 2003 vil gi flere opplysninger om trendene blant skoleungdom i EU ([28]).

Som en konklusjon kan vi si at rekreasjonsbruken og den sporadiske bruken av cannabis i mange europeiske land gikk vesentlig opp i 1990-årene, men kan nå være i ferd med å flate ut, i det minste i en del land. Aktuell bruk har sannsynligvis også gått opp, særlig blant unge.

Beslag og markedsinformasjon

I 2002 var cannabis på verdensbasis fortsatt det illegale rusmiddelet som ble produsert og omsatt i størst mengder. Men fordi cannabisproduksjonen er så utbredt og vi ikke har kartleggingssystemer på plass, er det fortsatt vanskelig å gi noe anslag over hvilke kvanta som blir produsert (UNODC, 2003a; CND, 2004).

Produksjon og handel

I de senere årene har mesteparten av cannabisharpiksen i verden kommet fra Marokko, etterfulgt av Afghanistan og Pakistan, selv om en del også har kommet fra land i Sentral-Asia, Den russiske føderasjon, Libanon og Albania (UNODC, 2003a). I 2002 var det fortsatt Marokko som oftest ble oppgitt som kilde for cannabisharpiks, etterfulgt av Albania og India, men 31 andre land ble også rapportert som kilde, noe som bekrefter at handelen er utbredt og antallet kildeland er stort (CND, 2004). I 2003 gjennomførte FNs organ mot narkotika og kriminalitet (United Nations Office on Drugs and Crime – UNODC) og Marokkos regjering den første undersøkelsen av cannabisproduksjonen i Marokko. Undersøkelsen avslørte at 27 % av alt dyrkbart land i Rif-regionen ble brukt til dyrking av cannabis, noe som i 2003 tilsvarer en potensiell produksjon på 3 080 tonn cannabisharpiks (UNODC og Marokkos regjering, 2003). Det meste av cannabisharpiksen som brukes i EU kommer fra Marokko, smuglet inn hovedsakelig via den iberiske halvøy, men Nederland er et annet viktig distribusjonssenter for videre transport til andre EU-land (Bovenkerk og Hogewind, 2002; Nasjonale rapporter, 2003).

([28]) Se boks 3 OL: Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD).

Tolking av beslag og markedsdata

Antallet narkotikabeslag i et land betraktes vanligvis som en indirekte indikator på forsyning og tilgjengelighet av narkotika, selv om de også gjenspeiler politiets ressurser, prioriteringer og strategier, og likeledes hvor utsatt omsetningsleddene er for å bli tatt. Mengdene som beslaglegges kan variere fra år til år, for eksempel hvis noen av beslagene et år er svært store. Av den grunn betrakter mange land antallet beslag som en bedre indikator på trender. I alle land omfatter antallet beslag en stor del små kvanta på detaljistnivå. Der dette er kjent, vil opprinnelse og destinasjon for beslaglagte stoffer gi en indikasjon på smuglerruter og produksjonsområder. De fleste medlemsstatene rapporterer om pris og renhet på stoffene på detaljistnivå. Opplysningene kommer imidlertid fra en rekke ulike kilder som ikke alltid er sammenlignbare eller pålitelige, og dette gjør det vanskelig å foreta nøyaktige sammenligninger landene imellom.

Cannabisplantene kommer fra land over hele verden, men i 2001 var generelt Albania, Colombia, Sør-Afrika, Den russiske føderasjon, Jamaica og Nederland de opprinnelseslandene som oftest ble nevnt globalt. Bortsett fra Europa skjer det meste av smuglingen av cannabisplanter innenfor en og samme region, dvs. at de produseres og forbrukes lokalt eller i et naboland (UNODC, 2003a).

Ifølge rapportene kom cannabisplantene beslaglagt i EU i 2002 fra en rekke land, hovedsakelig Nederland og Albania (CND, 2004; INCB, 2004a), men også fra Asia (Thailand), Afrika (Malawi, Sør-Afrika, Nigeria, Angola) og Amerika (Mexico, Jamaica, USA) (Nasjonale Reitox-rapporter, 2003).

Cannabis dyrkes og produseres lokalt i de fleste medlemsstater i EU. Selv om de beslaglagte plantene i noen tilfeller har vært i transitt fra et annet land, kan beslagene av cannabisplanter i EU (se Tabell 3) brukes som en indikator på lokal dyrking av cannabis. I Belgia har cannabisdyrking bredt om seg i hele landet i de siste årene. I Den tsjekkiske republikk ble de første eksemplene på storskalig dyrking av cannabis i vannkultur – til erstatning for utendørs dyrking til eget bruk – oppdaget i 2002. I Estland økte antallet planter som ble oppdaget i 2002, og en del store plantasjer ble funnet. Det rapporteres fra Ungarn at cannabisplanten dyrkes over stadig større områder. For EU sett under ett, blir de fleste cannabisplantene beslaglagt i Italia, etterfulgt av Nederland, hvor beslagene av planter har økt siden 1988. Dette siste er også en positiv konsekvens av en integrert, tverrfaglig tilnærming på lokalplanet (dvs. tett samarbeid mellom lokale myndigheter, elektrisitetsselskaper, skatteetaten osv.) i Nederland. Det anslås at mellom halvparten og tre firedeler av all cannabis som brukes i Nederland, er hjemmedyrket ('nederwiet'). Likevel blir Nederland mindre viktig som kilde for cannabis for eksport til andre land enn som transittland for utenlandsk cannabis, særlig fordi det blir stadig vanligere å dyrke cannabis i andre EU-land.

Tabell 3: Beslag av cannabisplanter i EU-landene og Norge i 2001

Land	Antall beslag	Beslaglagte kvanta: antall planter (i kg der opplysninger om antall planter mangler)
Belgia	m.d.	m.d.
Den tsjekkiske republikk (1)	m.d.	343
Danmark (1)	m.d.	230
Tyskland	785	68 696
Estland	24	6 043
Hellas	m.d.	18 821
Spania	m.d.	(3 907 kg)
Frankrike	681	(41 kg)
Irland	20	365
Italia	m.d.	3 219 414
Kypros (1)	m.d.	274
Latvia (1)	m.d.	(72,7 kg)
Litauen	m.d.	m.d.
Luxembourg	2	11
Ungarn	m.d.	m.d.
Malta	m.d.	m.d.
Nederland	m.d.	884 609
Østerrike	120	(36 kg)
Polen (1)	m.d.	2 550
Portugal	64	3 807
Slovenia	426	1 925
Slovakia (1)	m.d.	535
Finland	612	(16 kg)
Sverige	51	(3 kg)
Storbritannia (2)	1 875	71 507
Norge	m.d.	(17 kg)

m.d.: mangler data.
Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet, bortsett fra:
(1) Interpol (2003), Nasjonale statistikker over illegal produksjon, handel og bruk av rusmidler i 2001, Interpol: Lyon.
(2) Corkery, J.M. og Airs, J. (2003), Seizures of drugs in the UK 2001, Findings no. 202, RDS-Home Office: London.

Beslag

På verdensbasis ble det i 2002 beslaglagt totalt 1 039 tonn cannabisharpiks og 3 800 tonn cannabisplanter. De største beslagene av cannabisharpiks ble også da gjort i Europa og Asia (henholdsvis 70 % og 23 %), mens beslagene av cannabisplanter var størst i Amerika (70 %) og Afrika (19 %) (CND, 2004). Både i antall og kvanta er cannabis det mest beslaglagte narkotiske stoffet i alle land i EU, bortsett fra i Latvia, der antallet heroinbeslag er høyere. Storbritannia gjør de fleste cannabisbeslagene i EU, etterfulgt av Spania og Frankrike ([29]). De siste fem årene har imidlertid Spania stått for over halvparten av den totale mengden av cannabis som er beslaglagt i EU. På EU-plan har antallet cannabisbeslag ([30]) variert innenfor en oppadgående trend siden 1997, mens beslaglagte kvanta ([31]) har gått ned siden 1999. Basert på trender i de landene som har data tilgjengelig, gikk både antallet beslag og beslaglagte kvanta i EU opp igjen i 2002 etter en nedgang i 2001.

En del land har investert i ny teknologi for å effektivisere aktivitetene med sikte på bekjempelse av handelen med cannabis. For eksempel har Spania nylig utviklet et integrert system for ekstern overvåking (SIVE) for å bidra til sannstidspåvisning av både cannabissmugling og ulovlig innvandring ([32]). Systemet er allerede nå operativt i Algeciras-regionen og på noen av Kanariøyene.

Pris og styrke

I EU i 2002 varierte gjennomsnittlig detaljpris for cannabisharpiks fra 2,7 euro pr. gram i Spania til 21,5 euro pr. gram i Norge, mens prisen på cannabisplanter varierte fra noe under 2 euro pr. gram i Estland og Spania til 14 euro pr. gram i Latvia ([33]). I perioden 1997–2002 var gjennomsnittsprisen for cannabisharpiks stabil eller noe fallende i de fleste landene i EU, bortsett fra i Luxembourg som rapporterte om en liten økning i denne perioden. I 2002 ble lignende trender rapportert i alle land bortsett fra Tyskland, Frankrike, Latvia, Litauen og Nederland, hvor gateprisen på cannabisharpiks gikk opp. I løpet av samme femårsperiode holdt prisen på cannabisplanter seg også stabil eller var noe fallende i de fleste land, selv om Belgia, Den tsjekkiske republikk, Litauen og Luxembourg rapporterte en viss økning. I 2002 gikk prisen på cannabisplanter opp i Tyskland, Litauen og Latvia, men var stabil eller fallende i de andre medlemsstatene.

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av Δ9–tetrahydrocannabinol (THC), det viktigste virkestoffet (EONN, 2004c). I landene som har framlagt data om dette for 2002, ble cannabisproduktene, dvs. harpiks ([34]) og planter ([35]), på detaljistnivå rapportert å ha et gjennomsnittlig innhold av THC som varierte fra under 1 % til 15 %.

([29]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2002 når de blir lagt fram. Data om antallet cannabisbeslag i 2002 var ikke tilgjengelig for Italia, Ungarn, Polen og Slovenia; data om både antallet cannabisbeslag og beslaglagte kvanta i 2002 var ikke tilgjengelig for Kypros, Malta, Nederland, Slovakia og Storbritannia.

([30]) Se Markeder_Tbl 1 i Statistiske opplysninger 2004.

([31]) Se Markeder_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.

([32]) Se http://www.guardiacivil.es/prensa/actividades/sive03/intro.jsp.

([33]) Se Markeder_Tbl 14 i Statistiske opplysninger 2004.

([34]) Se Markeder_Tbl 15 i Statistiske opplysninger 2004.

([35]) Se Markeder_Tbl 16 i Statistiske opplysninger 2004.

Kapittel 4

Amfetaminlignende sentralstimulerende midler, LSD og andre syntetiske stoffer

I dette kapittelet ser vi nærmere på bruken av en rekke syntetisk framstilte stoffer. En del av disse, f.eks. amfetamin, er blitt brukt i lange tider i Europa. Andre, som ecstasygruppen, er først i den senere tid blitt populære for sine psykoaktive egenskaper. I dette kapittelet skal vi også se på hva som er gjort for å påvise nye syntetiske stoffer i Europa.

Amfetaminer er det generiske navnet på amfetamin, metamfetamin og en rekke andre, mindre kjente stoffer som virker på sentralnervesystemet. Av disse er amfetamin det stoffet som er lettest tilgjengelig i Europa. I et globalt perspektiv har metamfetamin hatt en bekymringsverdig økning ettersom stoffet er forbundet med en lang rekke alvorlige helseproblemer. På det nåværende tidspunkt synes bruken av metamfetamin å ha nådd et betydelig omfang bare i Den tsjekkiske republikk, men sporadiske rapporter vekker bekymring for at stoffet også vinner terreng andre steder.

Ecstasygruppen, som også omtales som entaktogener, omfatter syntetiske stoffer som kjemisk sett er beslektet med amfetamin, men som til dels har en annen virkning. Det best kjente stoffet i ecstasygruppen er 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA), men det er også påvist nære analoger i ecstasytabletter.

Samlet er utbredelsen av ecstasy, amfetamin og LSD lite utbredt i befolkningen generelt, men en nærmere undersøkelse avslører en langt høyere prevalens i yngre aldersgrupper, og at bruken av disse stoffene kan være særlig høy i en del sosiale sammenhenger og/eller i visse subkulturer.

Prevalens og bruksmønstre

Tradisjonelt viser befolkningsundersøkelser at amfetamin er, etter cannabis, det illegale stoffet som er vanligst brukt, selv om den totale prevalensen er klart lavere (Figur 7). I flere land hvor det er gjennomført gjentatte undersøkelser (f.eks. Tyskland, Spania, Nederland, Finland og Storbritannia), er det imidlertid funnet at bruken av ecstasy i de senere år er blitt like eller mer omfattende som bruken av amfetamin ([36]).

Nyere undersøkelser fra en del land (Den tsjekkiske republikk, Irland, Portugal) tyder også på at bruken av ecstasy er relativt høy, men disse inngår ikke i noen serie.

Ifølge nyere undersøkelser varierer livstidsprevalensen for amfetaminbruk i den voksne befolkningen generelt (15–64 år) fra 0,5 % til 6 % i EUs medlemsstater, bortsett fra i Storbritannia, hvor den er hele 12 %. Om lag 0,5–7 % av befolkningen har prøvd ecstasy.

Nylig bruk (prevalens siste 12 måneder) av amfetamin eller ecstasy blant voksne ligger generelt under 1 %, men for begge stoffene er tallene noe høyere i Den tsjekkiske republikk, Spania, Irland (undersøkelse fra 1998) og Storbritannia; dessuten ligger nylig bruk av amfetamin over gjennomsnittet i Danmark, og i Nederland, nylig bruk av ecstasy.

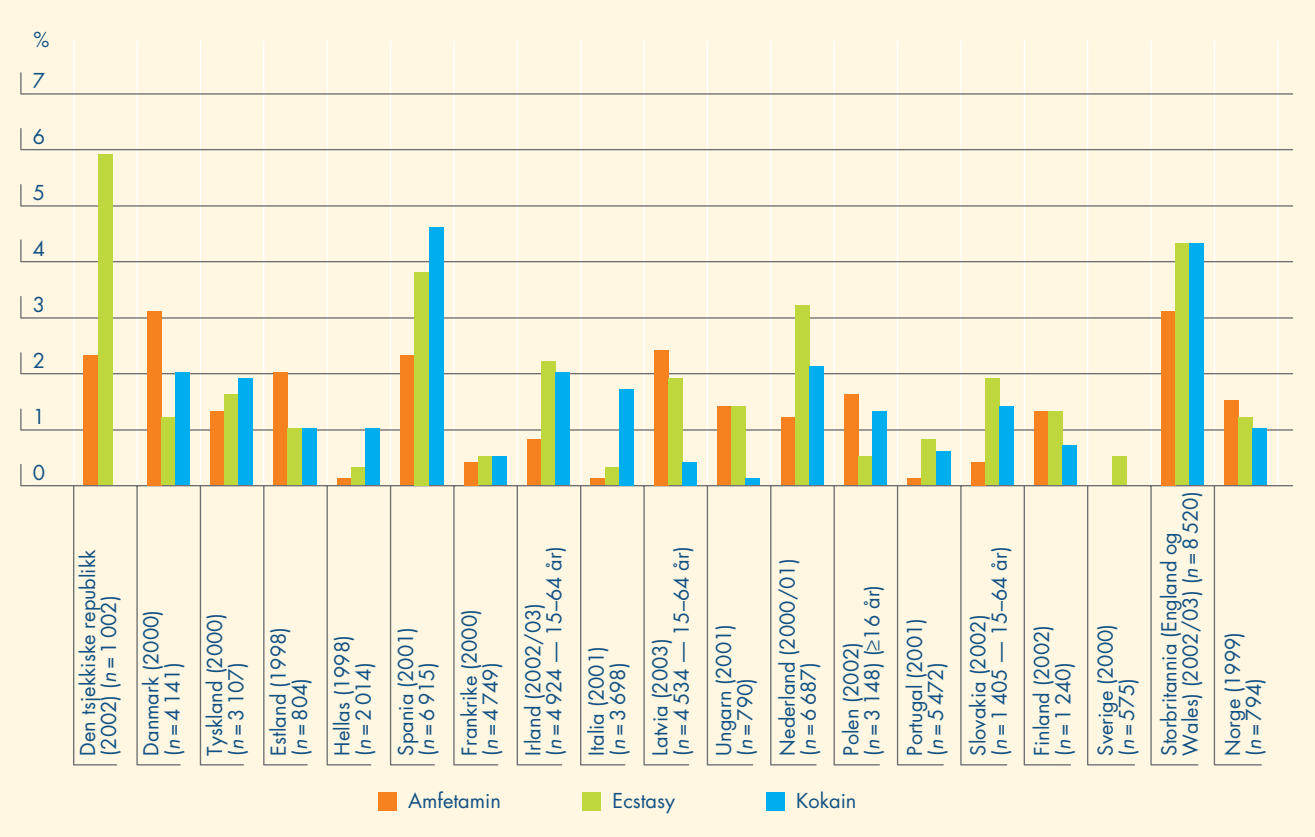
I befolkningen som helhet er amfetamin- og ecstasybruk framfor alt et ungdomsfenomen. Livstidsprevalensen blant unge voksne (15–34 år) varierer fra 2 % til 11 % og prevalensen for nylig bruk fra 0,5 % til 6 %. Nasjonale undersøkelser rapporterer om en livstidsprevalens for ecstasybruk på 11–17 % blant menn i alderen 15–24 år i Den tsjekkiske republikk, Spania, Nederland og Storbritannia, og tall for nylig bruk i størrelsesordenen 5–13 % i Den tsjekkiske republikk, Spania, Irland (1998), Latvia, Nederland og Storbritannia. Sannsynligvis ville disse tallene vært enda høyere om undersøkelsene bare omfattet den urbane befolkningen (Figur 8).

Ecstasybruken gikk generelt opp i 1990-årene. Selv om bruken av ecstasy fortsatt kan være stigende blant de unge, synes økningen i befolkningen sett under ett å være begrenset, i det minste på det nåværende tidspunkt.

I den amerikanske spørreundersøkelsen om narkotikabruk (United States national household survey on drugs) i 2001 rapporterte til sammenligning 4,3 % av voksne (definert som 12 år og eldre) om langtidserfaring med ecstasybruk og 9 % at de en eller annen gang hadde brukt sentralstimulerende midler (inkludert 5,3 % som rapporterte bruk av metamfetamin). Nylig bruk (siste 12 måneder) av ecstasy ble rapportert av 1,3 %, og nylig bruk av

([36]) Se figur 6 OL: Utvikling av nylig bruk (siste år) av amfetamin og ecstasy blant unge voksne (15–34 år) i Storbritannia (British Crime Survey).

Figur 7: Nyere bruk (siste år) av amfetamin, ecstasy og kokain blant unge voksne (15–34 år) ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser



Merknader: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land, bortsett fra for Frankrike der små utvalgsstørrelser gjorde det umulig å bruke undersøkelsesdata fra 2002, slik at dataene som presenteres her, er fra 2000 (se Befolkningsundersøkelser_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004).
Utvalg (*n*) refererer til antall respondenter i aldersgruppen 15–34 år. For utvalgsstørrelser med totalt antall respondenter for undersøkelsene, se Befolkningsundersøkelser_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
Ikke alle data gjelder nøyaktig samme aldersgruppe som EONN bruker som standard (Danmark og Storbritannia: 16–34. I enkelte land er de nasjonale tallene kalkulert på nytt for i størst mulig grad å tilpasses EONNs definisjoner.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabellene fra befolkningsundersøkelsene i Statistiske opplysninger 2004.

sentralstimulerende midler av 1,4 % (inkludert 0,7 % som rapporterte om bruk av metamfetamin) ([37]).

Undersøkelser og studier av ungdom

Sammenlignbare data for ungdom er hovedsakelig basert på skoleundersøkelser som fokuserer på 15- og 16-årige skoleelever.

Data fra skoleundersøkelser i 2001–02 viser at livstidsprevalensen for ecstasybruk blant 15- og 16-årige skoleelever er stabil eller synkende i seks medlemsstater (Belgia, Den tsjekkiske republikk, Spania, Italia, Ungarn og Sverige). Langtidserfaringen med ecstasy lå i disse landene mellom 1 % og 4,7 % ([38]).

England rapporterte om en økning på 1 % i livstidsprevalensen for ecstasybruk blant 15–16-årige skoleelever. Den kommende rapporten fra Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) ([39]) vil gi viktige opplysninger om trender for flere medlemsstater siden 1995 og 1999.

Bortsett fra i Ungarn er livstidsprevalensen for amfetaminbruk blant 15–16-årige skoleelever stabil eller synkende i alle land som framla nye data for 2001–02 ([40]).

Både livstidsprevalens og intensiv bruk av amfetaminlignende stoffer er generelt høyere hos menn enn hos kvinner, bortsett fra i Den tsjekkiske republikk hvor skoleundersøkelser både i regi av ESPAD og WHO har

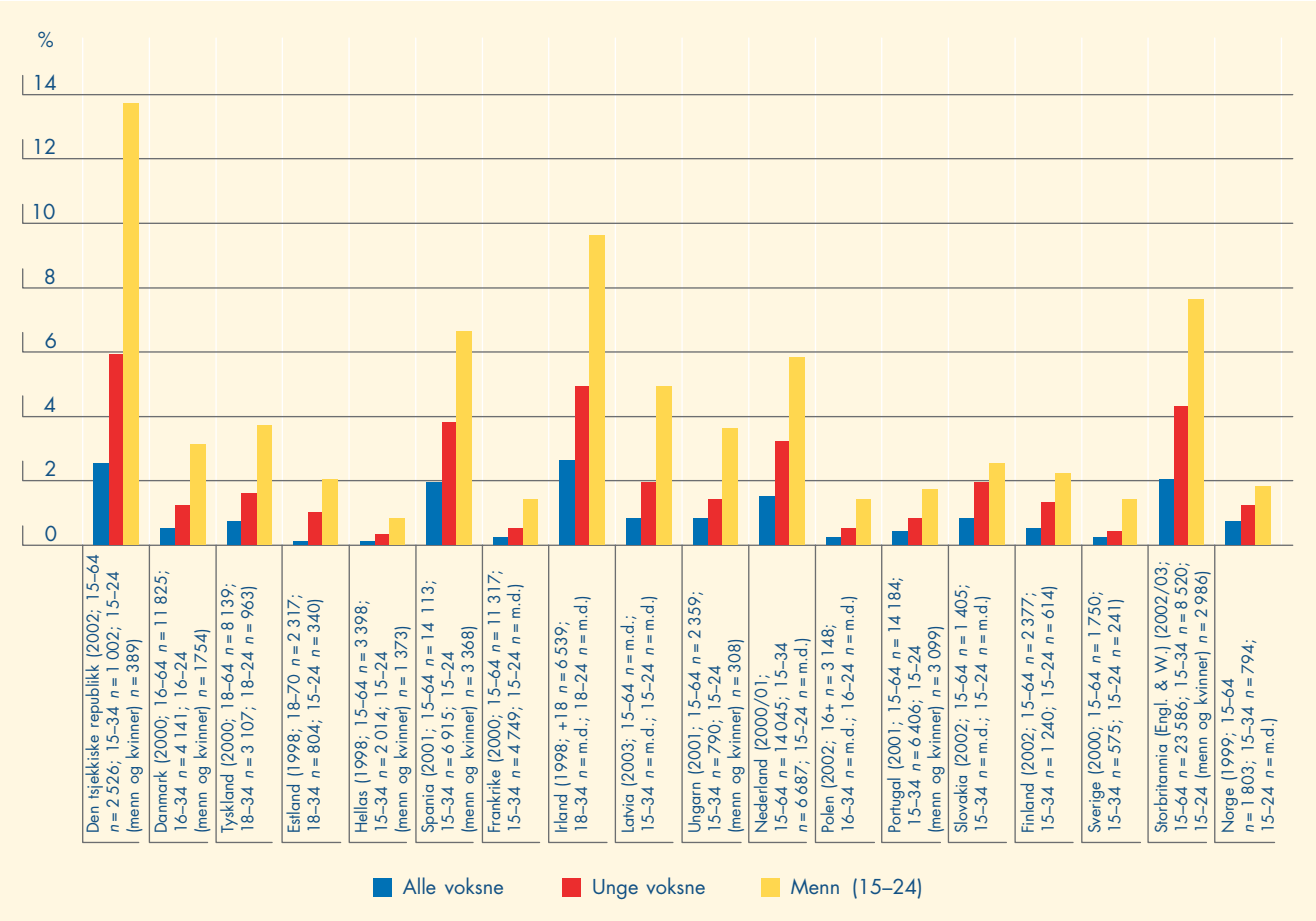
([37]) Resultater fra den nasjonale undersøkelsen av narkotikabruk og helsestatistikk gjennomført i USA i 2002 (2002 US national survey on drug use and health statistics (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies)). Se nettstedet til SAMHSA (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen EONN har brukt i undersøkelsene i EU (15–64 år).

([38]) Se Prevalens_Tbl 1 i Statistiske opplysninger 2004.

([39]) Se boks 2 OL: Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD).

([40]) Se Prevalens_Tbl 1 i Statistiske opplysninger 2004.

Figur 8: Nylig bruk (siste år) av ecstasy blant alle voksne (15–64 år), unge voksne (15–34 år) og yngre menn (15–24 år) ifølge nasjonale befolkningsundersøkelser



Merknader: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale undersøkelsene som er tilgjengelig i hvert land, bortsett fra for Frankrike der små utvalgsstørrelser gjorde det umulig å bruke undersøkelsesdata fra 2002, slik at dataene som presenteres her, er fra 2000.
Ikke alle data gjelder nøyaktig samme aldersgruppe som EONN bruker som standard (Danmark og Storbritannia: 16–34; Estland, Ungarn og Tyskland 18–34). Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en marginal diskrepans mellom landene. I enkelte land er de nasjonale tallene kalkulert på nytt for i størst mulig grad å tilpasses EONNs definisjoner.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se Befolkningsundersøkelsery Tbl 3 og Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.

funnet høyere livstidsprevalens for metamfetaminbruk (hovedsakelig 'pervitin') blant kvinner. Dette er i samsvar med funnene blant unge ved narkotikabehandlingstiltak i Den tsjekkiske republikk: mer enn halvparten av tenåringsklientene som søker behandling for problemer relatert til bruk av sentralstimulerende midler (hovedsakelig 'pervitin') er kvinner, sammenlignet med aldersgruppen 20 år og over, hvor det er dobbelt så mange mannlige klienter som kvinnelige. Det er ennå ikke framsatt noen forklaring for dette tenåringsfenomenet, men det gir en indikasjon på behovet for å følge situasjonen nøye med hensyn til kvinner og bruken av amfetaminlignende sentralstimulerende midler.

Nyere studier fra Nederland og Storbritannia viser at ecstasybruk fortsatt er langt vanligere blant ungdom som går på (dance-) fester enn i befolkningen generelt (Deehan og Saville, 2003; Ter Bogt og Engels, 2004). Det foreligger bare begrensede data om frekvensen av ecstasybruk og hvilke kvanta som inntas, men tilgjengelig informasjon tyder på svært varierende bruksmønstre. En undersøkelse gjennomført blant deltakere på rave-fester i Nederland i 2001 fant at mer enn halvparten (58 %) hadde brukt ecstasy i løpet av den siste måneden. Av disse vedgikk 17 % – som ble definert som 'aktuelle ecstasybrukere' – at de brukt ecstasy 'et par ganger i uken', og 22 % gjorde det ukentlig. En av tre (32 %) brukte ecstasy 'et par ganger i måneden'. Når det gjelder framtidige trender, har Spania rapportert at forbindelsen mellom ecstasybruk og bestemte typer musikk eller arrangementer kan være i ferd med å svekkes, og at dette stoffet kan være i ferd med å tape sin betydning når det gjelder å identifisere spesielle grupper.

Bekymringen knyttet til sentralstimulerende midler og bilkjøring er stor, men i en toksikologisk undersøkelse i Spania i 2002 av dødsulykker i trafikken ble ecstasy identifisert i bare 0,4 % av 1 441 bilførere som ble undersøkt.

Ecstasyrelaterte dødsfall

Ecstasydødsfall forekommer sjeldnere enn opiatdødsfall, men de vekker stor bekymring i befolkningen, sannsynligvis på grunn av ofrenes unge alder og det totalt uventede utfallet. Begrepet 'ecstasyrelatert dødsfall' bør defineres tydeligere. Pr. i dag kan det innebære at ecstasy er nevnt på dødsattesten, eller at det ble funnet i den toksikologiske analysen (ofte i kombinasjon med opiater, alkohol, kokain eller andre narkotiske stoffer).

Data i Reitox-rapportene for 2003 antyder at 'ecstasyrelaterte dødsfall' forekommer svært sjelden i de fleste EU-land, og dødsfall der ecstasy tilsynelatende har vært direkte involvert, forekommer enda sjeldnere (to i Østerrike, to i Frankrike, 19 i Tyskland, hvorav åtte ble tilskrevet ecstasy alene, ett i Hellas og to i Amsterdam, hvorav ett assosiert med alkohol), selv om rapporteringsprosedyrene ikke er ensartet. Storbritannia rapporterte 55 dødsfall som involverte ecstasy i 2001, mot 16 i 1998. En britisk studie av en serie på 202 tilfeller rapportert til 'Nasjonalt program for dødsfall forårsaket av rusmiddelmisbruk' (National Programme on Substance Abuse Deaths) i perioden 1996–2002 fant også en økning i antallet ecstasyrelaterte dødsfall fra 1996–97 (12 tilfeller) til 2001–02 (72 tilfeller), og i 17 % av tilfellene var ecstasy det eneste narkotiske stoffet som var nevnt (Schifano et al., 2003). Det relativt høye antallet ecstasyrelaterte dødsfall i Storbritannia kan skyldes at ecstasybruk faktisk er mer utbredt, men det kan også skyldes bedre kartleggings- og analyseprosedyrer.

Akuttinnleggelser kan også betraktes som en indikator på akutte helseproblemer relatert til stoffbruk. Fra 1996 til 2001 ble det i Spania rapportert en moderat økning i antallet akutt-tilfeller relatert til ecstasy og amfetamin ([41]) ([42]). Ettersom ingen andre land har slik systematisk innsamling av data fra akuttmottak, er det ennå ikke rapportert om tilsvarende økninger andre steder.

En britisk studie som vurderte risikoen for ecstasydødsfall i forhold til antallet brukere, fant svært store variasjoner (0,2–5,3 pr. 10 000 brukere) og understreket behovet for bedre definisjoner på både ecstasyrelaterte dødsfall og referansegrupper (Gore, 1999; Schifano et al., 2003).

En del ecstasydødsfall kan unngås ved ganske enkle tiltak som: forbedret ventilasjon, enkel tilgang til vann og ved å oppfordre til sikrere atferd gjennom helseopplysningsarbeid. Andre dødsfall synes å skyldes sjeldne allergiske reaksjoner på ecstasy. Slike uforutsigbare reaksjoner er vanskelige å forebygge, og det finnes derfor begrensede muligheter for intervensjon – utenom medisinsk hjelp.

Intervensjoner i fritidsmiljøer

Forebygging i fritidsmiljøer er sannsynligvis den best etablerte spesifikke formen for selektiv forebygging. En del medlemsstater ([43]) har hatt både innhold, retningslinjer og tjenester på plass i noen tid. Det har vært en viss økning i den forebyggende virksomheten, særlig i nye medlemsstater ([44]).

Intervensjoner kan være alt fra avholdenhetsorienterte tiltak, som den svenske kampanjen 'Det finns många anledningar att inte testa knark' sommeren 2003 (som tok sikte på å styrke de som allerede har en negativ innstilling til narkotika, og forsøke å påvirke de som ennå ikke har tatt stilling, til å velge rett vei), til pilletesting for brukere i en del land (se studien nedenfor) ([45]). I den senere tid har stadig flere medlemsstater lagt mer vekt på strukturelle tilnærminger, særlig de nordiske landene (spesielt i forhold til alkohol) og Italia. Disse er basert på utviklingen av felles samarbeidsstrategier mellom restauranter, klubber og barer, politi, rusmiddelforebyggende tjenester, restaurantarbeidernes fagforeninger og forvaltningen. Fokus legges oftest på problemstillinger knyttet til sikkerhet, førstehjelp, narkotikaovervåking samt forebygging av akuttsituasjoner og vold. De ansatte får opplæring i å identifisere risikosituasjoner og hvordan de profesjonelt skal gripe inn.

Et dansk utviklingsprosjekt om forebygging av ecstasy i to 'modelamter' ('modellfylker') fokuserte på forebyggende intervensjoner på kommunenivå (utarbeidelse av lokale handlingsplaner og en lokal narkotikapolitikk), for alle nivåer i skolen og i party-miljøer. Intervensjonene omfattet utarbeidelse av en 'nul tolerance-guide' til narkotika i festmiljøet og et nettsted med bakgrunnsstoff. Ledelse og ansatte på utestedene fikk opplæring i håndtering av narkotika. De første rapportene tyder på dårlig gjennomslag for en del tjenester, f.eks. en hjelpetelefon og en rådgivningstjeneste, som spesifikt var rettet mot ecstasy.

([41]) I Spania har alle akuttinnleggelser etter akutte reaksjoner på psykoaktive stoffer i flere år blitt kartlagt i utvalgte sykehus i hele landet i et tidsrom av én uke tilfeldig valgt hver måned. Alle 'merknader' om stoff blir registrert. For nærmere opplysninger om metoder, se nasjonale Reitox-rapporter 2003 (s. 34–6).

([42]) Se figur 7 OL: Andel merknader ved akuttmedisinske episoder som skyldes akutte reaksjoner på narkotika, Spania 1996–2001.

([43]) Se figur 8 OL: Vektleggingen i medlemsstatene av forebyggende tiltak i fritidsmiljøer.

([44]) Se tabell 5 OL: Sammendrag av parametre for forebygging i fritidsmiljøer.

([45]) Se også figur 8 OL: Vektleggingen i medlemsstatene av forebyggende tiltak i fritidsmiljøer.

Bare få personer ble lagt inn på akuttmottak eller behandlingsinstitusjon.

En ny nederlandsk-tysk-østerriksk studie (Benschop et al., 2002) ([46]) analyserte hvilken effekt pilletesting har på rusatferd og risikobevissthet hos ecstasybrukere i tre europeiske byer (Amsterdam, Hannover og Wien). Respondentene i de tre byene var forbausende like, og forskjellene mellom de som benytter seg av pilletestingstilbudet og de som ikke gjør det, var små. Den viktigste kilden til informasjon om ecstasy er jevnaldrende, mens massemedia og livsstilsmagasiner bare spiller en mindre rolle. Brukerne informerer sine venner om testresultatene. Denne uformelle måten som informasjonen spres på, betraktes som en skjult fordel ved pilletesting, for derigjennom utvides det narkotikaforebyggende nettet og terskelen senkes for å ta kontakt med forebyggende tjenester. Brukere og ikke-brukere synes å ha atskilte sosiale nettverk og blander seg ikke med hverandre, ikke en gang når de er til stede på samme tilstelning (f.eks. fester). Studien fant ingen indikasjon på at pilletesting stimulerer til ecstasybruk eller at pilletesting medfører at ecstasybrukernes krets utvides.

Behandling

Bruken av amfetaminlignende stoffer (amphetamine-type stimulants – ATS) er sjelden hovedgrunnen til at noen søker narkotikabehandling. Dette er imidlertid en sannhet med store modifikasjoner, for 52 % av klientene i Den tsjekkiske republikk, 35,3 % i Finland og 29 % i Sverige rapporterer at bruken av ATS er hovedårsak til at de har søkt behandling. I Den tsjekkiske republikk er det 'pervitin'-brukerne som står for det største behovet for behandling ([47]), og av disse er om lag en tredel tenåringer (under 20 år), og halvparten av disse igjen jenter. Både i Sverige og Finland har amfetamin historisk sett spilt en viktig rolle i den nasjonale narkotikaproblematikken, og til en viss grad er det fortsatt slik.

Beslag og markedsinformasjon ([48])

Ifølge FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC, 2003a) er det vanskelig å si noe om omfanget av produksjonen av amfetaminlignende stoffer – 'syntetiske stoffer, herunder de kjemisk beslektede stoffene amfetamin, metamfetamin og ecstasy' – ettersom 'den tar utgangspunkt i lett tilgjengelige kjemikalier som enkelt kan skjules i laboratorier'. Den årlige globale produksjonen av amfetaminlignende stoffer er imidlertid anslått til om lag 520 tonn (UNODC, 2003b). Globale beslag av amfetaminlignende stoffer toppet i 2000, da 46,2 tonn ble beslaglagt, og har siden falt til 25,7 tonn i 2002 (CND, 2004).

Metamfetamin

Av alle amfetaminlignende stoffer er metamfetamin det stoffet som produseres og smugles mest i hele verden. De største beslagene gjøres i Øst- og Sørøst-Asia (Thailand, Kina), etterfulgt av Nord-Amerika (UNODC, 2003a). Den europeiske produksjonen av metamfetamin har langt mindre dimensjoner. Bare 2 % av alle hemmelige laboratorier for framstilling av metamfetamin som ble destruert i perioden 2000–2001 lå i Europa, og da framfor alt i Den tsjekkiske republikk, Den russiske føderasjon og Slovakia. Innenfor EU har mindre produksjonsenheter også blitt rapportert i Belgia, Tyskland, Estland, Frankrike, Latvia, Litauen og Storbritannia (UNODC, 2003a,b). I Den tsjekkiske republikk er produksjon av metamfetamin rapportert siden begynnelsen av 1980-årene. Det meste har gått til lokalt forbruk, selv om en del blir smuglet til Tyskland og Østerrike (UNODC, 2003a). Selv om EONN ikke systematisk samler inn data om beslag av metamfetamin, rapporterer Den tsjekkiske republikk, Danmark, Estland, Litauen, Norge og Sverige at de gjorde slike beslag i 2002.

I 2002 lå gjennomsnittsprisen ved detaljsalg av 'pervitin' i Den tsjekkiske republikk relativt stabilt på 32 euro pr. gram, bortsett fra en periode i begynnelsen av året da prisene steg som følge av knapphet på prekursoren (efedrin). Gjennomsnittlig renhet på detaljistnivå rapporteres å være 40 %.

Amfetamin

Ut fra antallet laboratorier som ble destruert, er produksjonen av amfetamin i verden konsentrert til Europa. I 2002 ble det oppdaget amfetaminlaboratorier i Polen og Nederland, samt noen i Tyskland, Estland, Frankrike og Litauen ([49]) (Nasjonale Reitox-rapporter, 2003; CND, 2004). Nederland og Polen samt i noen mindre grad Belgia, Estland og Litauen var de viktigste kildelandene for amfetaminet som ble beslaglagt i EU i 2002.

Likeledes ble de fleste amfetaminbeslagene gjort i Vest-Europa. I volum sto denne underregionen for 86 %

([46]) I EDDRA (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2828).

([47]) 'Pervitin' er det lokale navnet på en type metamfetamin som produseres illegalt i Den tsjekkiske republikk. Det har lenge vært i bruk som rusmiddel og blir oftest injisert. Framstillingen har forbindelser til den lovlige produksjonen av efedrin (FNs organ for narkotika og kriminalitets globale undersøkelse om ecstasy og amfetamin – UNODC Global Survey on Ecstasy and Amphetamines, 2003).

([48]) Se kapittel 3: Tolking av beslag og markedsdata (s. 31).

([49]) Selv om dette ikke er tatt med på denne listen, er det i de senere år avdekket en rekke illegale amfetaminlaboratorier i Storbritannia. I begynnelsen av 2003 ble det dessuten for første gang avdekket et hemmelig amfetaminlaboratorium i Luxembourg.

av all amfetamin som ble beslaglagt i verden i 2002, mens Øst-Europa sto for 10 % og landene i Det nære østen og Midtøsten for 3 % (CND, 2004). I løpet av de siste fem årene har Storbritannia ([50]) stått for det meste av amfetaminbeslagene i EU. Den stigende trenden når det gjelder antallet amfetaminbeslag i EU ([51]), toppet i 1998, og når det gjelder kvanta ([52]) i 1997. Ut fra trendene i de landene der data er tilgjengelig, synes både beslaglagte kvanta og antallet beslag på nytt å ha gått opp siden henholdsvis 2000 og 2001 ([53]). I 2002 varierte gjennomsnittsprisen for amfetamin på brukernivå fra 11 euro pr. gram i Ungarn og Estland til 37,5 euro pr. gram i Norge ([54]). I løpet av de fem siste årene har prisene vært stabile eller synkende i de fleste landene som kan legge fram slike opplysninger.

I 2002 varierte gjennomsnittlig renhet for amfetamin på detaljistnivå fra 10 % (Tyskland) til 52 % (Norge), og nest etter Norge ble det reneste stoffet funnet i land rundt Østersjøen, dvs. Estland, Latvia, Litauen og Finland. Et unntak å merke seg her er Portugal, hvor gjennomsnittlig renhet i 2002 var under 1 %. I løpet av de fem siste årene har renheten på amfetamin vært stabil eller fallende i alle land, selv om det ble rapportert om økende renhet i 2002 i Belgia, Estland og Storbritannia.

Ecstasy

Selv om Europa fortsatt er sentrum for verdens produksjon av ecstasy, synes Europas relative betydning å avta i takt med at ecstasyproduksjonen i andre deler av verden tar seg opp, særlig i Nord-Amerika så vel som Øst- og Sørøst-Asia (UNODC, 2003a; CND, 2004). I Europa er det Nederland og Belgia som produserer mest ecstasy. I perioden 1999–2001 ble f.eks. mer enn 63 % av europeiske beslag av ecstasyprekursorer gjort i Nederland og 21 % i Belgia, og av alle laboratorier for framstilling av ecstasy som ble destruert i EU, lå 75 % i Nederland, 14 % i Belgia, 6 % i Storbritannia og 4 % i Tyskland. Nedbygging av ecstasylaboratorier (og/eller ATS-laboratorier) ble også rapportert i Estland, Spania, Latvia, Litauen, Ungarn, Polen og Norge i perioden 1991–2001 (UNODC, 2003a).

I 2002 ble 54 ecstasylaboratorier oppdaget rundt om i verden, hvorav 18 i Nederland ([55]), tre i Storbritannia, ett i Frankrike og ett i Estland (CND, 2004). Ecstasy beslaglagt i EU blir rapportert å stamme hovedsakelig fra Belgia og Nederland, men flere rapporter oppgir også Estland og Storbritannia som produksjonsland (Nasjonale Reitox-rapporter, 2003).

Omsetningen av ecstasy er fortsatt konsentrert til Vest-Europa, men i likhet med produksjonen har omsetningen i løpet av de senere årene spredt seg videre utover i verden (UNODC, 2003a). Når det gjelder beslaglagte volumer, sto Vest-Europa i 2002 for 73 % og Nord-Amerika for 20 % (CND, 2004). I løpet av de siste fem årene har Storbritannia gjennomgående vært den EU-medlemsstaten som har gjort de største beslagene av ecstasy ([56]).

Etter en nedgang i 1997 har antallet ecstasybeslag ([57]) i EU gått kraftig opp. Ut fra trendene i de landene som har data tilgjengelig, synes antallet ecstasybeslag å ha gått ned i 2002. Dette er imidlertid noe som vil kunne bekreftes når manglende data for 2002 foreligger, særlig fra Storbritannia. Når det gjelder beslaglagte kvanta av ecstasy ([58]), gikk disse kraftig opp fra 1997 til 2000 for så å flate ut i 2001. I de fleste landene som har lagt fram data, har kvantaene økt igjen i 2002.

I 2002 ble ecstasytabletter rapportert å koste gjennomsnittlig mellom 6 (Den tsjekkiske republikk) og 20–25 (Italia, Finland) euro pr. stykk ([59]). Rapporter fra den aller seneste tid (DrugScope, 2004) tyder imidlertid på at prisen på ecstasytabletter noen steder i Storbritannia er kommet helt ned i 1,5 euro pr. stykk. I løpet av de siste fem årene har ecstasytabletter blitt stadig billigere i de fleste EU-land. Denne trenden fortsatte inn i 2002 i alle land unntatt Estland, der prisen pr. tablett gikk noe opp.

Sammenlignet med for fem år siden, synes amfetamininnholdet i tabletter som selges som ecstasy å ha gått ned, mens ecstasy og ecstasylignende stoffer påvises i økende grad. I 2002 var ecstasy (MDMA) og ecstasylignende stoffer (MDEA, MDA) de eneste psykoaktive

([50]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for Storbritannia for 2002 når de blir lagt fram. Opplysninger om antallet amfetaminbeslag i 2002 var ikke tilgjengelig for Belgia, Italia, Ungarn, Nederland og Polen. Både Irland, Kypros, Ungarn, Malta, Polen, Slovakia og Storbritannia manglet data både om antallet amfetaminbeslag og om beslaglagte kvanta amfetamin i 2002.

([51]) Se Markeder_Tbl 7 i Statistiske opplysninger 2004.

([52]) Se Markeder_Tbl 8 i Statistiske opplysninger 2004.

([53]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2002 når de blir lagt fram.

([54]) Se Markeder_Tbl 14 i Statistiske opplysninger 2004.

([55]) Av totalt 43 installasjoner for produksjon av syntetiske stoffer som ble avdekket i Nederland i 2002, kunne 18 relateres spesifikt til MDMA.

([56]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for Storbritannia for 2002 når de blir lagt fram. Data om antallet ecstasybeslag i 2002 var ikke tilgjengelig for Belgia, Ungarn, Nederland og Polen; data om både antallet ecstasybeslag og beslaglagte kvanta i 2002 var ikke tilgjengelig for Italia, Kypros, Malta, Slovakia og Storbritannia.

([57]) Se Markeder_Tbl 9 i Statistiske opplysninger 2004.

([58]) Se Markeder_Tbl 10 i Statistiske opplysninger 2004.

([59]) Se Markeder_Tbl 14 i Statistiske opplysninger 2004.

stoffene som ble funnet i de fleste tabletter som var solgt som ecstasy og analysert i EU. I Belgia, Danmark, Tyskland, Litauen, Storbritannia og Norge sto disse tablettene for mer enn 95 % av det totale antallet ecstasytabletter som ble analysert. MDMA-innholdet i ecstasytabletter varierer meget fra parti til parti (selv mellom forskjellige partier med samme logo) både innenfor det enkelte land og landene imellom. I de fleste EU-land ble i 2002 gjennomsnittlig innhold av virkestoffet (MDMA) pr. tablett rapportert å ligge mellom 60 og 80 mg, selv om det er større variasjoner i Ungarn og Norge.

LSD

LSD produseres og omsettes i langt mindre grad enn andre syntetiske, f.eks. amfetaminlignende stoffer. På verdensbasis sank LSD-beslagene med 73 % mellom 2000 og 2001. I 2001 var det USA, Spania og Nederland som gjorde de største beslagene (UNODC, 2003a). Fram til 2000 var Storbritannia det EU-landet som gjorde størst antall beslag av LSD, men Tyskland har nå gått forbi Storbritannia ([60]). For EU sett under ett har både antallet LSD-beslag ([61]) og beslaglagte kvanta ([62]) gått jevnt nedover i løpet av de fem siste årene, med unntak for en liten utflating i 2000. I EU i 2002 varierte gjennomsnittsprisen for en brukerdose LSD fra 5 euro i Storbritannia til over 20 euro i Italia ([63]).

Internasjonale tiltak mot handel med syntetiske stoffer

I samarbeid med Europol utarbeidet Kommisjonen i desember 2003 en rapport om gjeldende status for større multilaterale prosjekter som kartlegger distribusjonsnettverk og erfaring som finnes på området på EU-nivå, i medlemsstatene og søkerlandene. Blant de viktigste prosjektene rapporten omtaler, er 'Samlet innsats mot syntetiske stoffer i Europa' (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe – CASE), som kombinerer rettsmedisinske data om amfetamin, produsert av Statens kriminaltekniska laboratorium (SKL) i Sverige, med kollaterte data fra politi og rettsvesen i EU for å identifisere installasjoner for produksjon av syntetiske stoffer og kriminelle organisasjoner som er involvert i produksjon og handel med syntetiske stoffer, og iverksette etterforskning. Prosjektet støttes av Europols analysearbeidssystem CASE. Et annet prosjekt, 'Europols system for sammenligning av illegale laboratorier' (Europol Illicit Laboratory Comparison System – EILCS), sammenstiller fotografisk og teknisk informasjon fra installasjoner for produksjon av syntetiske stoffer over hele Den europeiske union slik at det blir mulig å undersøke forbindelser mellom de ulike installasjonene, utstyr som er beslaglagt og personer som har tilrettelagt for levering av utstyret.

Videre produserer 'Europols system for ecstasylogoer' (Europol Ecstasy Logo System – EELS) hvert år en logokatalog som sendes ut til relevante rettshåndhevelsesorganer over hele verden. EELS har hatt et nært samarbeid med 'Det sentrale ecstasy-analyseprogrammet' (CAPE) som drives i regi av 'Det føderale kriminalpoliti' (Bundeskriminalamt – BKA).

Interpol har iverksatt et prosjekt som fokuserer på organiserte kriminelle grupper som produserer og markedsfører syntetiske stoffer. SYDRUG-prosjektet er basert på innhenting og sammenstilling av operasjonelle data med sikte på gjennomføring av multinasjonale operasjoner ([64]). Trender viser at ecstasy smugles fra Vest-Europa til Nord-Amerika, Sørøst-Asia og Oseania (Interpol, 2002).

Det blir stadig klarere at det finnes forbindelser mellom nettverkene som smugler narkotika og de som smugler prekursorer. I januar 2003 startet de første operasjonene i Project Prism, et internasjonalt initiativ for å hindre spredning av de viktigste prekursorene som brukes i den illegale framstillingen av amfetaminlignende stoffer. Den illegale virksomheten baserer seg i økende grad på farmasøytiske preparater som kilde til prekursorer (INCB, 2004b).

Systemet for tidlig varsling (EWS)

Fellestiltaket ([65]) og det tilhørende systemet for tidlig varsling (Early Warning System – EWS) ble opprettet for å identifisere nye syntetiske stoffer ([66]), vurdere risikoene ved dem og vedta en beslutningsprosess som sikrer kontroll med disse stoffene. Nye syntetiske stoffer utgjør ennå en meget

([60]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for Storbritannia for 2002 når de blir lagt fram. Data om antallet LSD-beslag i 2002 var ikke tilgjengelig for Spania, Italia, Litauen, Ungarn og Nederland; data om både antallet LSD-beslag og beslaglagte kvanta i 2002 var ikke tilgjengelig for Belgia, Irland, Kypros, Malta, Slovakia og Storbritannia.

([61]) Se Markeder_Tbl 11 i Statistiske opplysninger 2004.

([62]) Se Markeder_Tbl 12 i Statistiske opplysninger 2004.

([63]) Se Markeder_Tbl 14 i Statistiske opplysninger 2004.

([64]) SYDRUG, Interpols globale prosjekt mot syntetiske stoffer, Lyon, april 2003.

([65]) http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1346.

([66]) I EUs Fellestiltak om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll med nye syntetiske stoffer, som ble vedtatt i 1997 (EFT L 167 av 25.6.1997) defineres nye syntetiske stoffer som syntetiske narkotiske stoffer som ennå ikke er oppført i noen av tilleggene til FN-konvensjonen av 1971 om psykotrope stoffer, som utgjør en like alvorlig trussel mot folkehelsen som stoffene oppført i tillegg I og II til konvensjonen, og som har begrenset terapeutisk verdi. Fellestiltaket gjelder sluttprodukter i motsetning til prekursorer.

liten del av det totale markedet for syntetiske stoffer, som fortsatt er dominert av MDMA (ecstasy), amfetamin og LSD. Til tross for Fellestiltakets resultater når det gjelder identifisering av nye syntetiske stoffer, er det viktig å merke seg at de fleste opplysningene om nye forbindelser stammer fra de medlemsstatene som har stor analyse- og rapporteringskapasitet i form av både rettsmedisinske og toksikologiske laboratorier og operative nettverk av leverandører av slike opplysninger. Følgelig kan beskrivelsen av situasjonen gjenspeile virksomheten til de nasjonale systemene for tidlig varsling om nye syntetiske stoffer, snarere enn den faktiske situasjonen på det europeiske narkotikamarkedet.

Stoffer som kartlegges av EWS

I 2003 ble alle de ni stoffene som hadde vært gjenstand for risikovurdering siden 1998, rutinemessig kartlagt innenfor rammen av EWS, dvs. MBDB, 4-MTA, PMMA, GHB og ketamin, foruten fenetylaminene 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2. Videre ble en rekke andre stoffer som EONN har mottatt informasjon om, kartlagt, blant annet en gruppe tryptaminer (5-MeO-DMT, 5-MeO-DIPT, AMT, 5-MeO-AMT og 5-MeO-tryptamin) og piperaziner (BZP og TFMPP) ([67]).

I 2003 rapporterte både Spania og Storbritannia at politiet hadde gjort små beslag av MBDB. 4-MTA, som kom inn under Fellestiltaket i 1999, synes å ha forsvunnet fra markedet ettersom det ikke er gjort beslag av dette stoffet i de senere år. Det ble gjort ett beslag av PMMA i Sverige, og ett beslag i Danmark inneholdt tabletter med både PMMA og PMA. I Belgia rapporterte ett laboratorium om positivt utslag på PMMA i urinprøver, og dessuten rapporterte et akuttmottak om funn av PMA (kombinert med MDA og MDMA) hos en forgiftet person. Det virker som om ingen av disse tre stoffene – MBDB, 4-MTA og PMMA – lenger er særlig populære blant de som bruker syntetiske stoffer.

Når det gjelder stoffene i tryptamingruppen, ble de fleste beslagene gjort i Sverige og Finland. Men både Frankrike og Danmark rapporterte om beslag av 5MeO-DiPT. For mange tryptaminforbindelser finnes det ingen kontroll, verken nasjonalt eller internasjonalt, og disse blir derfor produsert av kommersielle laboratorier og solgt på internett som 'forskningskjemikalier' (framfor alt av amerikanske selskaper). Reseptene for syntetisering av nesten alle nye og 'gamle' syntetiske stoffer er dessuten lett tilgjengelig på internett.

BZP, som ofte finnes i kombinasjon med TFMPP, er rapportert funnet i økende mengder i Sverige, og har også vært identifisert i Belgia, Spania, Nederland og Finland.

Nye syntetiske stoffer underlagt Fellestiltakets kontroll

I perioden 1998–2002 ble fem nye syntetiske stoffer underlagt risikovurdering innenfor rammen av Fellestiltaket (MBDB, 4-MTA, GHB, ketamin og PMMA). I 2003 gjennomførte EONNs vitenskapelige komité, supplert av eksperter utnevnt av medlemsstatene og representanter for Europakommisjonen, Europol og Det europeiske kontor for legemiddelvurdering (EMEA), en risikovurdering av fire nye syntetiske stoffer, nemlig 2C-I (2,5-dimetoksy-4-iodofenetylamin), 2C-T-2 (2,5-dimetoksy-4-etyltiofenetylamin), 2C-T-7 (2,5-dimetoksy-4-(n)-propyltiofenetylamin) and TMA-2 (2,4,5-trimetoksyamfetamin) ([1]). Dette førte til at Rådet den 27. november 2003 vedtok en beslutning ([2]) om å underlegge disse fire forbindelsene kontrolltiltak og strafferettslige sanksjoner i EUs 15 medlemsstater.

Siden det bare finnes begrensede vitenskapelige data gjennomgått av fagfeller, er det særdeles vanskelig å gjennomføre spesifikke vitenskapelige risikovurderinger av nye syntetiske stoffer. Informasjon basert på studier av toksisk effekt på dyr (f.eks. av TMA-2), analogi med delvis beslektede forbindelser samt dokumentasjon fra andre informasjonskilder som individuelle brukerrapporter, media og uoffisielle publikasjoner, gir imidlertid et grunnlag for vurderingen.

([1]) Risikovurderingsrapportene er lagt ut på EONNs nettsted (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1584).

([2]) Rådsbeslutning 2003/847/JHA av 27. november 2003 om kontrolltiltak og strafferettslige sanksjoner med hensyn til de nye syntetiske stoffene 2C-I, 2C-T-2, 2C-T-7 og TMA-2.

Av de fenetylaminene som ble risikovurdert i 2003, synes 2C-I, som ofte selges som tabletter med 'i'-logo, å bli stadig mer populær – en rekke småbeslag er rapportert fra Finland, Sverige og Storbritannia, og stoffet er også funnet i Frankrike, Spania og Nederland. Videre er det gjort relativt store beslag av 2C-H (en forbindelse som ikke har virkning hos mennesker men som er en prekursor for 2C-I, 2C-C og 2C-B) i Finland og Nederland, og det foreligger bevis på at sistnevnte stoff var ment som prekursor for framstilling av 2C-I.

Syntetiske stoffer med potensial for videre spredning

Både det europeiske systemet for tidlig varsling (EWS) og risikovurderingen som EONNs vitenskapelige komité utførte innenfor rammen av Fellestiltaket, konkluderte med at GHB og ketamin er to syntetiske stoffer ([68]) som har stort potensial for videre spredning i fritidsmiljøer.

([67]) De fleste av disse stoffene er helt nye på markedet og har ikke populærnavn.

([68]) Strengt tatt er ingen av disse syntetiske stoffene 'nye' i henhold til Fellestiltakets definisjon av 1997, men etter risikovurderingen blir begge overvåket.

GHB

FNs vedtak i mars 2001 om å sette GHB under kontroll er implementert i de fleste medlemsstatene i EU. Politi eller tollvesen gjorde i 2003 beslag av GHB (oftest i flytende form) i Belgia, Danmark, Estland, Spania, Frankrike, Finland, Sverige og Norge. Rapporterte trender for GHB var blandet. Sverige rapporterte en nedgang i beslagene av GHB i 2003, Norge rapporterte en betydelig økning, mens situasjonen i Storbritannia var uendret. Nederland rapporterte også at situasjonen var uendret når det gjaldt antallet prøver av GHB innlevert til systemet for kartlegging av narkotikainformasjon (Drug Information Monitoring System – DIMS), selv om Nederlands nasjonale giftsentral rapporterte om en liten økning i antallet henvendelser om informasjon om GHB. Estland rapporterte en signifikant økning i tilgjengeligheten av GHB. Nederland og Belgia rapporterte at de hadde mottatt et lite antall prøver på GHB i pulverform.

Norge og Sverige rapporterte en klar økning i beslagene av prekursorer for GHB – GBL (gamma-butyrolakton) og BD (1,4-butandiol) ([69]) – som har mange anvendelsesområder i industrien og derfor er lett tilgjengelig (begge omdannes lett til GHB etter inntak). Norge og Sverige rapporterer at GHB-prekursorer er lettere tilgjengelig på det illegale markedet i 2003 enn i foregående år.

Spørsmål knyttet til bruken av GHB blir i stadig økende grad tatt med i narkotikaundersøkelser som gjennomføres i rekreasjonssammenheng på nattklubber og 'dance'-klubber. I Tyskland rapporterte Bundeskriminalamt økt forbruk av GHB ([70]), mens det fra Amsterdam, ifølge panelundersøkelsen Antenne Amsterdam 2002 ([71]), rapporteres at 'GHB fortsatt ble brukt i nesten alle klubbnettverk; trendsetterne syntes imidlertid å være mindre interessert i stoffet enn året før, og spredningen av GHB synes å ha stoppet opp'. I forbindelse med en pilletestingsstudie i Østerrike ble det funnet en livstidsprevalens for GHB-bruk på 12,6 % blant et utvalg på 225 unge mennesker som gikk på raves i Wien (Benschop et al., 2002).

I løpet av 2003 ble GHB påvist i prøver fra personer i Belgia, Sverige og Norge samt i prøver tatt av forgiftede personer og pasienter innlagt akutt på sykehus i Spania (Barcelona) og Nederland. Antallet GHB-relaterte akuttmedisinske tilfeller i Amsterdam var uendret fra 2001 til 2002, dvs. i overkant av 60 tilfeller i året.

Ketamin

I 2003 ble beslag og/eller påvisning av ketamin i prøver fra mennesker rapportert fra Belgia, Hellas, Spania, Frankrike, Finland, Sverige, Storbritannia og Norge. I Østerrike fant Benschop et al. (2002) en livstidsprevalens for ketaminbruk på 11,7 % i utvalget på 225 unge som går på raves i Wien. Ketamin er et lovlig veterinærpreparat og synes derfor å være lett tilgjengelig gjennom avledning fra lovlig produksjon, noe som gjør det vanskelig å forhindre at bruken sprer seg ytterligere,.

Helserisikoer ved nye bruksmønstre

Takket være EWS kunne EUs medlemsstater i 2003 utveksle verdifull informasjon om en del kontrollerte stoffer som på grunn av nye bruksmønstre utgjør en alvorlig helserisiko. EU-landene mottok f.eks. tidlige varsler om høydoserte MDMA-tabletter på grunnlag av informasjon fra Belgia, Frankrike og Europol samt om tabletter som ble solgt som ecstasy, men som inneholdt andre farlige stoffer som DOB (2,5-dimetoksy-4-bromamfetamin), etter informasjon fra Irland.

([69]) Framdriftsrapporter for 2003 fra Reitox-nettets system for tidlig varsling.

([70]) Ibid.

([71]) Antenne Amsterdam er et multimetode kartleggingssystem for identifisering og tolking av nye trender og utviklinger innen legale og illegale rusmidler og spill blant unge i Amsterdam, og for å oppdatere og forbedre det narkotikaforebyggende arbeidet.

Kapittel 5
Kokain og crack

Innledning

Kokainbrukere oppfattes ofte som enten velstående, moteriktige og velintegrerte, eller marginaliserte, ressurssvake og sosialt ekskluderte, og røyking av kokain blir spesielt forbundet med problematisk bruk. Det er viktig å merke seg at når narkotikabruk er konsentrert til bestemte undergrupper og geografiske områder, medfører dette at nasjonale datasett kan gi et dårlig bilde av trender som kan være viktige i de samfunnene eller befolkningsgruppene de opptrer i. Det at kokainbruken synes å bre om seg i Europa, og at brukerne etter hvert tilhører alle samfunnslag, vekker imidlertid stadig mer bekymring.

Prevalens av kokainbruk

Generelle befolkningsundersøkelser

Ifølge nyere nasjonale befolkningsundersøkelser vedgår mellom 0,5 % og 6 % av den voksne befolkningen å ha prøvd kokain minst én gang (dvs. livstidsprevalens). Spania og Storbritannia lå begge i den øvre enden. Nylig kokainbruk (siste 12 måneder) rapporteres generelt av under 1 % av voksne, men i Spania og Storbritannia er prevalensen for nylig bruk over 2 %. Disse tallene er klart lavere enn tilsvarende tall for cannabis, selv om utbredelsen blant unge voksne kan være betydelig høyere enn gjennomsnittet for befolkningen.

Blant unge voksne (15–34 år) varierer livstidsprevalensen fra 1 % til 10 %. Generelt sett er prevalenstallene for nylig bruk bare halvparten av det som rapporteres for langtidserfaring. Spania og Storbritannia rapporterer her tall over 4 %.

I befolkningen generelt avsluttes kokainbruken enten etter en periode med eksperimentering som ung voksen, eller forekommer sporadisk, hovedsakelig i helgene og i fritidssammenheng (barer og diskoteker).

Undersøkelser har identifisert utvalgte grupper som har et høyere kokainbruk enn befolkningen generelt. For eksempel har nyere undersøkelser i fem land (Danmark, Tyskland, Spania, Nederland og Storbritannia) funnet at rapportert livstidserfaring blant 15–24-årige menn ligger mellom 5 % og 13 %, mens tallene for nylig bruk i Spania og Storbritannia kan være så høye som 5–7 %. Sannsynligvis er bruksnivåene vesentlig høyere i urbane strøk. Dessuten har fokuserte (ikke-representative) undersøkelser blant 'dance-clubbers' funnet livstidsprevalenser for kokainbruk på mellom 40 % og 60 % (EONN, 2001).

Til sammenligning rapporterte 14,4 % av voksne (definert som 12 år eller eldre) om langtidserfaring med kokain i den amerikanske spørreundersøkelsen om narkotikabruk i 2002, noe som er høyere enn i noe europeisk land. Nylig bruk (siste 12 måneder) av kokain ble rapportert av 2,5 %, som også er høyere enn i noe europeisk land bortsett fra Spania (2,6 %) ([72]). Blant menn i alderen 18–25 var livstidsprevalensen for kokainbruk i USA i 2002 på 18,1 % og prevalensen for nylig bruk 8,4 %.

Trender innen kokainbruk

Kokaintrender er vanskelige å spore på nasjonalt plan, fordi sammenhengende nasjonale undersøkelsesserier er sjeldne, og i noen tilfeller er utvalgsstørrelsene små. Sammenhengende serier gjør det lettere å identifisere trender, særlig ved at analyse og utvalgstrekking kan fokusere på utvalgte grupper, f.eks. unge menn i urbane områder.

Befolkningen generelt

Nylig kokainbruk blant unge synes gjennomgående å ha gått opp i Storbritannia fram til 2002 ([73]) og muligens, i

([72]) Resultater fra den nasjonale undersøkelsen av narkotikabruk og helsestatistikk gjennomført i USA i 2002 (2002 US national survey on drug use and health statistics (Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA) Office of Applied Studies)). Se nettstedet til SAMHSA (http://www.oas.samhsa.gov/nhsda.htm). Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og eldre) er større enn aldersspredningen EONN har brukt i undersøkelsene i EU (15–64 år). Dersom dataene fra USA ble rapportert for aldergruppen 15–64 år, som i EU, ville tallene sannsynligvis vært høyere.

([73]) Selv om resultatene fra undersøkelsen i 2001–02 tyder på at denne økende trenden blant alle voksne og unge voksne synes å flate ut (se figur 7). Ifølge det britiske innenriksdepartementet var økningen i kokainbruk fra 1996 til 1998 og fra 1998 til 2000 vesentlig, rundt 5 %. Det var imidlertid ingen vesentlig økning fra 2000 til 2001–02.

noen mindre grad, i Danmark, Tyskland, Nederland og Spania (figur 9). Andre land har i sine nasjonale Reitox-rapporter fra 2001 til 2003 rapportert om økninger basert på lokal eller kvalitativ informasjon (Hellas, Irland, Italia og Østerrike).

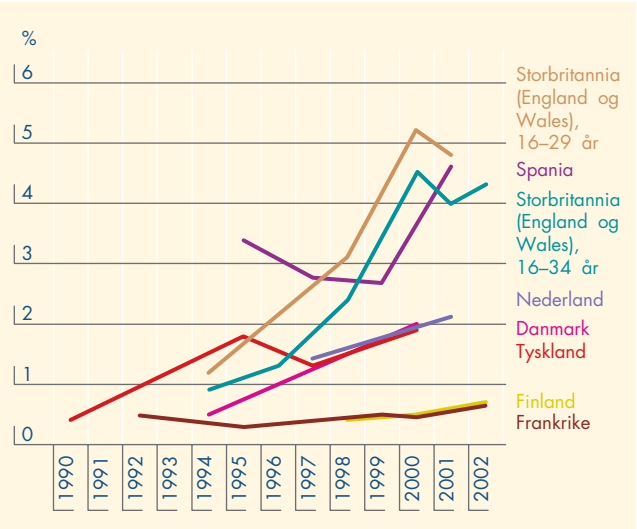
Skoleelever

Spania er den eneste medlemsstaten som legger fram nye data som viser en økning i den senere tid i livstidsprevalensen for kokainbruk blant 15–16-årige skoleelever, opp fra 4,1 % i 2000 til 5,9 % i 2002 ([74]). Selv om det ikke ble rapportert noen økning blant 15–16-årige skoleelever i Italia, ble det rapportert en økning blant eldre skoleelever i der.

Andre indikatorer

Indikatorene på kokainbruk (behandlingsetterspørsel ([75]), bruken av lavterskel rusmiddeltjenester, antallet akuttmedisinske episoder, beslag gjort av politi, toksikologiske funn ved dødsfall) har i en del land steget i bekymringsvekkende omfang.

Figur 9: Prevalens av kokainbruk (siste år) blant unge voksne i en del EU-land ifølge befolkningsundersøkelser



Merknader: Dataene er hentet fra nasjonale undersøkelser tilgjengelig i hvert land. Tallene og metodene som er lagt til grunn for den enkelte undersøkelse finnes i Befolkningsundersøkelser Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
EONN har definert unge voksne som personer i aldersgruppen 15–34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland fra 18, Frankrike (1992: 25–34 og 1995: 18–39).
Utvalgsstørrelser (respondenter) i aldersgruppen 15–34 år i hvert land for det enkelte år er presentert i Befolkningsundersøkelser Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
I Danmark representerer 1994 'tunge stoffer'.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra undersøkelsesrapporter eller vitenskapelige artikler. Se de enkelte kilder under epidemiologiske tabeller over befolkningsundersøkelser i Statistiske opplysninger 2004.

I hele EU synes kokainrelatert behandling å stige, og i noen land er denne økningen særlig uttalt. Kokain er det nest mest rapporterte narkotiske stoffet i behandlingsrapporter i Nederland og Spania (henholdsvis 35 % og 26 % av all behandlingsetterspørsel). I Europa synes de fleste søknader om behandling å være assosiert med bruken av kokainpulver (vanligvis kokainhydroklorid).

Generelt er kokainpreparater som røykes særlig assosiert med problematiske bruksmønstre. Bruk av crack som et nytt eller voksende problem i bestemte byer eller regioner ble rapportert i Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Nederland, Østerrike og Storbritannia.

Bruksmønstre

Unge rekreasjonsbrukere har generelt et lite forbruk, og vedvarende bruk forekommer sjelden. Rapporter fra en del land (Tyskland, Spania, Nederland, Østerrike og Storbritannia) tyder på at selv blant problembrukere som mottar behandling og bruker lavterskeltjenester, varierer mønstrene for kokain- og crackbruk svært meget fra person til person og over tid. Det finnes svært lite data over bruksfrekvens når det gjelder kokain og crack, og om hvilke kvanta som forbrukes. Studier fra sprøyterom viser at røyking av kokain er særlig utbredt blant kvinnelige sexarbeidere som bruker disse tjenestene (Stöver, 2001; Zurhold et al., 2001).

Bruksmåter

Mer og bedre informasjon om hvordan kokain brukes, er nødvendig for å øke forståelsen av helserisikoer og indikatorer på bruk. Kokainhydroklorid (kokainpulver) inhaleres vanligvis gjennom nesen og blir sjeldnere injisert, mens crack røykes i pipe og fribase-kokain 'snorkles' ved å puste inn røyken som produseres når stoffet varmes opp, typisk på aluminiumsfolie over flamme. Det foreligger også rapporter om at kokain røykes i sigaretter eller joints.

Fra rusmiddelomsorgen i Storbritannia rapporteres det for øvrig at crack noen ganger injiseres, men da i tilknytning til heroinbruk. Som brunt heroin er 'crack' uløselig og må derfor blandes med syre før det omdannes til sin virksomme form som løselig salt ([76]).

Røyking som den vanligste bruksmåten for kokain, i form av crack eller fribase (forskjellige preparater som farmakologisk sett kan betraktes som likeverdige), ble mindre vanlig i 2002 enn i 2000.

([74]) Se Prevalens_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.
([75]) Se figur 20 og TDI_Tbl 10 i Statistiske opplysninger 2004.
([76]) Storbritannias kriminaltekniske tjenestes enhet for narkotikaetterretning (UK Forensic Science Service Drug Intelligence Unit) (2003), Drug Abuse Trends: Crack Issue 24, s. 13)

Kokaindødsfall

Dødsfall som følge av forgiftning med kokain, amfetamin eller ecstasy, uten at opiatbruk er påvist, synes å forekomme sjelden i Europa.

Imidlertid er det sannsynlig at kokainrelaterte dødsfall ikke blir korrekt registrert i statistikken, og informasjonen rapporteres i ulike former. I en del land finnes kokain i kombinasjon med opiater i en høy andel av narkotikarelaterte dødsfall (Portugal 22 %, Spania 46 %). Dette tallet kan være like høyt i andre land, men oftest er rapporteringssystemene slik at dødsfall bare blir tilskrevet opiater der disse blir påvist. I Storbritannia ble antallet 'merknader' om kokain på dødsattestene åttedoblet i perioden 1993–2001. I Nederland gikk antallet dødsfall tilskrevet kokain opp fra 2 i 1994 til 26 i 2001. Andelen narkotikadødsfall som skyldes kokain alene, uten at opiater er involvert, varierer fra 1 % til 10 %, men de absolutte tallene er lave.

Kokain kan være en viktig medvirkende faktor til dødsfall som følge av hjerte- og karproblemer (arytmi, hjerteinfarkt, hjerneslag), særlig hos brukere som er predisponert (f.eks. hjerneaneurisme eller subklinisk hjertesykdom). Mange av disse tilfellene kan passere ubemerket fordi man er ikke er oppmerksom på forholdet og/eller på grunn av forskjeller i de sosiale situasjonen for disse ofrene sammenlignet med opiatbrukere.

En indikasjon på de potensielle farene forbundet med kokainbruk kommer fra Spania ([77]), hvor kokain i perioden 1999–2001 ble nevnt i 44–49 % av alle akuttinnleggelser som følge av akutte reaksjoner på narkotika, og i en stor andel av disse var kokain enten blitt røykt eller injisert. I Barcelona har man i lang tid under hele året samlet inn data om akuttinnleggelser ved alle de største sykehusene i byen, og derved har man også kunnet danne seg et samlet bilde av alle sykehusinnleggelser som skyldes reaksjoner på narkotiske stoffer (figur 10).

I tillegg til helseproblemene som er direkte relatert til kokain, er det økende bekymring for hvilke helserisikoer en del av stoffene som brukes til å blande ut kokainen, kan medføre. For eksempel rapporteres fenatecin som et ofte forekommende tilsetningsstoff i beslaglagte prøver på kokainpulver. Dette legemiddelet har vært forbundet med lever-, nyre- og blodforstyrrelser, også kreft.

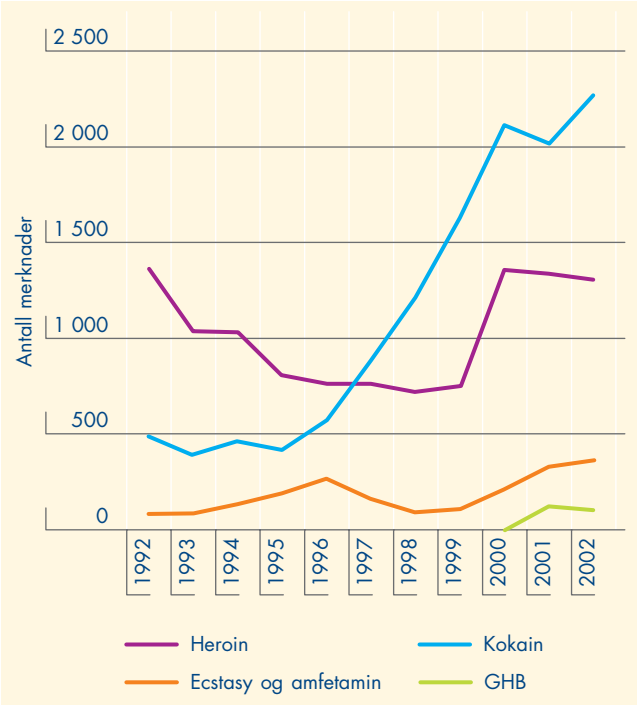
Tiltak

Behandling av problematisk bruk av kokain

Problematisk bruk av kokain blir typisk behandlet i generelle rusmiddeltiltak, dvs. sammen med klienter som behandles for bruk av andre illegale (eller legale) rusmidler. Behandlingsmetodene er i det store og hele begrenset til ikke-farmakologiske intervensjoner som tar sikte på å endre rusatferden uten hensyn til hvilke(t) stoff(er) som brukes. Det kan være snakk om lavintensive intervensjoner som rådgivning eller innleggelse på sykehus, eller høyintensive intervensjoner som langvarig behandling i institusjon. Alternative behandlingsmetoder, f.eks. akupunktur, blir også tilbudt (Seivewright et al., 2000).

Når det gjelder legemiddelassistert rehabilitering, finnes det ingen etablert farmakologisk behandling for problematisk bruk av kokain. Det finnes bare et begrenset utvalg av legemidler som kan anvendes i behandlingen av kokainbruk, og disse har liten eller ingen dokumentert effekt. To systematiske gjennomganger av litteratur fant at

Figur 10: Antallet merknader om narkotika i akuttmedisinske episoder, etter type narkotika, Barcelona, 1992–2002



Merknader: En akuttmedisinsk episode kan omfatte merknad om flere stoffer.
Kilde: Sistema d'Informació de Droges de Barcelona (2003), *La Salut a Barcelona, 2002*, Barcelona: Agència de Salut Pública, Consorci Sanitari de Barcelona.

([77]) I Spania har alle akuttinnleggelser etter akutte reaksjoner på psykoaktive stoffer i flere år blitt kartlagt i utvalgte sykehus i hele landet i et tidsrom av én uke tilfeldig valgt hver måned. Alle 'merknader' om stoff blir registrert. For nærmere opplysninger om metoder, se nasjonale Reitox-rapporter 2003 (s. 34–6).

det ikke foreligger dokumentasjon til støtte for klinisk bruk av verken karbamazepin, som har en antikonvulsiv virkning, eller antidepressive midler i behandlingen av kokainavhengighet (Lima et al., 2004a,b).

Det finnes bare et begrenset utvalg behandlingsintervensjoner som retter seg spesielt mot problematiske kokainbrukere, men det iverksettes nå en rekke initiativer som har disse klientene som målgruppe. Nederland har nylig fått et eget nettsted for kokainmisbrukere, og Storbritannia har i løpet av 2003 bygget ut sine tjenester med nye organer, sammen med nye retningslinjer og styrket opplæring. I Østerrike arbeider behandlingsapparatet med å anpasse tilbudet for problematiske kokainbrukeres behov.

Andre implikasjoner ved tilbud rettet mot kokainbrukere

Observasjoner gjort i sprøyterom med tilsyn viser at kokainrelaterte akutt-tilfeller kjennetegnes av ekstrem rastløshet og hyppig paranoia, og personalet synes det er vanskelig å vite hvordan de skal reagere (EONN, 2004a). En økning i salget av crack har vært forbundet med høyere aggresjonsnivå mellom kunder og langere (Stöver, 2001).

I den grad disse problemene direkte skyldes bruk av kokain som røykes eller hyppighet og mengde eller allerede eksisterende sosiale/psykiske problemer og narkotikaproblemer, er ikke klart. Tiltakene omfatter spesielt utarbeidet informasjonsmateriell om risikoer og sikrere bruk, sprøyterom med tilsyn, avkjølingsrom og dagsentre hvor brukerne kan trekke seg tilbake og få ro, men også poliklinisk behandling (Stöver, 2001).

Det at unge narkotikabrukere som er inne i behandlingsapparatet primært for cannabisrelaterte problemer, eksponeres for kokainbrukeres atferd og problemer, har vært kilde til en viss bekymring (Neale og Robertson, 2004).

Beslag og markedsinformasjon ([78])

Produksjon og handel

Colombia er langt den største kilden til illegal koka i verden, etterfulgt av Peru og Bolivia (UNODC, 2003a). Den globale produksjonen av kokain i 2002 har vært anslått til 800 tonn, hvorav 72 % fra Colombia, 20 % fra Peru og 8 % fra Bolivia.

Mesteparten av alt kokain som beslaglegges i Europa kommer direkte fra Sør-Amerika (særlig Colombia) eller via Sentral-Amerika og Karibia. I 2002 gikk imidlertid en del av kokainen som ble omsatt i Europa, gjennom Brasil (og derfra til Portugal) eller USA (og derfra til Italia). De viktigste innførselsstedene til EU er Spania, Portugal og Nederland, og til en viss grad Frankrike og Storbritannia (Nasjonale Reitox-rapporter, 2003; UNODC, 2003a; INCB, 2004a).

Beslag

Ifølge FNs narkotikakommisjon (CND, 2004) er kokain det tredje mest omsatte narkotiske stoffet i verden, etter cannabisplanter og cannabisharpiks. Ut fra totale beslaglagte kvanta av kokain i verden i 2002 foregikk fremdeles mesteparten av handelen med kokain i Nord- og Sør-Amerika samt Europa. 13,5 % av verdens kokainbeslag ble gjort i Europa (CND, 2004), de fleste i Vest-Europa. I perioden 1997–2002 var Spania gjennomgående det landet i EU som gjorde det største antallet kokainbeslag. I 2001 og 2002 ([79]) sto Spania for mer enn halvparten av alle beslag i EU, både i antall og kvanta.

I perioden 1997–2002 gikk antallet kokainbeslag ([80]) opp i alle land unntatt Tyskland og Italia. Ut fra trendene i land som har data tilgjengelig om dette, synes oppgangen i kokainbeslag på EU-plan å bli bekreftet i 2002.

I løpet av samme femårsperiode varierte beslagenes størrelse ([81]), men trenden er likevel oppadgående. Etter rekordstore beslag av kokain i 2001 gikk beslagene i EU vesentlig ned i 2002 ([82]) – hovedsakelig fordi beslagene i Spania (og Portugal) gikk ned i forhold til i 2001, selv om enkelte land (Tyskland, Frankrike, Italia, Norge) rapporterte om store økninger i beslaglagte kvanta kokain. Nedgangen i beslaglagte kvanta i 2002 i Spania, Nederland og Portugal, sammen med økningen rapportert fra Frankrike, Tyskland og Italia, kan tyde på et skifte i landenes relative betydning som inngangsport for kokainen som smugles til Europa (CND, 2004). Her kan det anføres at Nederland siden begynnelsen av 2002 har iverksatt radikale tiltak for å begrense den stadig økende flommen av kokainkurerer som reiser fra Karibia til Schiphol lufthavn, noe som har medført at antallet arresterte kokainkurerer har gått drastisk ned.

Selv om beslag av crack er rapportert i en del EU-land, kan disse ikke alltid skilles fra beslagene av kokain. Dermed kan altså trendene for kokainbeslagene faktisk også omfatte crack.

([78]) Se kapittel 3: Tolking av beslag og markedsdata (s. 31).

([79]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2002 når de blir lagt fram. Data om antallet kokainbeslag i 2002 var ikke tilgjengelig for Belgia, Nederland og Slovenia; data om både antallet kokainbeslag og beslaglagte kvanta i 2002 var ikke tilgjengelig for Irland, Kypros, Ungarn, Malta, Polen, Slovakia og Storbritannia.

([80]) Se Markeder_Tbl 5 i Statistiske opplysninger 2004.

([81]) Se Markeder_Tbl 6 i Statistiske opplysninger 2004.

([82]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2002 når de blir lagt fram.

Internasjonale tiltak mot handel med kokain

Kokainhandelen blir fortsatt for en stor del kontrollert av colombianske kriminelle. Imidlertid er grupper fra Albania og Afrika også involvert i distribusjonen av stoffet. Interpols Operation Trampoline avslørte kokainsmugling fra Venezuela og Colombia til Curação. Under denne operasjonen ble det identifisert en rekke store organisasjoner for omsetning som opererte fra Karibia til praktisk talt alle deler av verden (Interpol, 2002). I løpet av 2003 ble en rekke svært omfattende operasjoner for å bekjempe kokainsmugling iverksatt utenfor Europas kyster mot Atlanterhavet. Nærmere 29 tonn kokain ble beslaglagt. De fleste operasjonene ble gjennomført av spanske myndigheter.

Operation Purple, et internasjonalt program som ble lansert i 1999 for å spore kaliumpermanganat (som brukes i den illegale framstillingen av kokain), fortsatte sine vellykkede operasjoner. I løpet av 2003 ble nærmere 900 tonn av dette stoffet beslaglagt og dermed hindret fra å brukes i den illegale produksjonen av rusmidler.

I 2002 lanserte Verdens tollorganisasjon (WCO) og Interpol et felles initiativ, Operation Andes, for å sette tollvesen og politi i stand til å utveksle og analysere informasjon med sikte på å identifisere illegale forsendelser av prekursorer i Chile, Bolivia, Colombia, Argentina og Peru (WCO, 2003).

Priser og renhet

Det var store variasjoner i gjennomsnittsprisen ([83]) på kokain på detaljistnivå i EU i 2002, fra 38 euro pr. gram i Portugal til 175 euro pr. gram i Norge. I perioden 1997–2002 var gjennomsnittsprisen på kokain stabil eller fallende i alle EU-land. Tilsvarende funn ble rapportert i 2002, bortsett fra i Den tsjekkiske republikk og Litauen, hvor prisene gikk opp fra foregående år.

Sammenlignet med heroin hadde kokainen i 2002 gjennomsnittlig høy renhet, med fra 28 % i Estland til 68 % i Den tsjekkiske republikk og Norge. Fra 1997 til 2002 gikk gjennomsnittlig renhet ned i de fleste land i EU som har lagt fram tidstrender. I 2002 gikk renheten på kokain fortsatt ned i de fleste land, bortsett fra i de landene som rapporterte om høyest gjennomsnittlig renhet, f.eks. Belgia, Den tsjekkiske republikk, Luxembourg og Norge, som registrerte økt gjennomsnittlig renhet på kokain.

([83]) Se Markeder_Tbl 14 i Statistiske opplysninger 2004.

Kapittel 6
Heroin og injeksjonsbruk

Problematisk bruk av narkotika

Regelmessig, vedvarende bruk av heroin, sprøytebruk og i en del land intensiv bruk av sentralstimulerende midler ligger til grunn for en vesentlig del av de narkotikarelaterte helsemessige og sosiale problemene i Europa. Antallet personer som framviser denne typen atferd er liten i forhold til befolkningen som helhet, men konsekvensene av problematisk bruk av narkotika er omfattende. For å gjøre det mulig å få begrep om problemet og kartlegge trender over tid har EONN innledet et samarbeid med medlemsstatene for å omdefinere begrepet 'problematisk bruk av narkotika' og utarbeide strategier for å måle både omfang og virkninger.

'Problematisk bruk av narkotika' defineres operativt som 'injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiater, kokain og/eller amfetamin' ([84]). Varierende definisjoner og metodisk usikkerhet medfører at det er vanskelig å gjøre pålitelige beregninger på dette området, og derfor bør man også utvise varsomhet ved fortolkningen av forskjeller mellom land eller over tid.

Prevalens

Anslagene over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika varierer fra 2 til 10 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64 (på grunnlag av anslagenes middelverdi), eller inntil 1 % av den voksne befolkningen ([85]). Problematisk bruk av narkotika er uforholdsmessig mye utbredt i en del geografiske områder, f.eks. fattige deler av den indre bykjerne, og i enkelte spesifikke grupper, særlig unge menn. Høyere anslag er rapportert fra Danmark, Italia, Luxembourg, Portugal og Storbritannia (6–10 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64), og lavere tall er funnet i Tyskland, Hellas, Nederland, Polen og Finland (< 4 tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64; se Figur 11). I de nye medlemsstatene i EU er det bare Den tsjekkiske republikk, Polen og Slovenia som har godt dokumenterte anslag, og der ligger tallene i det lavere sjiktet, med henholdsvis 4,9, 1,9 og 5,3 tilfeller pr. 1 000 i aldersgruppen 15–64.

Selv om det har vært gjort store framskritt i beregningsmetoder, gjør mangelen på pålitelige og sammenhengende historiske data det vanskeligere å vurdere trender innenfor problematisk bruk av narkotika. Rapporter fra en del land om endringer i anslagene, understøttet av andre indikatordata, tyder på at det har vært en økning i den problematiske bruken av narkotika siden midt på 1990-tallet. Det finnes anslag tilgjengelig fra 19 land, og av disse rapporterer 9 om en økning i problematisk narkotikabruk siden midten eller slutten av 1990-tallet, nemlig Belgia, Danmark, Tyskland, Italia, Luxembourg, Finland, Sverige (mellom 1992 og 1998), Storbritannia og Norge. Økningene i Belgia og Norge er basert på anslag over sprøytebruk. Selv om det ikke finnes tidsserier for nasjonale anslag fra de nye medlemsstatene, tyder annen dokumentasjon på varierende trender. I Den tsjekkiske republikk tilsier en rekke indikatorer at den problematiske bruken av narkotika har stabilisert seg siden slutten av 1990-tallet, mens man i Estland har observert kraftige økninger i en del indikatorer på problematisk narkotikabruk. Land som er inne i en sosial og økonomisk overgangsfase, vil potensielt være svært sårbare for narkotikaproblemer. Derfor haster det å få på plass ordninger for å kartlegge problematisk bruk av narkotika i de nye medlemsstatene.

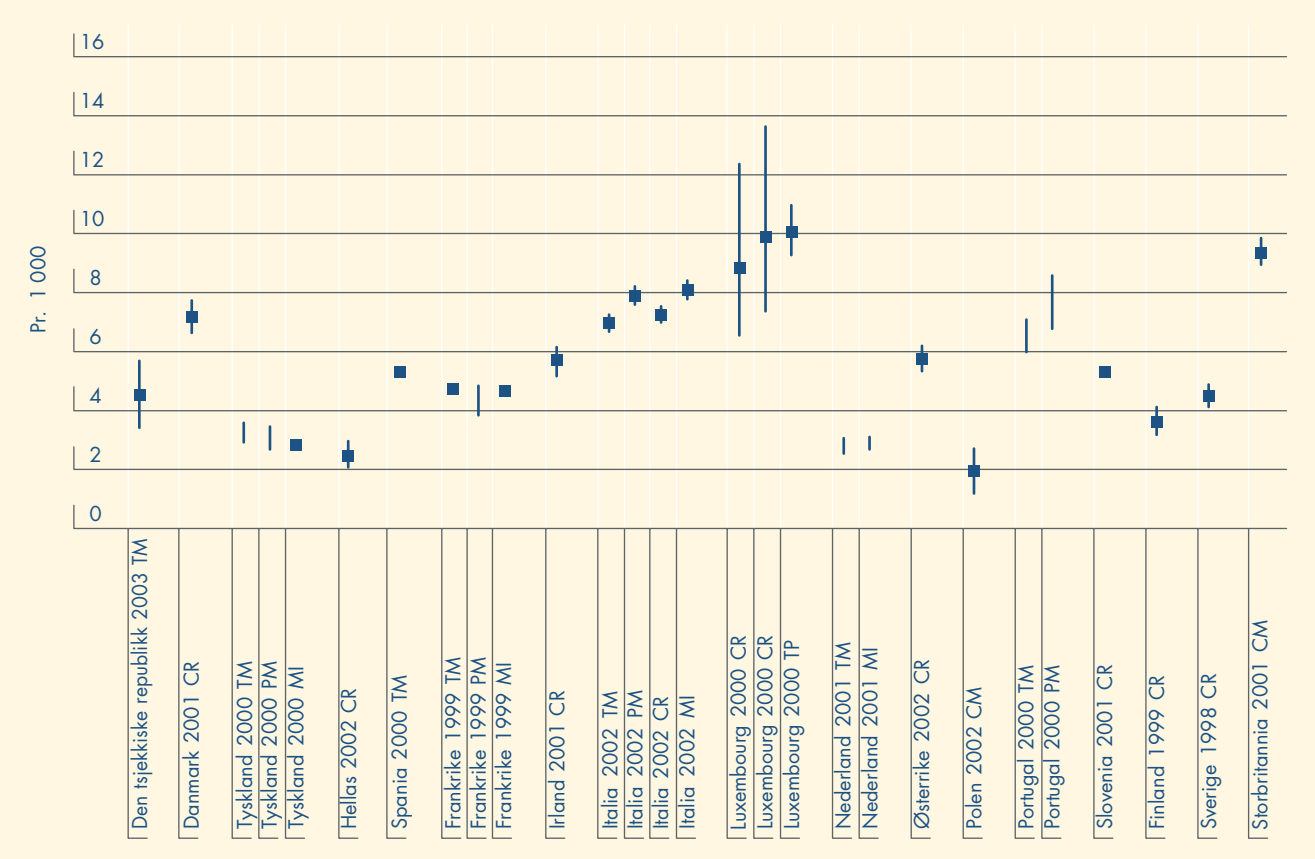
Bruksmønstre og bruksomfang

Problematisk bruk av narkotika kan deles inn i en rekke hovedgrupper. Vi kan generelt skille mellom heroinbruk, som historisk sett har stått for mesteparten av den problematiske bruken av narkotika i de fleste EU-landene, og problematisk bruk av sentralstimulerende midler, som dominerer i Finland og Sverige, hvor majoriteten av problematiske narkotikabrukere primært bruker amfetamin. På samme måte har en betydelig del av de problematiske narkotikabrukerne i Den tsjekkiske republikk tradisjonelt vært metamfetaminbrukere.

Tendensene innen problematisk bruk av narkotika synes å sprike stadig mer, og EONN foretar nå en gjennomgang av den europeiske operative definisjonen for å se om den må

([84]) Nærmere opplysninger er gitt i metodeopplysninger om problematisk narkotikabruk i Statistiske opplysninger 2004.
([85]) Se Prevalens_Tbl 3 og Prevalens_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.

Figur 11: Anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika (pr. 1 000 i aldersgruppen 15–64)



Merknader: CR = Capture-recapture; TM = Treatment Multiplier; PM = Police Multiplier; MI = Multivariate Indicator; TP = Truncated Poisson; CM = Combined Methods. Målgruppene kan variere noe avhengig av metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. For nærmere opplysninger, se Prevalens_Tbl 3 og Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004. Det svenske anslaget er tilpasset EONNs definisjon på problematisk bruk av narkotika. Det spanske anslaget omfatter ikke problematisk bruk av kokain – et høyere anslag finnes i Prevalens_Tbl 3 og Tbl 4, hvor denne gruppen også er tatt med, men som kanskje ikke er like pålitelig.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter. Se også EONN-prosjektet *Nasjonale anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika i Den europeiske union, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, Lisboa, EONN, 2003. Samordnet av Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/? nnodeid=1372).

revideres i lys av at narkotikasituasjonen hele tiden endrer seg. For eksempel har de fleste land fått større problemer knyttet til blandingsbruk av rusmidler, mens en del land hvor opiatproblemene historisk har vært dominerende, nå rapporterer om en endring i retning av andre narkotiske stoffer. Selv om Spania rapporterer reduserte anslag over problematiske opiatbrukere, observeres samtidig en økning i kokainrelaterte narkotikaproblemer, men det finnes ingen pålitelige tidstrender for problematisk bruk av narkotika som også omfatter problematisk bruk av kokain. Tyskland og Nederland rapporterer om en økende andel av crackbrukere i populasjonene av problembrukere, men det totale anslaget over problembrukere i Nederland er uforandret.

Et veid gjennomsnitt over problematisk bruk av narkotika i EU ligger sannsynligvis på mellom fire og sju tilfeller pr. 1 000 innbyggere i aldersgruppen 15–64, som altså betyr 1,2–2,1 millioner problembrukere i det utvidede EU, hvorav et sted mellom 850 000 og 1,3 millioner er aktive sprøytebrukere. Disse tallene er likevel langt fra sikre og vil måtte justeres etter hvert som flere data kommer inn fra medlemsstatene.

Sprøytebruk

Sprøytebrukere er svært utsatt for negative konsekvenser, og det er derfor viktig å behandle injeksjonsbruk for seg, som en kjernekategori av problematisk narkotikabruk.

Anslag over injeksjonsbruk beregnes ved hjelp av indirekte (teknisk sett multiplikator-) metoder på grunnlag av dødelighetsdata eller data over utbredelsen av humant immunsviktvirus (HIV) eller hepatitt C-smitte (HCV). Også her er datakvalitet og metodespørsmål gjenstand for fortolkning, for i disse anslagene er det f.eks. vanskelig å skille aktuell sprøytebruk fra langtidserfaring, og enhver

Figur 12: Anslag over utbredelsen av injeksjonsbruk av narkotika (pr. 1 000 i aldersgruppen 15–64)

Merknader: IDU = Injecting Drug Use; MM = Mortality Multiplier; HM = HIV multiplier; CM = Combined Methods for beregning av antall sprøytebrukere. Målgruppene kan variere noe avhengig av metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Multiplikatorene for dødelighet og HIV forutsettes å gi anslag over (hovedsakelig aktuell) injeksjonsbruk av narkotika, som bare er en del av den problematiske broken av narkotika. De andre metodene forutsettes å gi anslag over problematisk bruk av narkotika. For nærmere opplysninger, se Prevalens_Tbl 3 og Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter. Se også EONN-prosjektet *Nasjonale anslag over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika i Den europeiske union, 1995–2000*, CT.00.RTX.23, Lisboa, EONN, 2003. Samordnet av Institut für Therapieforschung, München (http://www.emcdda.eu.int/? nnodeid=1372).

sammenligning mellom land bør gjøres med varsomhet. Tilgjengelige nasjonale anslag over injeksjonsbruk varierer mellom to og seks tilfeller pr. 1 000 i aldersgruppen 15–64 (Figur 12).

En analyse av utbredelsen av sprøytebruk blant heroinbrukere i behandling avslører markerte forskjeller landene imellom når det gjelder prevalensen av aktuell sprøytebruk, og den viser også at trendene varierer over tid ([86]). Tilgjengelige data viser at under halvparten (43 %) av de som for første gang får behandling for heroinbruk, rapporterer om aktuell sprøytebruk, mens andelen for alle klienter i behandling er to av tre (62 %) (veid gjennomsnitt). I en del land (Spania, Nederland, Portugal) synes en relativt liten andel av heroinbrukerne å bruke sprøyte, mens injisering av heroin fortsatt er normen i andre land (Den tsjekkiske republikk, Slovenia, Finland). I flere av de gamle EU-landene som har data tilgjengelig, synes sprøytebruken å ha gått ned på 1990-tallet. Det vekker imidlertid bekymring at sprøytebruken i enkelte andre land (Tyskland, Irland, Finland) ikke synes å gå ned, ja endog være på vei opp, mens det i de nye medlemsstatene, i det minste de som har lagt fram data om dette, virker som om nesten alle heroinbrukere injiserer.

Beslag og markedsinformasjon ([87])

Produksjon, handel og beslag av opiater

Mesteparten av verdens illegale opium og heroin kommer fra bare et par land (UNODC, 2003a). Verdens samlede produksjon av illegal opium var i 2002 anslått til om lag 4 500 tonn, hvorav Afghanistan sto for 76 %. Resten kom for det meste fra Sørøst-Asia, med ca. 18 % fra Myanmar og 3 % fra Laos. Opiumsproduksjonen i verden har vært stabil de siste fem årene, bortsett fra i 2001, da Taliban-regimet i Afghanistan nedla forbud mot dyrking av opiumsvalmuen, som resulterte i en kraftig, men kun kortvarig nedgang.

([86]) Se figur 9 OL: Trender innen injeksjonsbruk.

([87]) Se kapittel 3: Tolking av beslag og markedsdata (s. 31).

Heroinen som brukes i EU er overveiende produsert i Afghanistan eller langs smuglerrutene, dvs. framfor alt Tyrkia (UNODC, 2003a), og den føres inn i Europa langs to hovedruter. Den historisk viktige Balkan-ruten spiller fortsatt en avgjørende rolle i heroinsmuglingen. Etter sin vei gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia deler ruten seg i en sørlig vei gjennom den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia (FYROM), Albania, deler av Italia, Serbia, Montenegro og Bosnia-Hercegovina, og en nordlig vei gjennom Bulgaria, Romania, Ungarn og Østerrike. Siden midten av 1990-tallet har smuglingen av heroin til Europa i økende grad gått via Silkeveien over Sentral-Asia, Kaspihavet og Den russiske føderasjon (Nasjonale Reitox-rapporter, 2003; UNODC, 2003a; CND, 2004; INCB, 2004a). Dette er de viktigste smuglerrutene, men det er tidvis også gjort beslag andre steder, blant annet i en del land i Afrika og i Colombia.

I tillegg til den heroinen som importeres, produseres en del opiater i EU. Denne produksjonen gjelder for det meste en begrenset hjemmeproduksjonen av valmueprodukter (f.eks. konsentrater av knuste stengler eller frøkapsler) i en del av de nye EU-landene (Den tsjekkiske republikk, Estland, Litauen, Polen). Det finnes dokumentasjon på at denne hjemmeproduksjonen fortrenges på det illegale markedet av importert heroin.

Regnet i volum sto Asia (52,5 %) og Europa (28,1 %) fortsatt for brorparten av all heroin som ble beslaglagt i verden i 2002 (CND, 2004), og innenfor Europa ble det meste tatt i vest. Siden 1998 har Storbritannia vært det EU-landet som har gjort både de største og de fleste heroinbeslagene, etterfulgt av Spania ([88]). I 2001 sto Storbritannia for en tredel av alle heroinbeslag og 40 % av den total mengden heroin beslaglagt i EU.

I EU var beslaglagte mengder heroin ([89]) stabilt fram til 1998, for så å gå opp i 1999 og 2000. Ut fra trendene i land som har data tilgjengelig, synes totalmengdene beslaglagt i EU å ha ligget stabilt siden 2000 ([90]) selv om antallet heroinbeslag i 2002 gikk ned i alle land som har data tilgjengelig ([91]).

Noe som har vekket bekymring, er de siste rapportene om smugling av fentanyl, et syntetisk opiat som kan være hele 100 ganger kraftigere enn heroin ([92]). I den senere tid er det rapportert om beslag i en del av landene rundt Østersjøen og i Den russiske føderasjon. Sverige gjorde to beslag av fentanyl i 2002 og 23 i 2003. I Estland ble det i slutten av 2001 funnet fentanyl og metylfentanyl på markedet som erstatning for heroin, og dette førte til 68 beslag av fentanyl og 11 av metylfentanyl i 2002. Finland beslagla i 2002 en stor forsendelse av 3-metylfentanyl som var ment for videresalg. I Litauen ble det funnet fentanyl i seks beslag i 2002. FNs internasjonale narkotikakontrollråd, INCB (2004a), rapporterte at det nylig ble gjort et beslag på 41 kg fentanyl i Ukraina, og at tre laboratorier hvor stoffet ble syntetisert, var destruert. En kraftig økning i tilgangen på fentanyl på narkotikamarkedet i Europa ville være svært bekymringsfull i og med at dette stoffet har et stort skadepotensial. Dette blir understreket i rapportene fra De baltiske landene de siste to årene, hvor det rapporteres om overdosedødsfall der fentanyl ble funnet i de toksikologiske analysene, ofte sammen med heroin. Her må vi være på vakt, for dette stoffet risikerer å unnslippe rapportering, særlig dersom det blandes med illegal heroin for å øke den totale styrken. Dessuten er det en del anekdotiske rapporter om bruk av avledede fentanylprodukter – i Hellas foreligger det f.eks. rapporter om narkotikabrukere som utvinner fentanyl fra det smertestillende depotplasteret Durogesic®.

Buprenorfin, et syntetisk opioid, synes å ha kommet inn på svartebørsen i en del EU-land, som Den tsjekkiske republikk, hvor Subutex® dukket opp i 2002, og i Storbritannia, som har rapportert om beslag de siste tre årene. Finland rapporterte betydelige beslag av Subutex® i 2001 og 2002, og Norge rapporterte et stort beslag av Temgesic® i 2002. Dette er i og for seg ikke overraskende ettersom det i mange land er blitt ganske mye vanligere å forskrive buprenorfin. Dette legemiddelet er imidlertid formulert for at misbrukspotensialet skal være så lavt som mulig, og derfor bør disse rapportene følges nøye opp.

Internasjonale tiltak mot handel med heroin

Det har vært satset stort på internasjonalt samarbeid for å møte utfordringen som den økte produksjonen av heroin i Afghanistan representerer (Europol, 2003). Siden 2002 har Interpol-prosjektet NEHRO ([93]) fokusert på en ny smuglerrute mellom Sentral-Asia og Vest-Europa (Interpol, 2002; Europol, 2003). Verdens tollorganisasjon (WCO) har også iverksatt Operation Tamerlane, som tar sikte på å integrere arbeidet til tollvesen, politi og grensevakter i alle land langs Silkeveien (WCO, 2003a).

([88]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2002 når de blir lagt fram. Data om antallet heroinbeslag i 2002 var ikke tilgjengelig for Belgia, Italia, Ungarn, Nederland og Polen; data om både antallet heroinbeslag og beslaglagte kvanta i 2002 var ikke tilgjengelig for Irland, Kypros, Malta, Slovakia og Storbritannia.

([89]) Se Markeder_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.

([90]) Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2002 når de blir lagt fram.

([91]) Ibid.

([92]) Personer som ved et uhell får i seg fentanyl som de tror er heroin, løper en svært stor risiko for forgiftning.

([93]) 'Den nye nordlige ruten' for heroinsmugling.

Operation Topaz, som er et internasjonalt program som tar sikte på å hindre spredning av eddiksyre, som er et viktig stoff i framstillingen av heroin, avdekket i 2003 handelsnettverk og stråselskaper i Europa som avledet dette produktet. Afghanistan og andre asiatiske land sluttet seg til operasjonen. Operation Topaz er bare et av mange internasjonalt samordnede programmer som retter seg både mot prekursorene som trengs for den illegale produksjonen av narkotika, og mot det narkotiske stoffet som produseres, og representerer i så måte en trend.

Priser og renhet

I Europa forekommer heroin i to former: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform) og den mindre vanlige og dyrere hvite heroinen (i saltform), som typisk har sin opprinnelse i Sørøst-Asia. I 2002 varierte ifølge rapportene gjennomsnittsprisen i EU på brun heroin mellom 29 euro pr. gram i Ungarn og 161 euro pr. gram i Sverige, mens prisen på hvit heroin lå mellom 32 (Ungarn) og 213 (Sverige) euro pr. gram ([94]). Prisforskjellene gjenspeiler sannsynligvis renheten på stoffet. De fem siste årene har gjennomsnittsprisen i detaljsalg for begge typene heroin vært stabil eller fallende i de landene som har lagt fram data, bortsett fra i Den tsjekkiske republikk, hvor det er rapportert en prisoppgang. I 2002 gikk gjennomsnittprisen på brun heroin ned i seks av ni EU-land som la fram data, men for hvit heroin rapporterte de fleste (fire av seks) land stigende gjennomsnittspris.

I 2002 varierte gjennomsnittlig renhet på brun heroin på gatenivå i EU fra 10 % i Luxembourg til 43 % i Spania, mens den for hvit heroin varierte fra 7 % i Estland og Finland til 75 % i Norge. I løpet av de fem siste årene har heroinens renhet falt eller vært stabil i de fleste EU-land. I 2001 økte renheten på brun heroin i de fleste land som har lagt fram slike data (7 av 10), men denne utviklingen ble snudd i 2002 da gjennomsnittlig renhet ble rapportert å ha falt betraktelig i fem (av sju) land: Belgia, Danmark, Luxembourg, Portugal, Storbritannia og Norge. Gjennomsnittlig renhet på hvit heroin på gateplan gikk ned både i 2001 og i 2002, men bare tre land (Danmark, Estland, Finland) har tidstrender.

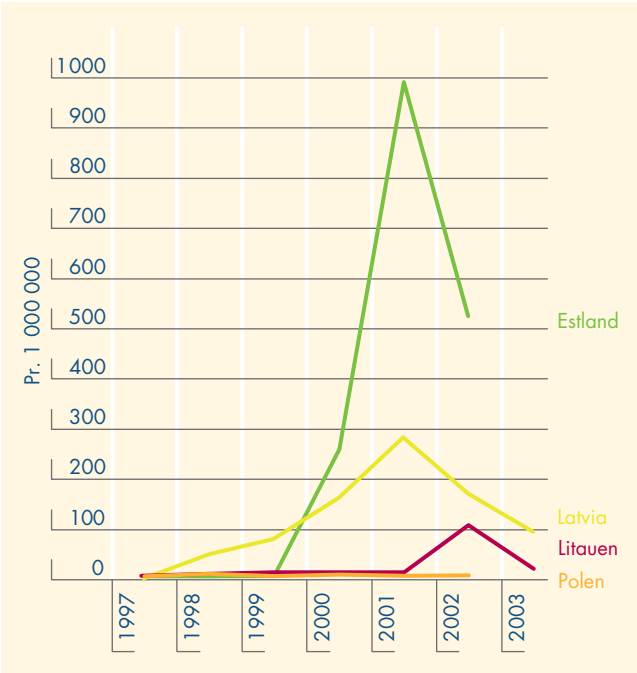
Narkotikarelaterte infeksjonssykdommer

HIV

HIV-epidemien sprer seg raskt i en del av de nye EU-landene og deres nabostater. Estland, Latvia, Russland og Ukraina er blant de landene som har den raskest voksende HIV-epidemien i verden. Utbredelsen varierer mye i de andre nye EU-landene, og flere av dem risikerer fortsatt tilsvarende utbrudd. Blant de 'gamle' EU-landene har en del så langt unngått større HIV-epidemier blant sprøytebrukerne, men det er nå tegn til økt risiko.

En analyse av meldingsdataene angående sprøytebrukere tyder på at HIV-insidensen toppet i Estland og Latvia i 2001, med henholdsvis 991 og 281 tilfeller pr. million innbyggere, etterfulgt av en nedgang i 2002 til det som fortsatt må betegnes som svært høye tall – 525 og 170 pr. million innbyggere hvert år (Figur 13) (EuroHIV, 2003). Mulige årsaker til nedgangen som er observert, er ulike forhold ved rapporteringen, saturasjon blant de mest risikoutsatte sprøytebrukerne og/eller atferdsendring. Av de nye EU-landene var det Estland (6,2–13 %), Latvia (6,6–14,6 %) og Polen (6,8–9,1 %) som rapporterte om høyest prevalens i de ulike nasjonale utvalgene av sprøytebrukere som ble testet i 2001–2003, og samtidig fant man lokale topper på henholdsvis 41 % (av 964), 22 % (av 205) og 29,7% (av 165) i disse tre landene. I Estland synes HIV-prevalensdata fra mange kilder å bekrefte en nylig nedgang i prevalensen blant testede sprøytebrukere (6,2 % i 2002, av et utvalg på 1 186 sprøytebrukere trukket ut nasjonalt, som er ned fra 13 % av 2 078 i 2001) Ifølge nasjonale data fra behandlingstiltak i Latvia synes også dette landet å ha synkende HIV-prevalens blant testede

Figur 13: Rapporterte nylig diagnostiserte tilfeller av HIV-infeksjon blant sprøytebrukere pr. million innbyggere i en del nye medlemsstater i EU



Kilde: Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS (EuroHIV).

([94]) Se Markeder_Tbl 14 i Statistiske opplysninger 2004.

sprøytebrukere (fra 13,7% i 2001 til 6,6 % i 2003), mens data fra andre nasjonale (sykehus og arrestasjoner: fra 7,8 % i 2000 til 14,6 % i 2002) og lokale kilder (forskjellige miljøer i Riga-området og Tukums: fra 18,3 % i 2000 til 22,0 % i 2003) indikerer fortsatt økning i prevalensen i andre utvalg av testede sprøytebrukere. Så sent som i 2002 fikk Litauen på grunn av et større utbrudd i et fengsel, en kraftig økning i nyrapporterte HIV-tilfeller, men likevel er prevalensen blant sprøytebrukere lav (i 2002 og 2003, henholdsvis 1,0 % av 2 831 og 2,4 % av 1 112 sprøytebrukere fra forskjellige miljøer på nasjonalt plan, og 0,6 % av 641og 0,4 % av 235 sprøytebrukere som deltok i et sprøytebytteprogram i Vilnius, og i 2003, 0,4 % av 235). Utbruddet i fengselet illustrerer hvor mye det haster å iverksette forebyggende tiltak i dette landet og i andre regioner som fortsatt har lav HIV-prevalens blant sprøytebrukere, og hvilken viktig rolle fengsler kan spille i spredningen av HIV blant sprøytebrukere (Dolan, 1997–98; Dolan et al., 2003).

I Polen tilsier nasjonale prevalensdata fra folkehelselaboratorier synkende prevalens blant testede sprøytebrukere, fra 10,7 % (av 3 106) i 2000 til 6,8 % (av 2 626) i 2002. Denne nedgangen samsvarer med utviklingen for nyrapporterte tilfeller blant sprøytebrukere, som gikk ned fra en topp på 8,6 pr. million innbyggere i 2000 til henholdsvis 5,1 i 2001 og 6,9 i 2002. Lokale prevalensdata tyder imidlertid på høy prevalens i Pomorskie-regionen i 2002 (30 % av et utvalg på 165 sprøytebrukere rekruttert blant brukere i behandling og på gaten; 15 % av 69 bare i gateutvalget). Det bør likevel anføres at prevalensen blant sprøytebrukere i behandling kan gi for høye anslag over prevalensen i befolkningen av sprøytebrukere som helhet. I de andre nye EU-landene lå HIV-prevalensen blant sprøytebrukere fortsatt lavt i 2000–2001, selv om nyere data for det meste mangler. HIV-prevalensen var gjennomsnittlig under 1 % i Den tsjekkiske republikk, Slovenia og Slovakia, tilsvarende det som ble funnet i nabolandene Romania og Bulgaria, som også har søkt om medlemskap i EU (EONN, 2003a). Selv om disse landene så langt har unngått HIV-epidemier blant sprøytebrukerne, kan en økning i injeksjonsbruk av narkotika føre til økt prevalens av HIV-infeksjon og hepatitt i den nærmeste framtid dersom det ikke iverksettes hensiktsmessige forebyggende tiltak (se Nedgang i narkotikarelaterte infeksjoner i i dette kapitlet).

Ifølge data rapportert om HIV-tilfeller i de tidligere 15 medlemsstatene i EU synes HIV-epidemien blant sprøytebrukere generelt sett å ha stabilisert seg eller være på tilbakegang, med tall for 2002 fra 1,3 nye tilfeller pr. million innbyggere i Hellas til 115,7 i Portugal (som er ned til 88,4 i 2003) (EuroHIV, 2004). Ettersom de landene som har de største injeksjonsrelaterte epidemiene ikke har nasjonale ordninger for rapportering av nye HIV-tilfeller, kan tidstrender over rapporterte tilfeller være villedende på EU-nivå. Seroprevalensdata for sprøytebrukere kan derfor være et nyttig supplement. Tilgjengelige nasjonale prevalenstall indikerer store variasjoner både landene imellom og innenfor det enkelte land: fra 0–1 % i Finland (data fra sprøytebytteprosjekter) til 9,7–35 % hos narkotikabrukere i ulike nasjonale utvalg i Spania (2001–2003) (Figur 14). Selv om prevalensen hos testede sprøytebrukere generelt er stabil eller fallende ([95]), betyr ikke stabile prevalenstall at ingen lenger blir smittet, og en del land har på lokalt eller regionalt nivå hatt en økning i prevalens siden midten av 1990-tallet. Dessuten mangler det nyere data fra en del områder som tidligere har rapportert om økning. Den økte prevalensen tyder på at de forebyggende tiltakene som er satt inn i disse områdene kanskje ikke har vært tilstrekkelige, til og med i en del områder som lenge har hatt en HIV-epidemi. At HIV-infeksjon fortsatt blir overført mellom sprøytebrukere i flere områder, ser vi også av den høye prevalensen hos unge (under 25) og nye sprøytebrukere (med mindre enn to års sprøytebruk) (EONN, 2003b) ([96]). Der hvor det har vært høy HIV-prevalens blant sprøytebrukere, er det viktig å opprettholde innsatsen for å forebygge smitteoverføring til nye sprøytebrukere, til sprøytebrukernes seksualpartnere og fra mor til barn.

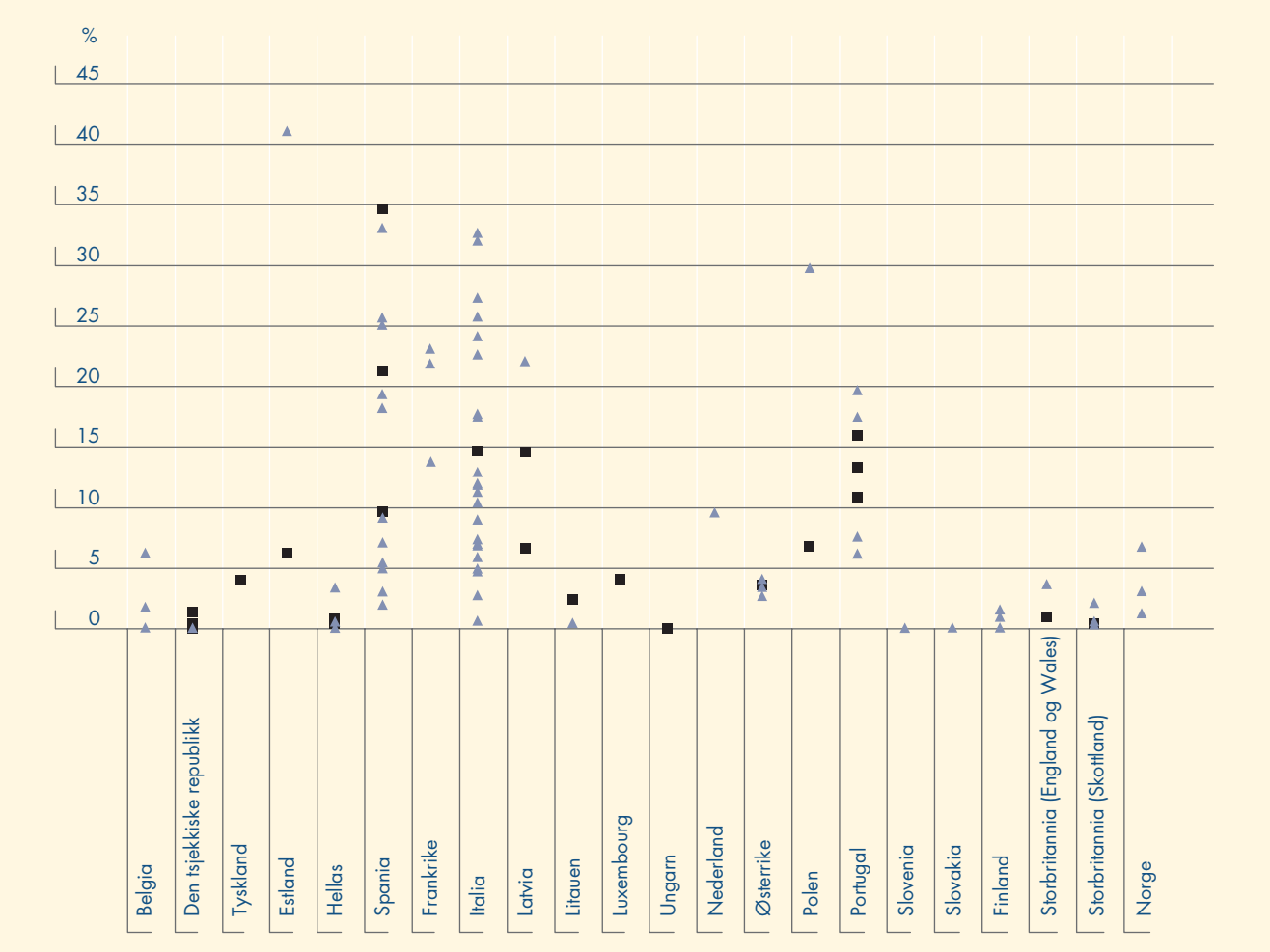
Hepatitt B og C og andre infeksjonssykdommer

Prevalensen av antistoffer mot hepatitt B-viruset (HBV) (6–85 %) og mot hepatitt C-viruset (HCV) (17–95 %) blant sprøytebrukere i EU er generelt ekstremt høy og indikerer et enormt behov for forebygging og behandling (figur 15). Når prevalensen av HCV er lavere (25–33 %) i en del av de landene som også har lav HIV-prevalens (deriblant noen av de nye EU-landene: Ungarn, Slovenia, Slovakia), kan dette tyde på at høyrisikoatferd ikke er utbredt i disse landene. Derfor kan det fortsatt være mulig å forebygge spredningen av disse sykdommene gjennom skadeforebyggende intervensjoner (se under).

Sprøytebruk kan være smitteveien for en rekke andre infeksjonssykdommer. F.eks. har Storbritannia i de senere år hatt utbrudd av stivkrampe og sårbotulisme hos sprøytebrukere, som muligens er knyttet til smitte gjennom heroin og/eller bestemte injiseringspraksiser (Hope et al., 2004). Prevalensen av tuberkulose (TB) blant sprøytebrukere i EU synes å være generelt lav og øker heller ikke, kanskje bortsett fra i De baltiske landene (Migliori og Centis, 2002). I nabolandene i Øst-Europa er

([95]) For ytterligere opplysninger om disse dataene og originalkilder, se Infeksjonssykdommer_Tbl 1 og Infeksjonssykdommer_Tbl 8 i Statistiske opplysninger 2004.
([96]) Ibid.

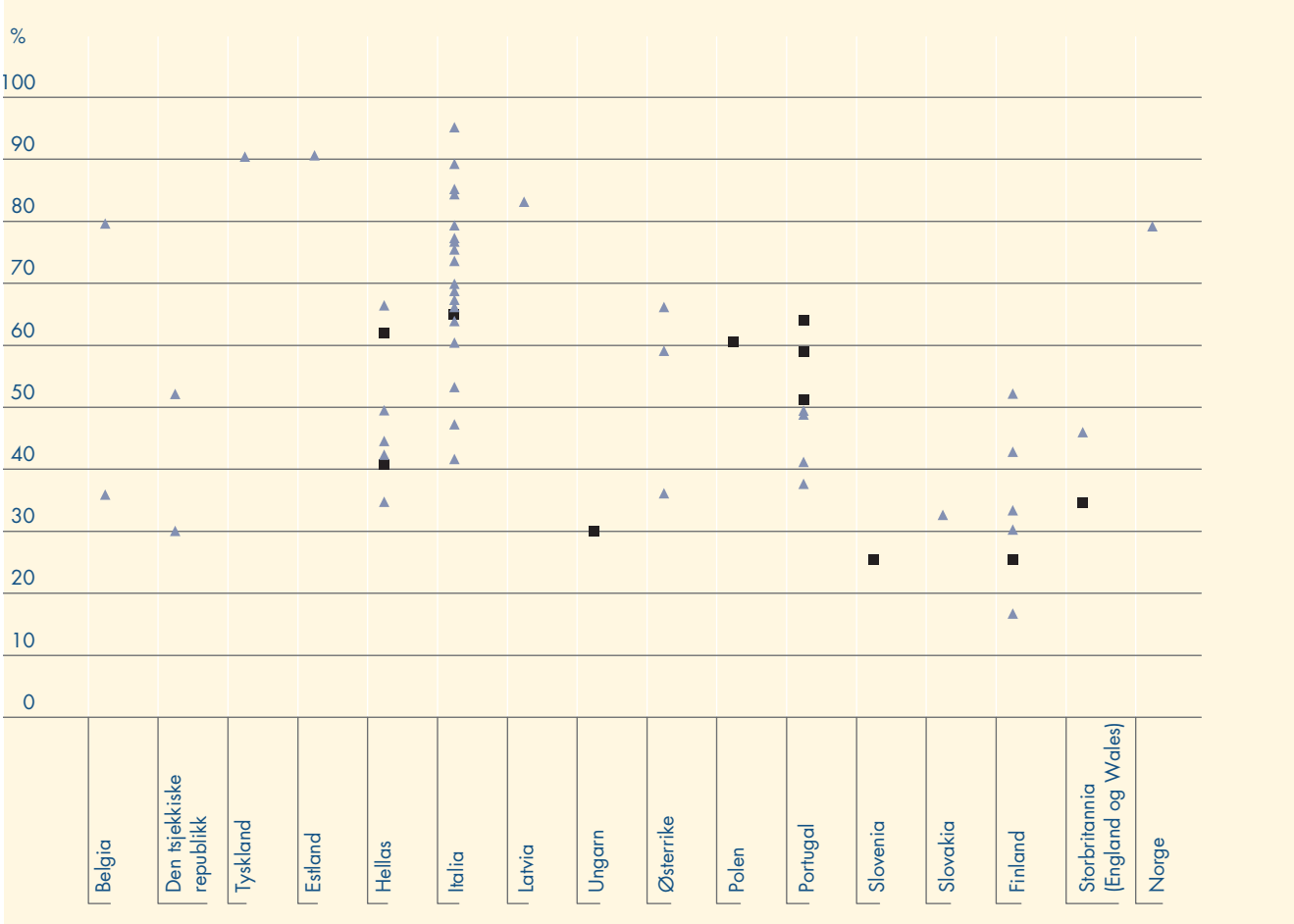
Figur 14: HIV-prevalens blant sprøytebrukere – studier med nasjonal og lokal dekning 2001–2003



Merknader: ■ = utvalg med nasjonal dekning; ▲ = utvalg med lokal/regional dekning.
Forskjellene landene imellom må tolkes med varsomhet da miljøer og/eller studiemetoder kan variere. Strategiene for nasjonal utvalgstrekking varierer også.
Dataene for Portugal og Italia omfatter også ikke-sprøytebrukere og kan derfor gi et for lavt anslag over prevalensen blant sprøytebrukere (andelen ikke-sprøytebrukere i utvalgene: Italia 5–10%, Portugal ukjent). For Frankrike er dette tilfelle for noen av utvalgene.
Dataene for Tyskland, Italia, Ungarn, Portugal og Slovakia er begrenset til utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere i behandling og er muligens ikke representative for utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere utenfor et behandlingsopplegg.
Dataene for Tyskland og Luxembourg, og delvis for Belgia og Frankrike, er basert på egenrapporterte testresultater, som er mindre pålitelige enn klinisk dokumenterte tester.
Kilde: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, se nærmere opplysninger og data fra før 2001 i Infeksjonssykdommer_Tbl 8 i Statistiske opplysninger 2004.

dette imidlertid i ferd med å bli et problem både på grunn av økt resistens og på grunn av den svært høye forekomsten av tuberkulose blant innsatte som ofte bruker narkotika. Seksuelt overførte infeksjoner (SOI) kan både være en indikator på høyrisiko seksuell atferd og en risikofaktor for HIV-infeksjon (Estebanez et al., 2001). Prevalensen av SOI øker nå raskt i flere EU-land, særlig blant homoseksuelle menn. Blant narkotikabrukerne er SOI svært vanlig i en del land, f.eks. Irland og Italia (Giuliani og Suligoi, 2004), mens SOI sjelden rapporteres i andre (f.eks. Sverige og Norge), men de fleste land synes å mangle spesifikke data fra kartlegging av narkotikabrukere. Dersom data fra SOI-overvåking skal kunne brukes som indikator på høyrisiko seksuell atferd blant sprøytebrukere for å måle potensialet for seksuell overføring av HIV (Wiessing og Kretzschmar, 2003), er det viktig at sprøytebrukerne skilles ut slik at det blir mulig å utarbeide trender som kan følges helt spesifikt for sprøytebrukere. Den epidemiologiske situasjonen blant sprøytebrukere hva infeksjonssykdommer angår, er generelt alvorlig. Derfor bør narkotikabrukere screenes systematisk hver gang de kommer i kontakt med helsetjenestene, og det må sikres tilstrekkelige ressurser til forebygging og behandling.

Figur 15: HCV-prevalens blant sprøytebrukere – studier med nasjonal og lokal dekning 2001–2003



Merknader: ■ = utvalg med nasjonal dekning; ▲ = utvalg med lokal/regional dekning.
Forskjellene landene imellom må tolkes med varsomhet da miljøer og/eller studiemetoder kan variere. Strategiene for nasjonal utvalgstrekking varierer også.
Dataene for Portugal og Italia omfatter også ikke-sprøytebrukere og kan derfor gi et for lavt anslag over prevalensen blant sprøytebrukere (andelen ikke-sprøytebrukere i utvalgene: Italia 5–10%, Portugal ukjent). For Den tsjekkiske republikk er dette tilfelle for noen av utvalgene.
Dataene for England og Wales og en del av dataene for Finland er basert på spytt-tester, som undervurderer HCV-prevalensen.
Data Belgia, Italia, Ungarn, Portugal, Slovenia og Slovakia er begrenset til utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere i behandling og er muligens ikke representative for utbredelsen av HCV blant sprøytebrukere utenfor et behandlingsopplegg.
Kilde: Nasjonale knutepunkter i Reitox-nettet. For primærkilder, se nærmere opplysninger og data fra før 2001 i Infeksjonssykdommer_Tbl 11 i Statistiske opplysninger 2004.

Nedgang i narkotikarelaterte infeksjoner

Siden 2001 har i flere medlemsstater antallet sprøytebytte-programmer og deres geografiske dekning blitt ytterligere utbygd ([97]). Takket være kommunale, nasjonale og internasjonale midler har særlig Estland og Latvia, som har hatt store HIV-epidemier, i høyt tempo kunnet bygge ut nye tjenester. I Skottland ble antallet utdelte sprøyter tredoblet fra 1997 til 2002, og ytterligere økning er ventet etter at maksimalantallet sprøyter ble satt opp til 60 pr. klientbesøk, slik at sprøytebrukerne lettere kan dele ut sprøyter til andre. Sprøytebytteprogrammer er nå også etablert i Nord-Irland (apotekbasert ordning) og Flandern (Belgia), og dermed er de siste hullene i dekningen i Vest-Europa nå fylt. I Sverige diskuterer man imidlertid fortsatt om sprøytebytteordningen skal utvides.

Resultater fra studier om sprøytetilgang viser at kjøp på apotek er den vanligste kilden til anskaffelse av injeksjonsutstyr (f.eks. 30–45 % av klienter i slike programmer i Belgia, 32 % i Luxembourg og 30–40 % i Ungarn). I fire land spiller apotekene en vesentlig rolle i denne ordningen: i Spania, Portugal og Storbritannia deler apotekene gratis ut nye sprøyter når brukte leveres inn, og i Frankrike blir de offentlig subsidierte 'stérikits' for det meste solgt på apotek. Ved å trekke apotekene inn i dette arbeidet har disse fire landene oppnådd god geografisk dekning for sine sprøytebytteordninger. I de andre landene må

([97]) Se tabell 7 OL: Tilbud om og type sprøytespiss-/sprøytebytteprogrammer, apotekenes deltakelse, antall sprøyter utdelt/solgt.

sprøytebrukerne kjøpe sprøyter (og annet utstyr), og den høye prisen i en del land vekker bekymring ([98]).

Frankrike og Portugal rapporterer en nedgang i antallet sprøyter som hentes på apotek. I Frankrike gikk salget av sprøyter ned med 45 % fra 1999 til 2002, fra 16,5 millioner til 9 millioner enheter. Ettersom denne nedgangen ikke viste seg igjen i økt aktivitet i sprøytebytteprogrammene, kan mulige forklaringer være en økning i ikke-injiserende bruksmåter, økt tilgang blant sprøytebrukerne til substitusjonsbehandling, eller endog økte nivåer av sprøytedeling (Emmanuelli, 2003).

Sprøytebytteprogrammene kan gjennomføres på forskjellige måter: gjennom lavterskel rusmiddeltjenester, apoteker og allmenne helse- og sosialtjenester eller gjennom mobile sprøytebyttepunkter (utstyrt buss eller utekontakter) samt egne automater. I flere av de nye medlemsstatene (Den tsjekkiske republikk, Polen, Slovenia og Bulgaria) spesielt, men også i Belgia, Irland og Storbritannia spiller utekontakter en stadig viktigere rolle når det gjelder å sikre brukerne sterilt utstyr (McVeigh et al., 2003).

Utviklingen i behandlingen av narkotikarelaterte infeksjoner

Den høye forekomsten av hepatitt C-virus (HCV) blant narkotikabrukere vekker stadig større bekymring blant helsepersonell. Mellom 60 % og 80 % av alle som blir smittet, får en kronisk infeksjon som i inntil 20 % av tilfellene fører til leversykdom i siste stadium, men narkotikabrukere har liten tilgang til behandling for hepatitt C. EONN har produsert en policy-orientering og en vitenskapelig monografi om hepatitt C som er lagt ut på internett (EONN, 2003c; EONN, 2004d) ([99]).

I de fleste land har narkotikabrukere med leversykdom vanskelig tilgang til behandling. Ettersom retningslinjer for behandling betraktes som et viktig styringsverktøy for tilbud om medisinsk behandling, gjennomførte EONN en analyse av retningslinjene for behandling av HCV-infeksjon hos narkotikabrukere i de 15 'gamle' EU-landene og Norge i 2003–2004 ([100]). Studien fant at mange land var i ferd med en gjennomgang av de nasjonale retningslinjene som tok hensyn til forbedrede behandlingsalternativer og betydelig bedre prognoser for behandlingen. Enkelte av de nye retningslinjene henviste konkret til forskning som dokumenterte hvilken nytte narkotikabrukere kan ha av en behandling som gis av tverrfaglige team av hepatologer og spesialister på narkotikabruk.

Gjennom 'Det globale fondet for bekjempelse av HIV/aids, tuberkulose og malaria' (GFATM) vil det bli stilt midler til rådighet for å sikre antiretroviral behandling av pasienter i Estland og søkerlandet Bulgaria. Det forventes at 500 personer i Estland og 200 i Bulgaria vil nyte godt av denne behandlingen (GFATMs sekretariat, 2004).

Nye trender i tjenestetilbudet

Lavterskeltjenestene for narkotikabrukerne, som opprinnelig konsentrerte seg om bytting av sprøyter og sprøytespisser, blir nå i økende grad integrert med tjenester som tar sikte på å øke overlevelsen blant brukerne, som f.eks.: hospitser/dagsentre, helsetjenester og medisinsk hjelp samt en utvidelse av åpningstidene slik at tilbudene også finnes på kveldstid, om natten og i helger.

Overfor det stadig stigende antallet narkotikabrukere som har problemer med å kontakte tjenestene, har nederlandske rusmiddeltjenester kommet til at det er best å benytte 'mild' overtalelse for å få narkotikabrukere som normalt er vanskelige å nå, inn i behandlingsapparatet. Denne tilnærmingen – også kalt 'inngripende' omsorg – går ut på å tilby en bestemt, oppsøkende helsetjeneste til en sårbar gruppe mennesker med mange problemer, som til tross for den alarmerende situasjonen de er i, som utgjør en alvorlig trussel mot deres livskvalitet, ikke benytter seg av ordinære helsetilbud (Roeg et al., 2004).

Kontakten med brukere og personer i faresonen er helt avgjørende for å nå fram med helseopplysninger og forebygging av narkotikarelaterte helseskader. Dette har man lykkes med i meget høy grad i Den tsjekkiske republikk, hvor i 2002 det tettmaskede nettet av 93 sentre over hele landet nådde fram til over 22 000 problembrukere, dvs. over halvparten av den estimerte befolkningen av problembrukere (Den tsjekkiske republikks nasjonale rapport for 2003, s. 35).

Også i andre land er lavterskeltjenester anerkjent som en hensiktsmessig plattform for å nå ut med grunnleggende helsetjenester, som behandling av sår og byller. Som eksempel kan nevnes de norske feltpleiestasjonene. De finske lavterskel helsetjenestene – helserådgivningssentrene – har også hatt suksess med sine kampanjer for testing og vaksinasjon. Medisinsk behandling er noe som til og med narkotikabrukere som ellers er vanskelige å nå, også er svært interessert i, og i tillegg til de anledningene som byr seg i forbindelse med sprøyte- og nålebytte, er kontakten med helsepersonell en mulighet til å få penger og henvisning til ulike tjenester, f.eks. rådgivning og testing for HIV, medisinsk behandling og narkotikabehandling (EONN, 2004a).

Behovet for lavterskeltjenester er større i land som har 'gamle' epidemier, hvor folk som har brukt sprøyte i lengre

([98]) Se tabell 8 OL: Priser på vanlige sprøytetyper (med spiss) i euro.
([99]) Boks 4 OL: I Nøkkelfakta om hepatitt presenteres funnene fra tre nylige EONN-publikasjoner om hepatitt C.
([100]) Analyse av retningslinjer for behandling av hepatitt C-infeksjon med hensyn til narkotikabrukeres tilgang til behandling.

tid har store helseproblemer og er mer marginalisert og sosialt ekskludert, men utbyggingen av lavterskeltilbud kan også gjenspeile denne gruppens økte avhengighet av tjenester.

Narkotikarelaterte dødsfall ([101])

Opiater er til stede i de fleste tilfellene av 'narkotikarelaterte dødsfall' ([102]) forårsaket av illegale stoffer som er rapportert i EU, selv om andre stoffer i mange tilfeller også blir identifisert i de toksikologiske undersøkelsene (Figur 16) ([103]).

I EU i perioden 1995–2001 ble det hvert år rapportert 8 000–9 000 overdosedødsfall ([104]). Disse tallene må betraktes som minsteestimater ettersom det i de fleste land sannsynligvis forekommer en viss underrapportering. Majoriteten av overdoseofrene er unge menn (70–93 %) i slutten av tjueårene eller i trettiårene, med en middelalder på mellom 31 og 40 år. I de fleste landene i EU blir ofrene stadig eldre, noe som kan tyde på en kombinert alderseffekt og kohorteffekt ([105]). I Finland og i noen mindre grad Hellas og Storbritannia, er denne tendensen fraværende, noe som fortjener oppmerksomhet ettersom det kan være en indikasjon på økt forekomst av sprøytebruk eller opiatbruk i de senere år (Figur 17).

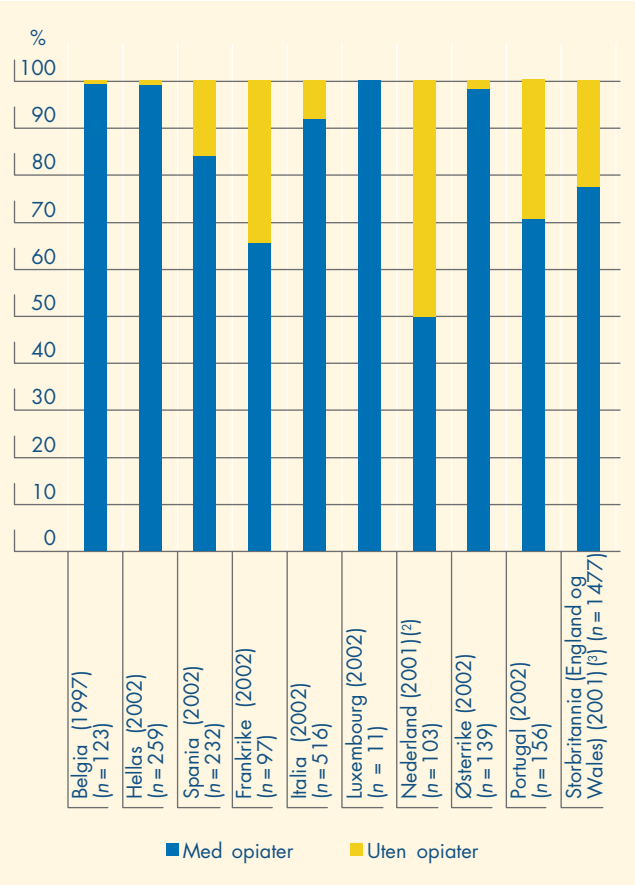
Det kommer regelmessig inn rapporter fra en rekke EU-land om narkotikarelaterte dødsfall der metadon er identifisert. Som ethvert annet opiat er metadon potensielt giftig, men forskningen har klart dokumentert at substitusjonsbehandling reduserer risikoen for overdosedødsfall blant de som deltar i slike programmer. Flere studier har indikert at dødsfall der metadon er involvert, mer sannsynlig skyldes illegal snarere enn forskrevet bruk, og andre har funnet høyere risiko i de innledende fasene av vedlikeholdsbehandling med metadon. Dette tyder på at det er behov for å kvalitetssikre programmene for substitusjonsbehandling.

Trender for akutte, narkotikarelaterte dødsfall

Trendene for narkotikarelaterte dødsfall varierer fra land til land, men det avtegner seg likevel en del generelle trender i EU-landene. En generell økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall ble observert i 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene ([106]). Den generelle trenden fortsatte sakte men sikkert oppover i perioden 1990–2000, til tross for at en del land hadde nedgang. I 2000 ble 8 838 dødsfall rapportert, mot 6 284 i 1990 (40 % økning).

Fra 2000 til 2001–02 rapporterte mange EU-land en nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall, en nedgang som for noen lands vedkommende (Tyskland, Hellas, Irland,

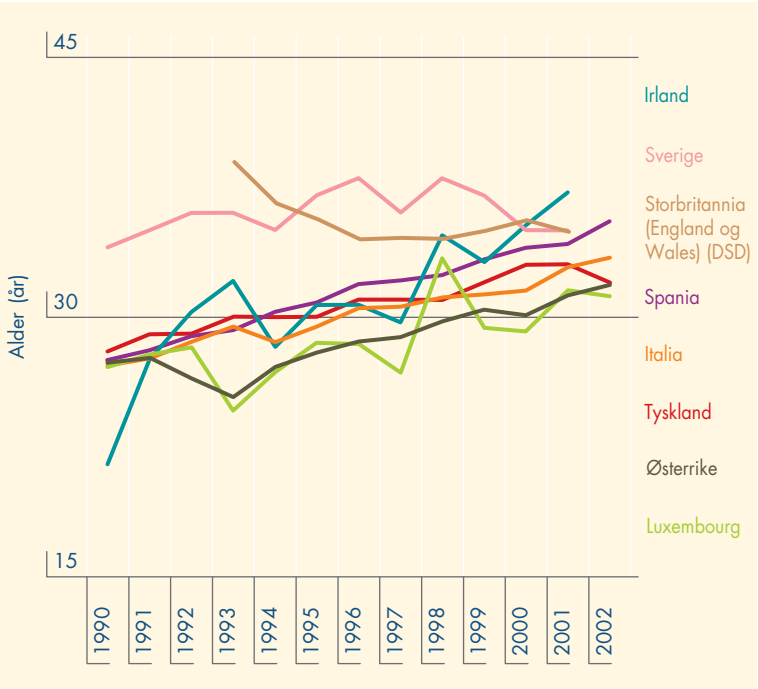
Figur 16: Andel av narkotikarelaterte dødsfall med eller uten tilstedeværelse av opiater i en del EU-land i 2000–2001([1])



([1]) Eller siste år som det foreligger informasjon for.
([2]) I Nederland viser en del 'uten opiater'-tilfeller til 'andre og uspesifiserte narkotiske stoffer' eller 'andre og uspesifiserte psykodysleptika', som kan omfatte tilfeller med opiater og tilfeller som skyldes kokain.
([3]) For Storbritannia er toksikologisk informasjon basert på np-SAD (St George's Hospital Medical School) på grunnlag av rettsmedisinske rapporter. Tilfeller der minst én opioid er nevnt – det kan være en viss overlapping, og total andel kan være lavere.
Merknader: I en del land omfatter den 'nasjonale definisjonen' på narkotikarelatert dødsfall et begrenset antall dødsfall som indirekte er relatert til bruk av narkotika.
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Basert på nasjonale definisjoner i henhold til metodeopplysningene i 'Definisjoner på akutte narkotikarelaterte dødsfall i medlemsstatene'. Se også Narkotikarelaterte dødsfall_Tbl 1 i Statistiske opplysninger 2004.

([101]) En oversikt over narkotikarelaterte dødsfall finnes i fjorårets rapport, i kapittelet 'Narkotikarelaterte dødsfall og dødelighet blant narkotikabrukere' (EONN, 2003b).
([102]) Se metodeopplysninger i 'Narkotikarelaterte dødsfall – EONNs definisjon' i Statistiske opplysninger 2004. Se også EONNs protokoll for narkotikarelaterte dødsfall (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419).
([103]) Se Narkotikarelaterte dødsfall_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.
([104]) Se Narkotikarelaterte dødsfall_Tbl 2 og Narkotikarelaterte dødsfall_Tbl 3 i Statistiske opplysninger 2004.
([105]) Se figur 10 OL: Utvikling av andelen personer over 35 år blant ofrene for akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene fra 1990 til 2001-02.
([106]) Se figur 11 OL: Langsiktig EU-trend for akutte dødsfall direkte relatert til narkotikabruk (1985–2001).

Figur 17: Middelalder for ofre for narkotikarelaterte dødsfall i en del EU-land, 1990–2002



Merknader: Tallet viser til land som rapporterte middelalder for ofrene i de fleste årene rapporteringen gjelder.
Se også figur 10 OL: Utvikling av andelen personer over 35 år blant ofrene for narkotikarelaterte dødsfall i EU-landene fra 1990 til 2001–02.
Informasjon basert på nasjonale definisjoner slik disse er presentert i metodeopplysninger om nasjonale definisjoner på narkotikarelaterte dødsfall. England og Wales bruker 'Drug Strategy Definition' (Statistiske opplysninger 2004).

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre).

Italia og Portugal) var statistisk signifikant. I Norge rapporterte politiet også en vesentlig nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall i 2002. På EU-plan var det en generell nedgang mellom 2000 (8 838 tilfeller) og 2001 (8 306 tilfeller), som representerer en beskjeden men likevel statistisk signifikant nedgang (6 %) (Figur 18) ([107]).

Man vil kunne forvente en stigende trend for narkotikarelaterte dødsfall i de nye medlemsstatene og søkerlandene. Pr. i dag er kvaliteten på informasjonen om narkotikarelaterte dødsfall svært begrenset i en del av disse landene, og trendene som observeres bør tolkes med varsomhet. Estland og Slovenia har en stigende trend, mens det ikke avtegner seg noen tydelig trend i Bulgaria og Den tsjekkiske republikk.

Til tross for gunstige faktorer, som et skifte fra injisering blant opiatbrukere i en rekke land og økt behandlingstilbud, er det observert liten nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall de siste to årene (ikke-eksisterende i enkelte land), og i et langsiktig perspektiv er foreliggende tall høye.

Total dødelighet blant opiatbrukere

Kohortstudier av dødelighet viser at opiatbrukere har inntil 20 ganger høyere dødelighet enn samme aldersgruppe i befolkningen generelt. EONN står som koordinator for et samarbeidsprosjekt som studerer dødeligheten i kohorter i åtte land, og de foreløpige resultatene er lagt fram i tidligere rapporter fra EONN. Tallene analyseres videre, og tallgrunnlaget er utvidet med kohorter fra Frankrike og Skottland. Det forventes at resultatene vil bli presentert i framtidige årsrapporter.

Nedgang i narkotikarelaterte dødsfall

Siden midten av 1990-tallet har vi fått økt kunnskap om sosiale og individuelle risikofaktorer, risikoen for narkotikarelaterte dødsfall og under hvilke omstendigheter de mest sannsynlig vil forekomme, da særlig dødelige overdoser med heroin (f.eks. Best et al., 2000; 2001; Origer og Delucci, 2002). Funnene indikerer et stort potensial for medisinske tilnærminger og opplæring for å få ned antallet dødsfall. Nedgangen i antallet overdosedødsfall i den senere tid i en del land (Frankrike, Spania) er blitt tilskrevet lettere adgang til substitusjonsbehandling (f.eks. i Frankrike: Nasjonal rapport, 2002, 2003) i tillegg til at stoffet kanskje ikke inntas på samme måte, og sprøytebruken har gått ned (EONN, 2004b).

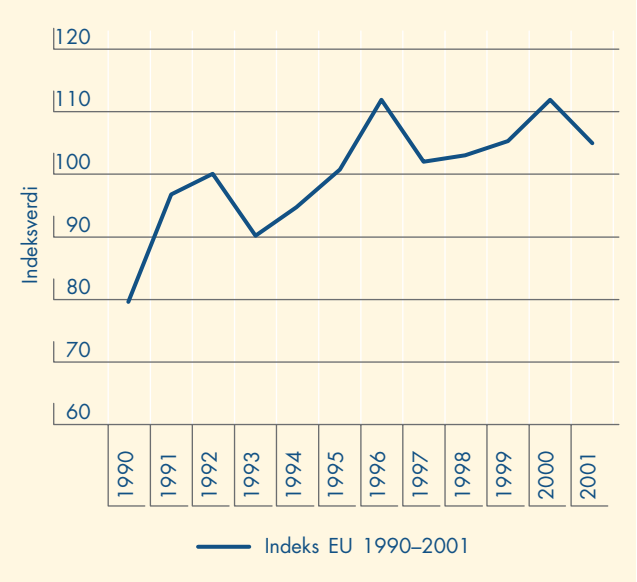
Å få antallet narkotikarelaterte dødsfall ned, er et mål på europeisk plan (EUs narkotikastrategi 2000–2004 Mål 2), og det er stadig oftere et uttalt mål i medlemsstatenes narkotikastrategier ([108]).

Utdeling av informasjons- og opplæringsmateriell om overdoserisiko og overdosetiltak (i form av brosjyrer, plakater, videoer o.l.) til brukerne og deres sosiale nettverk er vanlig praksis i de fleste gamle medlemsstatene, men er ikke vanlig i de nye. Andre evidensbaserte tiltak, som å gi narkotikabrukere opplæring i hva de skal gjøre i nødsituasjoner eller få dem til å ringe etter ambulanse om de er vitne til overdose, rapporteres fra flere land, men systematisk kunnskap om utbredelsen av slike tiltak er fortsatt ikke tilgjengelig. Utdeling av en opiatantagonist (naloxon) til narkotikabrukere er ett av de tiltakene som en

([107]) Se også figur 12 OL: Trender i akutte narkotikarelaterte dødsfall i de forskjellige EU-landene og i EU sett under ett i perioden 1985–2001. For Storbritannia, se også 'Metodeopplysninger om nasjonale definisjoner på narkotikarelaterte dødsfall' (Statistiske opplysninger): 'Narkotikastrategiens definisjon' og 'ONSs tradisjonelle definisjon'. Narkotikastrategiens definisjon gir estimater som ligger tett opp mot EONNs europeisk standarddefinisjon ('Utvalg B').

([108]) Se tabell 8 OL: Strategier og utvalgte tiltak for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall i de 25 medlemsstatene i EU og Norge.

Figur 18: Endringer i antallet akutte narkotikarelaterte dødsfall – EU og Norge, sum 1990 til 2001 (Indeks 100 for gjennomsnittet for perioden 1990–2001)



Merknader: Indeks ikke beregnet pga. utilstrekkelige data for 2002.
Individuelle landstrender finnes i figur 11 OL. Opplysninger om antallet tilfeller pr. land finnes i Narkotikarelaterte dødsfall Tbl 2 og Tbl 3 (Statistiske opplysninger 2004).
I Storbritannia er data fra Office of National Statistics (ONS) lagt til grunn da disse er tilgjengelig for lengre tidsperioder.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003, hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre). Informasjon basert på nasjonale definisjoner slik disse er presentert i metodeopplysninger om nasjonale definisjoner på narkotikarelaterte dødsfall (Statistiske

del land har truffet – eller vurdert – for å få ned antallet overdosedødsfall ([109]) (EONN, 2003a).

En del land har på strategiske steder etablert sprøyterom med tilsyn for narkotikabrukere som har stor overdoserisiko. Slike tjenester finnes i Tyskland, Spania og Nederland og forberedes i Luxembourg, Slovenia og Norge. Hvis dekningen er god nok, kan sprøyterommene bidra til å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall lokalt.

Akuttmottakene i Østerrike er i ferd med å gjennomføre et prosjekt rettet mot narkotikabrukere som ofte kommer inn på grunn av overdose ([110]).

Sprøyterom

'Sprøyterom', dvs. lokaler hvor kroniske narkotikabrukere kan innta sine rusmidler under hygieniske forhold, med tilsyn av kvalifisert personell og uten frykt for å bli arrestert, er i drift i 39 byer i Europa. *Europeisk rapport om sprøyterom* (EONN, 2004a) beskriver hva sprøyterom er og hvorfor og hvordan de oppsto. Rapporten beskriver målgruppen for sprøyterommene, målsettingen med dem og hvordan de fungerer, og gir et sammendrag av tilgjengelig dokumentasjon.

Sprøyterom er et spesialtilbud som inngår i et større nettverk av tjenester myntet på narkotikabrukere. De er basert på konsensus og aktivt samarbeid mellom helsepersonell, politi, lokale myndigheter og lokalsamfunnet. Rapporten viser at sprøyterom er et godt utgangspunkt for å oppnå kontakt med en gruppe svært tungt belastede narkotikabrukere og bidrar til å gi dem tilgang til en sårt tiltrengt primærhelsetjeneste samt sosiale tjenester og behandlingsapparatet. Ved å sikre tilgang til rent sprøyteutstyr og et miljø hvor de kan sette sine sprøyter under tilsyn, reduseres sykelighet og dødelighet og plagene som sprøytebruk på offentlig sted medfører.

([109]) Se tabell 8 OL: Strategier og utvalgte tiltak for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall i de 25 medlemsstatene i EU og Norge.
([110]) Se Østerrikes prosjektkontakt i EDDRA-databasen (http://eddra.emcdda.eu.int:/eddra/plsql/ShowQuest?Prog_ID=2066).

Kapittel 7
Behandling – hvordan dekke behovene til de som har problemer

Mange som har utviklet et rusmiddelproblem vil ha nytte av å komme i kontakt med behandlingsapparatet. I Det europeiske fellesskap tilbys mange forskjellige typer behandling, som gjenspeiler nasjonale og historiske forskjeller og ulike behov hos de gruppene i befolkningen som trenger hjelp. Dette er nærmere beskrevet nedenfor. Behandlingstilbudene er ulikt utbygd i de forskjellige land og er generelt mindre utbygd i de nye medlemsstatene. I det store og hele virker det imidlertid som om det er en pågående innsats for å øke kapasiteten i denne sektoren, og det er tegn til at tilbudet til de som har et rusproblem, faktisk blir bedre.

Et nytt trekk på dette området er at kommunikasjonspotensialet som ligger i ny informasjonsteknologi, f.eks. internett, er tatt i bruk for å forbedre tjenestene som tilbys narkotikabrukere. Det er lagt stor vekt på internetts rolle i bekjempelse av økt bruk av illegale rusmidler. Derfor er det positivt at en del land, som Nederland og Finland, har tatt initiativ til å undersøke dette mediets potensial for å styrke informasjonen om de behandlingstilbudene som finnes. Aktivitetene har bl.a. gått ut på å utnytte de mulighetene for direkte kommunikasjon som e-post og mobiltelefoner gir, og også på hvordan e-rådgivning på internett og sms-tjenester kan utnyttes i forhold til narkotikabrukere.

Det er en generell trend i EU at narkotikabehandlingen er flyttet ut av sykehusmiljøet til behandlingstiltak ute i samfunnet. Denne utviklingen er mindre utpreget i de nye medlemsstatene, der behandling primært skjer ved psykiatriske sykehus (Estland, Latvia, Litauen, Slovenia), men dette kan være i ferd med å endres i en del land – f.eks. gir Den tsjekkiske republikk behandling i begge typer miljøer.

Karakteristika for behandlingsapparatet

Stoff-fri behandling

Stoff-fri behandling (avvenningsbehandling) omfatter bruk av psykososiale teknikker og opplæring for å oppnå langsiktig avholdenhet fra rusmidler. Tradisjonelt har stoff-fri behandling medført innleggelse i lengre tid, f.eks. i terapeutiske samfunn. I dag foregår denne behandlingen også ofte ute i samfunnet. Medisinering kan brukes for å dempe abstinenssymptomene. Medisineringen er oftest begrenset til antidepressive midler og/eller benzodiazepiner, men i en del behandlingsopplegg tilbys ingen slike legemidler ([111]).

Ettersom legemiddelassistert rehabilitering oftest bare tilbys opioidbrukere, er en form for stoff-fri behandling vanligvis det eneste behandlingstilbudet til personer som har problemer med andre narkotiske stoffer enn opioider.

Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering omfatter både substitusjonsbehandling med agonister og behandling med antagonister. Denne typen farmakologisk intervensjon benytter naltrexon (en antagonist) eller en av opioidagonistene metadon, buprenorfin, dihydrokodein, heroin eller morfin i depotform.

I det utvidede EU er metadon fortsatt det hyppigst forskrevne legemiddelet til substitusjonsbehandling. I de senere år har imidlertid behandlingsalternativene blitt flere. Fram til 2002 rapporterte alle de tidligere 15 medlemsstatene om bruk av buprenorfin, bortsett fra Nederland og Irland (hvor det bare brukes i forbindelse med avgiftning) ([112]). Andre substitusjonspreparater som dihydrokodein (Belgia, Tyskland, Luxembourg, Østerrike), morfin i depot- eller 'slow-release'-form (Østerrike) og heroin (Tyskland, Nederland, Storbritannia) brukes mindre hyppig, eventuelt som ledd i et medisinsk forsøk (Springer, 2003a) ([113]).

I absolutte tall har substitusjonsbehandling blitt den formen for narkotikabehandling som er lettest tilgjengelig for opiatbrukere i EU, og over 400 000 personer mottar denne formen for behandling. Bortsett fra i Slovenia er denne formen for intervensjon imidlertid langt mindre utbygd i EUs nye medlemsstater, hvor de stoff-frie behandlingsmetodene dominerer ([114]).

([111]) Se figur 13 OL: Stoff-frie behandlingsformer i institusjon.
([112]) I Irland brukes buprenorfin bare til behandling av abstinenssymptomer.
([113]) Se tabell 9 OL: Anvendte substitusjonspreparater i EUs medlemsstater.
([114]) Se figur 14 OL: Overvekt av substitusjonsbehandling eller stoff-frie behandlingsformer for opiatbruk.

Substitusjonsbehandling – tilgjengelighet og inntakskriterier

Utviklingen der inntakskriteriene for deltakelse i substitusjonsbehandling blir mindre restriktive, fortsetter. Historisk har inntakskriteriene ofte vært svært selektive og begrenset denne typen behandling til de som ble ansett for å være spesielt belastet med kroniske problemer. Nå er substitusjonsbehandling vanligvis forbeholdt personer over 18 år eller slike som har 1–2 års problematisk narkotikabruk bak seg (f.eks. Belgia, Irland, Nederland). De fleste av de nye medlemsstatene rapporterer om strengere inntakskriterier, f.eks. en nedre aldersgrense på 20 år og minst fem års problematisk bruk (f.eks. Estland og Latvia). Slovenia tillater imidlertid substitusjonsbehandling fra 16 års alder. Relativt strenge inklusjonskriterier finnes også i Hellas, Finland, Sverige og Norge, med en minstealder for behandling fra 20 til 25 og krav om problematisk bruk i 4–5 år.

Til tross for at substitusjonsbehandling nå er lettere tilgjengelig, rapporterer en rekke land at etterspørselen fortsatt er større enn tilbudet, og både Belgia, Den tsjekkiske republikk, Hellas, Estland, Ungarn, Irland, Sverige og Norge rapporterer om ventelister. Tilgjengeligheten kan også være begrenset av den måten rusmiddeltjenestene er organisert på. I f.eks. Litauen må pasientene selv betale for legemidlene, noe som reduserer bruken av denne tjenesten.

Innføring av substitusjonsbehandling

Det er store variasjoner medlemsstatene imellom når det gjelder tidspunktet for innføringen av substitusjonsbehandling. En del medlemsstater introduserte sine programmer for substitusjonsbehandling med metadon så tidlig som i slutten av 1960- eller begynnelsen av 1970-årene, mens en del land ikke tilbød denne typen behandling i noen særlig grad før i 1990-årene (Belgia, Hellas, Frankrike, Norge). Substitusjonsbehandling representerer en relativt ny utvikling i de fleste av de nye medlemsstatene, og de fleste kom i gang med dette på 1990-tallet – Estland først i 2001. Unntaket er Slovenia, hvor de første programmene var på plass allerede i 1990 ([115]).

Psykososial støtte i substitusjonsbehandling

Selv om det er allment anerkjent at substitusjonsbehandlingen bør ledsages av psykososial støtte, inngår denne komponenten langt fra rutinemessig i denne behandlingsformen. I Den tsjekkiske republikk, Tyskland og Nederland gjør de knappe ressursene det vanskelig å tilby psykososial støtte i tilstrekkelig omfang. Og selv om alle klienter i substitusjonsbehandling i Norge i teorien skal tildeles en sosialkurator, er det ikke alltid kapasitet til å få dette gjenomført i praksis. En dansk studie fant at metadonklienter som ikke får noen form for psykososial støtte, har signifikant høyere forekomst av bruk av et sekundærstoff enn de som får slik støtte. Det forskes for tiden videre på om utvidet psykososial støtte bedrer behandlingsresultatene (Pedersen, 2001). I Irland har Irish College of General Practitioners vedtatt evidensbaserte retningslinjer for substitusjonsbehandling (2003), som nettopp understreker behovet for en psykososial komponent.

Klientenes nytte av den psykososiale støtten er imidlertid også avhengig av deres oppfatning av verdien av denne typen terapeutisk tilbud. Fra Hellas rapporteres det at pasienter i metadonprogrammer ofte benytter seg av psykososial rådgivning, mens bare ganske få pasienter i Latvia aksepterer å ta imot et slikt tilbud.

Kvalitetssikring

Kvalitetssikring av behandlingen kan defineres som et 'systematisk forsøk på å kartlegge, dokumentere og forbedre kvaliteten på tjenestene'. EU har fem allment anerkjente ordninger for kvalitetssikring: akkreditering av behandlingstiltak, behandlingsstandarder, opplæring av personell, kartlegging av klienter og resultater så vel som endelig evaluering av gjennomføringsgrad, resultater, tilfredshet, utskrivelse osv. (Figur 19).

Av nyere utviklinger når det gjelder kvalitetssikring innen behandlingsapparatet, kan vi nevne at kvalitetssikring nå inngår i de nasjonale narkotikastrategiene i en del land (Hellas, Spania, Frankrike, Irland, Sverige), eller at det stilles minstekrav til slike tjenester (Belgia, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Nederland, Polen, Slovenia og Storbritannia). Akkreditering av behandlingstiltak er et kvalitetssikringstiltak i flere land (Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Luxembourg, Nederland, Polen, Portugal og Storbritannia), mens en del vedgår at det fortsatt gjenstår en del før ordningen er helt på plass (Den tsjekkiske republikk, Nederland). Mange land rapporterer at personalopplæringen er blitt styrket, men det er ikke alltid at det reelle omfanget og dekningen blir systematisk kartlagt. Systematisk storskala-evaluering av behandlingstiltakene forekommer forholdsvis sjelden – bare i Danmark, Italia, Latvia, Luxembourg, Polen, Storbritannia og Norge.

Sosial reintegrasjon

Den sosiale reintegrasjonen foregår rundt tre 'søyler', nemlig 1) bolig, 2) utdanning samt 3) arbeid og yrkesrettet opplæring. En bolig er en forutsetning for et stabilt liv.

([115]) Se figur 15 OL: Innføring av metadonbehandling i EU.

Derfor tar intervensjonene på dette området sikte på å gi disse personene – enten de nå har eller har hatt et narkotikaproblem – et botilbud og/eller bostøtte. De fleste narkotikabrukere har fått relativt lite formell utdanning og vil ha nytte av å få oppgradert sine lese- eller regneferdigheter eller andre ferdigheter. Endelig tar arbeids- og yrkesopplæringsinitiativene sikte på å oppnå sosial uavhengighet ved at klienten integreres i arbeidsmarkedet ved å finne, eventuelt også subsidiere en jobb, eller via arbeidsopplæring.

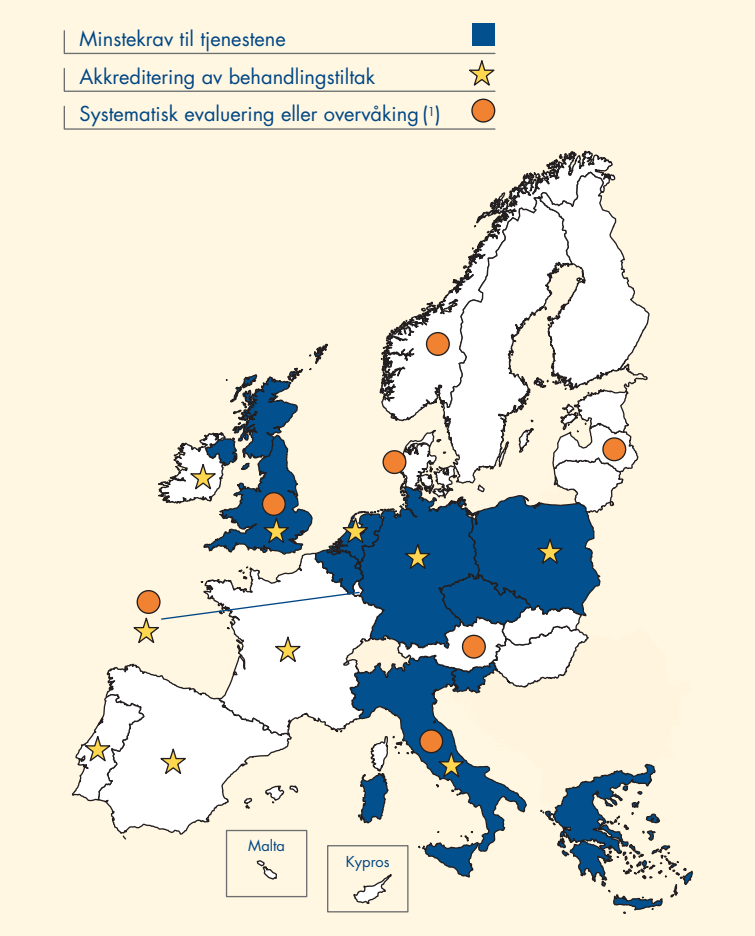
Sosial reintegrasjon har vært mindre påaktet som tiltak i forhold til problematisk bruk av narkotika enn behandling, og derfor er kartleggingen og rapporteringen på dette området også langt mer usammenhengende. En del medlemsstater rapporterer at dette området må vies langt større oppmerksomhet og langt større økonomiske ressurser (Tyskland, Estland, Finland). I en del land vies sosial reintegrasjon nå økt politisk oppmerksomhet, noe som har gitt seg utslag i at sosial reintegrasjon er blitt et element i den nasjonale narkotikastrategien, og at området faktisk føres opp på budsjettet (Hellas, Irland, England og Wales) ([116]).

Behandlingsbehov i tall

Informasjon om antallet personer som søker behandling for et narkotikaproblem, gir ikke bare nyttige opplysninger om generelle trender for problematisk bruk av narkotika, men også om hvordan behandlingen er organisert og hvordan dekningen er i Europa. EONNs indikator for etterspørsel etter behandling (treatment demand indicator – TDI) gir en enhetlig struktur for rapportering av antall og karakteristika for klienter som henvises til narkotikabehandling. Selv om TDI-opplysninger nok gir et rimelig solid og nyttig bilde av hva som kjennetegner klientene som er henvist til spesialiserte rusmiddeltjenester, må man av mange tekniske grunner være forsiktig med å ekstrapolere funnene til klientellet for rusmiddeltjenestene som sådan.

Det generelle bildet som framkommer av de nyeste TDI-dataene og nasjonale rapporter viser at trenden rapportert i de senere år fortsetter, nemlig at det er en økning i det samlede antall personer som påbegynner behandling. Selv om det samlede antall øker, synes antallet nye behandlingssøknader, dvs. personer som søker behandling for første gang, å være relativt stabilt ([117]). Når det totale antallet har gått opp, skyldes dette en kombinasjon av ulike faktorer, særlig bedret dekning for rapporteringssystemet og en viss utbygging av behandlingstilbudet ([118]).

Figur 19: Kvalitetssikring av narkotikabehandling



(1) Et sentralt register eller database som følger klienter og/eller behandlingstilbud over tid.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter.

Karakteristika for behandlingssøkende klienter

Både rusmiddeltjenestene og klientene er oftest konsentrert til en indre bykjerne og urbane områder, hvor narkotikaproblemene forekommer i kombinasjon med en lang rekke andre sosiale og helsemessige problemer, som alle forekommer hyppigst i marginaliserte og belastede grupper i samfunnet.

De fleste klientene kommer i kontakt med de spesialiserte sentrene for narkotikabehandling i 20-årene eller i begynnelsen av 30-årene, og middelalderen for klienter som påbegynner behandling for første gang er 26 år. Av det europeiske datasettet kan vi se at aldersfordelingen ikke er jevn, idet det er topper i aldersgruppen over 39 og under 20. Den viktigste grunnen til den ujevne alderfordelingen er at problembrukere av opiater eller

([116]) Se figur 16 OL: Oversikt over tiltak innen sosial reintegrasjon.
([117]) Se figur 17 OL: Antallet nye klienter i behandlingsapparatet i en del EU-land.
([118]) Se TDI_Tbl 1 og TDI_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.

kokain har tendens til å være eldre enn gjennomsnittet, mens de som søker behandling for bruk av cannabis eller andre sentralstimulerende midler enn kokain, typisk er yngre ([119]). I de landene som har hatt en markant økning i antallet klienter henvist for cannabisproblemer, som Danmark, Tyskland og Finland, er klientene typisk yngre enn i land som Hellas, Spania og Nederland, hvor problemer med heroin eller kokain dominerer. Hvordan narkotikasituasjonen har utviklet seg historisk, spiller også en rolle for behandlingspopulasjonens alder idet klientene i Finland, for eksempel, er relativt unge, noe som gjenspeiler at narkotikaproblemet her er av forholdsvis ny dato. Lignende resultater kan forventes i mange av de nye medlemsstatene, hvor narkotikaproblemet også er et relativt nytt historisk fenomen, selv om de fleste som søker behandling her, har et heroinproblem ([120]).

Selv om mannlige narkotikabrukere dominerer i alle europeiske land, er det stor variasjon fra land til land i forholdet mellom menn og kvinner. Forholdet varierer fra 3:1 til 6:1. Forskjellene landene imellom gjenspeiler også typen av narkotikaproblem og regionale forskjeller (landene i Nord-Europa og de nye medlemsstatene har den høyeste andelen kvinnelige narkotikabrukere) samt klientenes alder.

Det er interessant å merke seg at de fleste klientene som søker behandling for heroin, kokain og hypnotika eller sedativa, bruker stoffet daglig, mens bruksfrekvensen for andre narkotiske stoffer varierer langt mer. Dette aspektet behandles i nærmere detalj i 'Cannabisproblemer i kontekst' (s. 82).

De fleste klienter i behandlingsapparatet rapporterer at de begynte å bruke stoff i ungdomsårene – oftest i alderen 15 til 19 år. Imidlertid rapporteres en stor forskjell i debutalder for bruk av heroin og kokain, idet 20–30 % av klientene var 25 eller eldre da de først begynte ([121]).

Demografi

Demografisk informasjon indikerer at klientene i behandlingsapparatet har uforholdsmessig høy sannsynlighet for å være sosialt og økonomisk vanskeligstilt. Mer enn halvparten av klientene har ikke fullført videregående skole ([122]). Andelen uten fast arbeid er høy sammenlignet med arbeidsledighetsprosenten generelt, og i en del land er mer enn halvparten av narkotikabrukerne arbeidsledige ([123]). Boligsituasjonen er også ofte prekær, og om lag 15 % av de som er i behandlingsapparatet bor på sosialinstitusjoner eller har ustabile boforhold ([124]). Dessuten bør man huske på at hjemløshet i seg selv kan begrense den enkeltes muligheter for å benytte seg av mulige behandlingstilbud – og at hjemløshet kan forverre både narkotikaproblemet og følgene av det (EONN, 2003b, s. 65).

Av de klientene som bor under stabile forhold, lever en tredel alene, en annen tredel med foreldrene og resten med en partner eller andre. Over 10 % bor sammen med barn, og det foreligger dokumentasjon på at barn av narkotikabrukere kan få mange problemer. Narkotikaproblemer gjør det også forholdsvis utfordrende å være foreldre (Murphy-Lawless, 2002).

Stoffer som brukes

TDI registrerer både primærrusmiddelet som det søkes behandling for, og eventuelle sekundærrusmidler. De tre stoffene som hyppigst registreres som enten hovedårsak til behandlingen eller som sekundærrusmiddel, er opiater, kokain og cannabis (Figur 20).

Det er vanskelig å gi et entydig bilde av hvilke stoffer folk søker behandling for, siden narkotikabrukere gjerne tar en lang rekke psykoaktive stoffer. Dessuten er det ofte vanskelig å fastslå i hvilken grad en persons problemer er relatert til det enkelte rusmiddel. I alle land er blandingsbruk vanlig blant klienter i behandling, og mellom 40 % og 80 % av alle klienter rapporterer sidemisbruk av minst ett annet rusmiddel. Hos mange er blandingsbruk helt vanlig, og når de samtidig har alkoholproblemer, er dette noe som ofte kompliserer behandlingen ytterligere. Det er bekymringsfullt at det i mange land synes å bli stadig flere som har problemer med blandingsbruk.

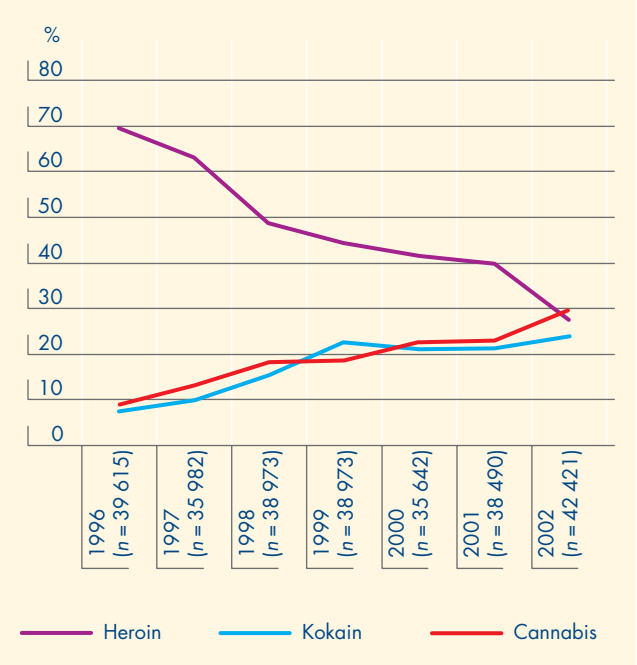
Opiater

I de fleste land er opiater (for det meste heroin) fortsatt det rusmiddelet flest klienter søker behandling for, og opiater er typisk hovedrusmiddel for mellom 40 % og 90 % av alle som søker behandling. EU-landene kan imidlertid grovt deles inn i tre ut fra hvor stor andel av behandlingspopulasjonen som har et problem med heroin:

- under 40 % – Den tsjekkiske republikk, Ungarn, Finland, Sverige,
- 40–70 % – Danmark, Tyskland, Spania, Nederland, Slovakia,
- over 70 % – Hellas, Italia, Litauen, Luxembourg, Slovenia, Storbritannia.

([119]) Se TDI_Tbl 5 i Statistiske opplysninger 2004.
([120]) Se TDI_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
([121]) Se figur 18 OL: Debutalder etter hovedrusmiddel og TDI_Tbl 5 i Statistiske opplysninger 2004.
([122]) Se figur 19 OL: Alle klienter etter utdanningsnivå og TDI_Tbl 6 i Statistiske opplysninger 2004.
([123]) Se figur 22 OL: Alle klienter etter arbeidsstatus.
([124]) Se figur 23 OL: Boligforhold (hvor) for alle klienter og boligforhold (med hvem) for alle klienter.

Figur 20: Andel nye klienter i behandlingsapparatet som rapporterer om heroin, kokain eller cannabis som primærrusmiddel, 1996–2002



Merknader: Land som har lagt fram data hvert år: CZ, DK, DE, EL, ES, NL, SI, SK, FI og SE (bortsett fra at FI mangler data for 1996–97, SE mangler data for 2000).
Tallene er summert for hvert år for alle land som har framlagt data.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003.

Cannabis

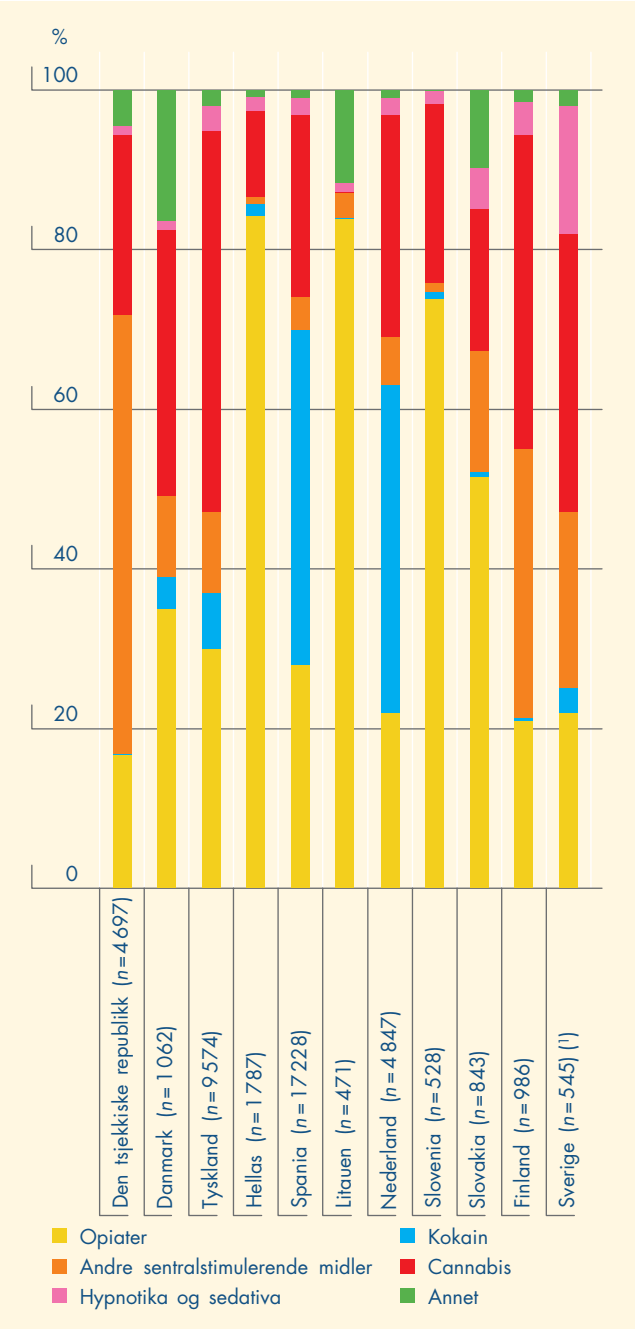
Cannabis er ifølge rapportene generelt det nest mest brukte stoffet hos klienter (Figur 21) ved inntak til behandling. Dette gjelder særlig nye klienter, der nærmere en tredel (29,5 %) primært er registrert med et cannabisproblem. Andelen som søker behandling for cannabis varierer svært meget landene imellom ([125]). Etterspørselen etter behandling for cannabis drøftes i nærmere detalj annetsteds (s. 82) i denne rapporten.

Kokain

Kokain er det tredje vanligste rusmiddelet som rapporteres ved inntak til behandling, men her er det store forskjeller fra land til land. For eksempel er antallet søknader om inntak til behandling for kokainbruk ekstremt lavt eller til og med helt fraværende i de nye medlemsstatene. I de fleste andre landene står kokain som primærrusmiddel for under 10 % av alle behandlingssøknader, selv om dette tallet for nye klienter er høyere, ca. 25 %.

Under 8 % av klientene som søker behandling for kokainbruk rapporterte injeksjonsbruk som den vanligste bruksmåten.

Figur 21: Nye klienter i behandlingsapparatet i 2002: fordeling etter primærrusmiddel



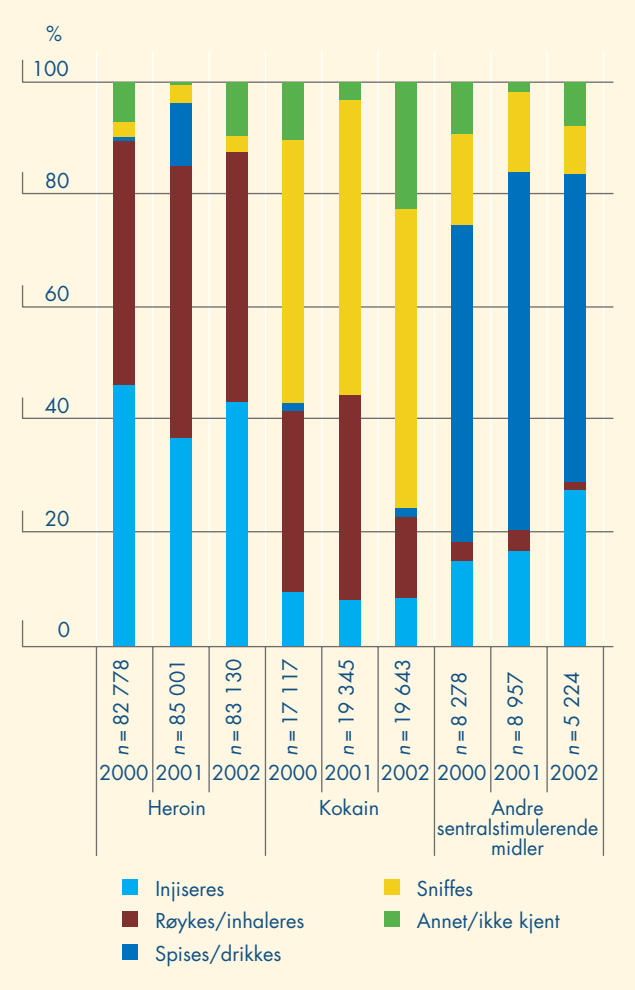
Merknader: Totalt antall tilfeller: 42 568.
(1) Fra polikliniske behandlingstiltak.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter for 2003.

Andre sentralstimulerende midler

Andre sentralstimulerende midler enn kokain rapporteres sjelden som den primære årsaken til deltakelse i narkotikabehandling, bortsett fra i Den tsjekkiske republikk, Finland og Sverige, hvor mellom en firedel og over halvparten av det totale, primære behandlingsbehovet

([125]) Se TDI_Tbl 10 og TDI_Tbl 11 i Statistiske opplysninger 2004.

Figur 22: Fordeling av bruksmåte for heroin, kokain og andre sentralstimulerende midler blant deltakere i polikliniske behandlingstiltak: 2000–2002



Merknader: Data tilgjengelig for DK, DE, EL, ES, IE, NL, FI, SE og UK (Irland hadde ikke data for 2002 tilgjengelig).
Basistall for samlet antall som rapporterer om bruksmåte, er vist.
Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2001, 2002, 2003); TDI-data (2000, 2001, 2002) fra polikliniske behandlingstiltak.

gjelder sentralstimulerende midler. I Den tsjekkiske republikk gjelder over 50 % av rapporterte søknader om behandling primært et problem med metamfetamin. Andre steder er bruk av stimulanter som årsak til deltakelse i behandlingsopplegg mindre vanlig, men den representerer innpå 10 % av alle som påbegynner behandling i Slovakia, 7 % i Tyskland, 6 % i Danmark og 5 % i Ungarn. I alle de andre landene er andelen enda lavere. Data fra 2002 viser også et økende antall brukere av sentralstimulerende midler som rapporterte om injeksjonsbruk, fra 14 % i 2000 til 27 % i 2002, men i absolutte tall er denne gruppen forholdsvis liten (Figur 22).

Kapittel 8
Kriminalitet og fengsling

Narkotikarelatert kriminalitet

Narkotikarelatert kriminalitet kan sies å omfatte følgende fire kategorier:

- *Psykofarmakologiske forbrytelser*: forbrytelser begått under påvirkning av et psykoaktivt stoff.
- *Vinningsforbrytelser*: forbrytelser begått for å skaffe penger (eller stoff) til å finansiere et rusmiddelmisbruk.
- *Systemiske forbrytelser*: forbrytelser begått innenfor rammen av det illegale narkotikamarkedet som et ledd i den illegale distribusjonen og tilførselen av narkotika.
- *Brudd på narkotikalovgivningen*: brudd på narkotikalovgivningen (og andre beslektede lovverk).

Det finnes lite data i EU om de tre første kategoriene forbrytelser, og de som finnes, kommer fra lokale ad hoc-studier som vanligvis ikke utføres rutinemessig, og som det er vanskelig å ekstrapolere fra.

'Anmeldelser' ([126]) for brudd på narkotikalovgivningen (bruk, besittelse, omsetning, smugling osv.) gjenspeiler ikke bare forskjeller i nasjonal lovgivning, men også i hvordan loven anvendes og håndheves, og hvordan bestemte kategorier forbrytelser prioriteres av rettsvesenet og hvilke ressurser som blir bevilget. Dessuten varierer informasjonssystemene om brudd på narkotikalovningen ganske mye mellom statene, særlig når det gjelder rutinene for anmeldelse og registrering, f.eks. hva som blir registrert hvor og når. Disse forskjellene gjør sammenligninger mellom EU-statene ganske vanskelige.

I løpet av perioden 1997–2002 økte antallet 'anmeldelser' for brudd på narkotikalovgivningen i de fleste EU-statene. Økningene var spesielt markerte (fordobling eller mer) i Den tsjekkiske republikk, Estland, Litauen, Ungarn, Polen, Slovenia og Norge. Antall 'anmeldelser' for brudd på narkotikalovgivningen sank imidlertid i 2001 og 2002 i Italia og Portugal ([127]) og i 2002 i Estland ([128]), Irland, Latvia, Slovenia og Finland.

I de fleste medlemsstatene i EU er de fleste anmeldte brudd på narkotikalovgivningen relatert til bruk eller besittelse for bruk av narkotika ([129]), og varierer fra 52 % av alle brudd på narkotikalovgivningen i Finland til 90 % i Østerrike. I Den tsjekkiske republikk er 90 % av alle anmeldte brudd på narkotikalovgivningen relatert til langing eller smugling, mens i Italia og Spania – der bruk og besittelse for bruk av narkotika ikke er forbrytelser – alle narkotikaforbrytelser er relatert til omsetning eller smugling. I Luxembourg, Portugal og Norge ([130]) er nå de fleste narkotikalovbruddene relatert til både bruk/omsetning og smugling av narkotika.

I alle land som har lagt fram data, unntatt Portugal, har andelen av alle registrerte narkotikalovbrudd som er relatert til bruk/besittelse for bruk av narkotika, økt i femårsperioden 1997–2002 ([131]). Selv om økningen generelt var langsom, hadde Belgia, Luxembourg og Slovenia en langt klarere oppadgående trend. Det samme gjaldt for Irland fram til 2001. I Portugal begynte andelen bruksrelaterte lovbrudd å synke i 2000, ett år før bruk og besittelse for bruk av narkotika ble avkriminalisert (i juli 2001) ([132]).

I de fleste medlemsstatene er cannabis det illegale rusmiddelet som oftest er involvert i anmeldte narkotikalovbrudd (Tabell 4). I de landene hvor dette er tilfellet, utgjør cannabisrelaterte lovbrudd fra 34 % (Sverige)

([126]) 'Anmeldelser' for brudd på narkotikalovgivningen står i anførselstegn fordi det dekker forskjellige begreper i forskjellige stater (begrepet kan f.eks. referere til mistanke om eller siktelse for brudd på narkotikalovgivningen osv.). For en nøyaktig definisjon for hvert land, se metodeopplysninger om definisjoner på 'anmeldelser' for narkotikalovbrudd i Statistiske opplysninger 2004. (Tidligere årsrapporter har inntil 2001 brukt begrepet 'arrestasjoner'.)

([127]) Nedgangen i antall 'anmeldelser' for brudd på narkotikalovgivningen i Portugal skyldes avkriminaliseringen i juli 2001 av bruk/besittelse for bruk av narkotika.

([128]) Nedgangen i 'anmeldelser' for brudd på narkotikalovgivningen i Estland skyldes avkriminaliseringen i september 2002 av gjentatt narkotikabruk og av besittelse av små mengder narkotika til personlig bruk.

([129]) Se Narkotikarelatert kriminalitet_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.

([130]) Norge skiller ikke mellom 'narkotikaomsetning/smugling' alene og 'bruk/omsetning og smugling'. Øvrige brudd på narkotikalovgivningen er knyttet til 'narkotikabruk' alene.

([131]) Se Narkotikarelatert kriminalitet_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.

([132]) Loven om avkriminalisering av bruk og besittelse for bruk av narkotika ble vedtatt i november 2000 og trådte i kraft i juli 2001.

til 87 % (Frankrike) av alle brudd på narkotikalovgivningen. Heroin er det stoffet som oftest er involvert i Litauen og Luxembourg, hvor det utgjør henholdsvis 15 % og 51 % av alle narkotikalovbrudd, mens antallet lovbrudd som involverer 'tunge stoffer' ([133]) dominerer i Nederland. Det enkelte narkotiske stoffs relative andel av alle brudd på narkotikalovgivningen påvirkes av en rekke faktorer, herunder politi- og tolltjenestemenns operasjonelle prioriteringer og eksplisitte eller implisitte strategiske avgjørelser med hensyn til innsatsen mot de ulike typene narkotikalovbrudd.

Siden 1997 har andelen narkotikalovbrudd som omfatter cannabis, vært økende i Tyskland, Spania, Frankrike, Luxembourg, Ungarn og Portugal, men holdt seg stabil i Belgia, Italia, Litauen, Nederland, Slovenia og Sverige. I Østerrike økte andelen cannabisrelaterte lovbrudd av det totale antallet narkotikalovbrudd fram til 1999, men har siden da vært synkende ([134]).

I samme periode har andelen heroinrelaterte lovbrudd gått ned i alle EU-land som har lagt fram data ([135]), unntatt i Ungarn og Storbritannia, der den økte ([136]), og i Litauen der den har fluktuert siden 2000 ([137]). Den motsatte trenden kan iakttas for kokainrelaterte lovbrudd, som siden 1997 har økt sin andel av det totale antallet narkotikalovbrudd i alle land som har lagt fram data, unntatt Tyskland, Litauen, Luxembourg og Ungarn, som rapporterte synkende trender ([138]).

Rusmiddelbrukere og fengsel

Rusmiddelbrukere i fengsel

Nasjonale rutinemessige data om type og mønster for rusmiddelbruk blant innsatte er mangelvare. Mange av dataene som er tilgjengelige i EU, kommer fra ad hoc-studier utført lokalt blant et utvalg av innsatte som varierer betraktelig i størrelse og anvendte utvalgsprosesser. De innsatte som deltar i studiene er heller ikke alltid representative for fengselsbefolkningen som helhet, og mangel på oppfølgingsstudier gjør at trendene i de fleste land ikke kan analyseres. Disse faktorene gjør ekstrapolering av resultatene svært vanskelig.

Sammenlignet med befolkningen generelt er narkotikabrukerne overrepresentert i fengselsbefolkningen. Livstidsprevalens av narkotikabruk blant innsatte varierer mye, fra 22 % til 86 %, mellom fengselspopulasjoner,

Tabell 4: Narkotisk stoff som oftest er involvert i 'anmeldte' brudd på narkotikalovgivningen i EU-landene og Norge

Land	Merknader	År	Andel (%)		
			Cannabis	Heroin	Kokain
Belgia		2002	67	8	7
Den tsjekkiske republikk	(2)	2002	37	8	1
Danmark			m.d.	m.d.	m.d.
Tyskland	(2) (3)	2002	56	17	9
Estland			m.d.	m.d.	m.d.
Hellas			m.d.	m.d.	m.d.
Spania	(1) (4)	2002	52	7	33
Frankrike	(2)	2002	87	5	3
Irland	(2)	2002	65	9	6
Italia	(1) (4)	2002	42	27	28
Kypros			m.d.	m.d.	m.d.
Latvia			m.d.	m.d.	m.d.
Litauen	(1)	2002	10	15	1
Luxembourg	(1)	2002	28	51	21
Ungarn	(2)	2002	66	16	2
Malta			m.d.	m.d.	m.d.
Nederland	(2) (5)	2002	37	58	
Østerrike	(1)	2002	58	11	11
Polen			m.d.	m.d.	m.d.
Portugal	(3) (4) (6)	2002	36	17	8
Slovenia	(1)	2002	82	10	2
Slovakia			m.d.	m.d.	m.d.
Finland			m.d.	m.d.	m.d.
Sverige	(1) (7)	2001	34	7	2
Storbritannia	(1)	2000	69	12	5
Norge			m.d.	m.d.	m.d.

Merknader: For en nøyaktig definisjon for hvert land, se metodeopplysninger om definisjoner på 'anmeldelser' for narkotikalovbrudd i Statistiske opplysninger 2004.
m.d.: mangler data.
(1) Av alle narkotiske stoffer som er nevnt (alene eller ikke).
(2) Av hovedrusmidler.
(3) Av alle lovbrudd, etter stoff (noen lovbrudd mangler fordeling på stoff).
(4) Av lovbrudd knyttet til salg/handel (siden lovbrudd som gjelder bruk/besittelse til eget bruk ikke betraktes som forbrytelse).
(5) Data under 'heroin' viser til 'tunge stoffer' (definert som rusmidler som utgjør en uakseptabel risiko for folkehelsen, som heroin, kokain, ecstasy, LSD). En del lovbrudd omfatter både cannabis og 'tunge stoffer' og er ikke medregnet her, noe som forklarer hvorfor summen blir under 100 %.
(6) Denne andelen er undervurdert ettersom den representerer lovbrudd for ett enkelt narkotisk stoff, f.eks. lovbrudd som bare gjelder cannabis (den omfatter ikke lovbrudd som omfatter 'cannabis + annet (andre) narkotisk(e) stoff(er)').
(7) Av personer som har fått forenklet forelegg eller er straffedømt.
Kilde: Nasjonale kontaktpunkter.

([133]) I Nederland defineres 'tunge stoffer' som rusmidler som utgjør en uakseptabel risiko for folkehelsen, som heroin, kokain, ecstasy og LSD.
([134]) Se Narkotikarelatert kriminalitet_Tbl 5 i Statistiske opplysninger 2004.
([135]) Følgende land har framlagt oversikt over narkotikalovbrudd fordelt på stoffer over tid: Belgia, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Litauen, Luxembourg, Ungarn, Nederland (bare cannabis og 'tunge stoffer'), Østerrike, Portugal, Slovenia, Sverige og Storbritannia (bare fram til 2000).
([136]) Data for Storbritannia var tilgjengelig bare fram til 2000.
([137]) Se Narkotikarelatert kriminalitet_Tbl 6 i Statistiske opplysninger 2004.
([138]) Se Narkotikarelatert kriminalitet_Tbl 7 i Statistiske opplysninger 2004.

anstalter og land ([139]). Som i befolkningen generelt er cannabis det illegale rusmiddelet som oftest rapporteres, med en livstidsprevalens blant innsatte på mellom 11 % og 86 %. Livstidsprevalens blant innsatte av bruk av kokain (og crack) er 5–57 % og av heroin 5–66 %.

I EU varierer forekomsten av bruk eller avhengighet av narkotika før fengslingen mellom 8 % og 73 % ([140]).

Fengsler: en utfordring for folkehelsen

Selv om en del innsatte kan betrakte fengslingen som en mulighet til å gripe fatt i stoffproblemet, kan dette være vanskelig å gjennomføre i praksis (Long et al., 2004). De fleste reduserer eller holder opp med narkotikabruken når de fengsles. Noen fortsetter imidlertid i det samme mønsteret, mens andre igjen begynner å bruke narkotika i fengselet. Tilgjengelige studier viser at mellom 8 % og 60 % av de innsatte rapporterer å ha brukt narkotika i løpet av fengslingstiden, og 10–36 % rapporterer om regelmessig bruk av narkotika ([141]).

Mange innsatte har begrenset tilgang til helsetjenester. Helsepersonell i fengslene har liten kontakt med det ordinære helsevesenet, og i tillegg har de ofte liten mulighet til å skaffe seg tilleggsutdanning, noe som gjør fengselshelsetjenesten enda mer isolert. Disse problemene er vanskelige å løse. Dette kan ses i Irland, der det er få tegn til forbedring til tross for at fengselsmyndigheter og helsepersonell har prøvd å forbedre narkotikabrukernes tilgang til behandling og helsetjenester.

Trenden går i retning av at ansvaret for fengselshelsetjenesten overføres fra fengselsmyndighetene til det nasjonale helsevesenet. I Spania ble det nylig vedtatt en lov, 'Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud' (Lov om sammenheng og kvalitet i den nasjonale helsetjenesten), som tar sikte på å følge opp kravene om integrering av fengselshelsetjenesten i den offentlige helsetjenesten. I Estland tar Justisdepartementet i samarbeid med Sosialdepartementet sikte på å integrere fengselshelsevesenet i det offentlige helsevesenet innen 2006. I Frankrike ble ansvaret for dette overført til Helsedepartementet allerede i 1994. I Italia har den lokale helsetjenesten vært ansvarlig for pleie og behandling av de innsatte siden 2000. I England og Wales hører helsetjenesten i fengslene inn under Helsedepartementets ansvarsområde, henholdsvis Wales' nasjonalforsamling (innenriksdepartementet (Home Office) har ansvaret for fengsler i privat sektor i begge regioner). Innen 2006 vil helsetjenesten i alle ikke-private fengsler i England bli en del av den nasjonale helsetjenesten (National Health Service) ([142]).

Infeksjonssykdommer i fengsler og forebygging av disse

Livstidsprevalens for injeksjonsbruk av narkotika blant innsatte rapporteres generelt til å ligge mellom 15 % og 50 %, men noen studier rapporterer om verdier så lave som 1 % eller så høye som 69 %.

Der det foreligger sammenlignbare data, viser disse at sprøytebruk er mindre sannsynlig blant unge lovbrytere enn blant eldre, og at det er mer sannsynlig at kvinnelige innsatte bruker sprøyte enn menn ([143]). Basert på flere studier i EU har Bird og Rotily (2002) vist at omkring en tredel av alle voksne mannlige innsatte er sprøytebrukere. Tilgjengelige data basert på kontaktpunktene i Reitox-nettet viser at mellom 0,2 % og 34 % av de innsatte ([144]) har injisert narkotika i løpet av fengselsoppholdet. Dette reiser spørsmålet om fengselsbefolkningens tilgang til sterilt sprøyteutstyr og hygienisk praksis for sprøytedeling, samt potensialet for spredning av smittsomme sykdommer dersom man ikke griper fatt i disse problemene.

Fengslene er et miljø med høy risiko for spredning av slike sykdommer. Blant de tiltakene som har vist seg å kunne redusere smittsomme sykdommer, er behandling av seksuelt overførte sykdommer og utlevering av kondomer, substitusjonsbehandling, vaksinasjonsprogrammer og programmer for bytting av sprøytespisser og sprøyter.

Substitusjonsbehandling tilbys i økende grad i fengslene. I Østerrike, Belgia, Danmark, Spania og Slovenia tilbys substitusjonsbehandling i alle fengslene. Belgia, Danmark, Luxembourg og Norge gir de innsatte mulighet til å påbegynne substitusjonsbehandling når de sitter inne. I Italia er substitusjonsbehandling vanligvis noe som tilbys personer som sitter i varetekt. Forskrivninger for gradvis å redusere substitusjonsbehandlingen inntil rusfrihet oppnås, blir tilbudt i de fleste tyske delstatene, Nederland, Slovenia og i fengslene i de store byene i Italia. I Storbritannia anses vedlikeholdsprogrammer som hensiktsmessige hovedsakelig for innsatte som sitter i varetekt eller soner korte dommer.

En konkret plan for hepatitt B-vaksinasjon tilpasset innsatte ble anbefalt av Irlands National Immunisation Committee i 2002. Den omfatter én injeksjon hver uke i tre uker, med en boosterdose etter 12 måneder. Dette

([139]) Se Fengsler_Tbl 1 i Statistiske opplysninger 2004.
([140]) Se Fengsler_Vedlegg i Statistiske opplysninger 2004.
([141]) Se Fengsler_Tbl 3 i Statistiske opplysninger 2004.
([142]) Se tabell 10 OL: Nyere narkotikastrategier rettet mot innsatte, departementsdirektiver og servicestandarder i EU og Norge.
([143]) Se Fengsler_Tbl 2 i Statistiske opplysninger 2004.
([144]) Se Fengsler_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.

vaksinasjonsprogrammet gir 99 % beskyttelse etter 13 måneder (Zuckerman, 2003).

En gjennomgang av 14 internasjonale studier som undersøker effektiviteten av sprøytespiss-/sprøytebytteprogrammer i fengselsmiljø, konkluderer med at slike programmer er gjennomførbare og fører til en reduksjon i både høyrisikoatferd og overføring av blodbårne vira uten noen negative konsekvenser som f.eks. tilfeldige stikkskader eller overlagt bruk av nålespisser som våpen mot fengselspersonell eller andre innsatte (Dolan et al., 2003). I løpet av 2002 ble sprøytespiss-/sprøytebytteprogrammer innført i 27 straffeanstalter i Spania, og 12 970 sprøyter ble delt ut uten at det ble rapportert om noen skader.

Selv om et økende antall fengsler i Spania oppretter ordninger for sprøytespiss-/sprøytebytting, har slike programmer blitt nedlagt i de tyske delstatene Hamburg og Niedersachsen (Stöver og Nelles, 2003). Det er likevel fortsatt et sprøytespiss-/sprøytebytteprogram i gang i et kvinnefengsel i Tyskland (Berlin) (Weilandt, personlig meddelelse, 2004). I Josefstadt-fengslet i Wien er et pilotprosjekt under forberedelse, og i Luxembourg er det planlagt å skaffe sprøyteutstyr for narkotikaavhengige i fengsel innenfor rammen av helseprogrammet ([145]).

Alternativer til fengsling for narkotikalovbrytere

Alternativer til fengsling vil bli emnet for ett av de utvalgte aspekter i neste års rapport, der det vil bli gitt en grundig og detaljert oversikt over slike tiltak i EU. Årsrapporten for i år vil derfor ta opp et konkret aspekt ved alternative straffer for narkotikabrukere.

Initiativer på trappene: narkotikadomstoler og mekling mellom offer og lovbryter

Narkotikadomstoler er ledd i nye strukturer som noen land har utviklet for å behandle narkotikabrukere som har begått ikke-voldelige lovbrudd. Disse domstolene kan utsette dommen og trekke inn personer (dommer, aktor, annet personell i rettsvesenet) som tradisjonelt ikke har vært involvert i prosessen. Tanken er å avholde lovbryteren fra å komme tilbake til det strafferettslige systemet og narkotikabruken ved hjelp av behandling og det press som strafferettssystemet utøver. Narkotikadomstoler er opprettet i Irland og Skottland, der strafferetten er basert på sedvanerett. I andre EU-land som har en sivillovbok, eksisterer narkotikadomstoler strengt tatt ikke, men lignende initiativer har vokst fram.

I den tyske delstaten Baden-Wurttemberg ble det i 2003 iverksatt et prosjekt for unge lovbrytere (Way out), som har likhetstrekk med narkotikadomstolene. Prosjektet er resultat av en allianse mellom politi og påtalemyndighet, dommere, organer innen kriminalomsorgen og rusmiddelrådgivningen samt nøkkelpersoner i tre domstolsdistrikter (Baudis, 2004). I Milano drives et lignende program, 'Å bli frisk er innsatsen verdt', som involverer den sentrale domstolen i nært samarbeid med den lokale rusmiddel- og helsetjenesten. Her blir rusmiddelavhengige lovbrytere henvist til behandling samme dag som de domfelles.

Evalueringen av narkotikadomstolen i Dublin (Farrell, 2002) konkluderte med at det forelå sterke indikasjoner på at narkotikadomstolen over tid ville gi kostnadsbesparelser for strafferettssystemet. Det irske justisdepartementet har utvidet det området i Dublin som narkotikadomstolen har jurisdiksjon over.

En gjennomgang som Pompidou-gruppen gjennomførte i 2003 av narkotikadomstolenes utvikling og effektivitet, konkluderte med at innføring av en terapeutisk narkotikadomstol bør være basert på et påvist behov og vil kreve politisk støtte, mekanismer for samhandling mellom organer og tilstrekkelig strukturell/økonomisk støtte for et garantert tidsrom på minst fem år (Moyle, 2003).

En rettspraksis med vekt på rehabilitering blir i økende grad anvendt for å framskynde rettssystemets behandling av ikke-voldelige lovbrytere (narkotikabrukere er sterkt representert blant disse). Dette er i tråd med allmenne hensyn ettersom det vil redusere utgiftene til behandlingen av mindre alvorlige lovbrudd i overbelastede strafferettssystemer. Et av de viktigste utviklingstrekkene er utenomrettslig mekling, som tar sikte på å løse tvister mellom ofre og lovbrytere og bilegge konflikter i forbindelse med straffesaker.

I Nederland gir politiet førstegangslovbrytere mellom 12 og 18 år mulighet til å gjøre opp for sine lovbrudd gjennom mekling. I Den tsjekkiske republikk ble det opprettet en prøvetids- og meklingstjeneste i 2000 med ungdom og narkotikabrukere som viktigste målgruppe. Det ble registrert 29 291 saker i 2002, og 765 av disse gjaldt narkotikarelaterte lovbrudd.

([145]) Se tabell 11 OL: Helse- og sosialtjenester rettet mot narkotikabrukere i fengsler i EU i 2002.

Utvalgt aspekt 1

Evaluering av 'nasjonale narkotikastrategier' i Europa

Metoder for å vurdere nasjonale narkotikastrategier

Mange land har i den senere tid vedtatt en 'nasjonal narkotikastrategi' ([146]). Her skal vi se på planene for evaluering av disse strategiene, som for første gang nå er mulig i europeisk skala takket være arbeidet som de nasjonale kontaktpunktene har satt i gang i år. Dette arbeidet har bidratt til å klargjøre henvisningene til evaluering i de 'nasjonale narkotikastrategiene', som ikke alltid er like innlysende eller entydige.

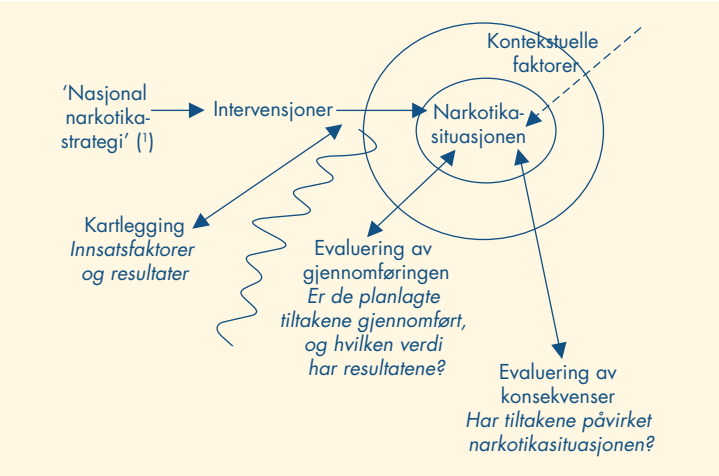
Tiltakene for å evaluere europeiske 'nasjonale narkotikastrategier' kan inndeles i tre hovedaktiviteter: 1) kartlegging, dvs. rutineinnsamling av data om narkotikasituasjonen samt tiltak og intervensjoner; 2) evaluering av gjennomføringen, dvs. vurdering av merverdien som er skapt gjennom initiativer som er gjennomført, og gjennom tildelingen av ressurser som narkotikastrategien legger opp til; og 3) evaluering av virkningen (ofte kalt vurdering av effektiviteten), en vurdering av resultatene (korttidsvirkningene) og konsekvensene ([147]) (langtidsvirkningene) på narkotikafenomenet som har funnet sted (i hvert fall delvis) som følge av den nasjonale narkotikastrategien (Figur 23) ([148]).

Den største forskjellen landene imellom når det gjelder metoder for å evaluere nasjonale narkotikastrategier, ligger mellom de som kartlegger narkotikastrategien, og de som satser på en evaluering av gjennomføringen og/eller virkningen.

I nasjonale narkotikastrategier skjelnes det ikke alltid klart mellom begrepene kartlegging og evaluering, men det er viktig å være oppmerksom på forskjellen. Kartlegging er en kontinuerlig og systematisk prosess som genererer rutinemessige kvantitative og kvalitative data om narkotikafenomenet og intervensjonene som er iverksatt for å håndtere det. Kartleggingen kan gi regelmessig tilbakemelding om; gjennomføringen av aktiviteter (dvs. om innsatsfaktorer), hvilke ressurser som er brukt og resultatet samt hvilke tiltak som er gjennomført i løpet av hvilket tidsrom og av hvem. Men kartlegging gir vanligvis ikke informasjon om virkningene av en strategi eller svar på om en aktivitet når sine mål eller ikke. Selv om et kartleggingssystem ofte kan skaffe informasjon om utviklingen av de forskjellige aspektene ved narkotikafenomenet og om tiltakene som er gjennomført for å bekjempe det, er kartleggingen vanligvis ikke i stand til å avgjøre om forandringene som skjer, er direkte følger av de tiltakene som er gjennomført (dvs. kan tilskrives årsakssammenheng), eller ikke.

Spørsmålet om årsakssammenheng og andre komplekse vitenskapelige spørsmålsstillinger tas opp gjennom evaluering (Tabell 5), som betyr en 'vurdering av verdien av et offentlig tiltak' (i dette tilfellet en nasjonal narkotikastrategi) 'med henvisning til kriterier' (relevans, kostnadseffektivitet, virkning) 'og eksplisitte standarder' (kvalitet, kvantitet) (definisjon hentet fra

Figur 23: Evalueringsnivå i 'nasjonale narkotikastrategier'



([1]) Begrepet 'narkotikastrategi' omfatter også enhver tilsvarende handlingsplan som har sitt utspring i strategien.

([146]) Definert i kapittel 1, s. 17.

([147]) For enkelhets skyld vil vi her bruke uttrykket 'evaluering av virkningen' i betydningen evaluering både av 'resultater' og av 'konsekvenser', to helt forskjellige vitenskapelige øvelser som relevant litteratur vanligvis skjelner mellom.

([148]) En uttømmende evaluering ville også omfatte en vurdering av kostnadseffektivitet, en bred måling av kostnadene ved å oppnå de aktuelle resultatene og virkningene. Data om dette aspektet var imidlertid bare tilgjengelig for Spania (se nedenfor).

Tabell 5: Vanlig brukte begreper innen evaluering (metoder for evaluering av behandlingstiltak av strukturell art)

Samlet evaluering	Evaluering av en intervensjon i sin fulle bredde
Koherens	I hvilken grad intervensjonen ikke inneholder logiske selvmotsigelser/intervensjonen ikke er i strid med andre intervensjoner med lignende målsettinger
Relevans	I hvilken grad en intervensjons målsettinger er relevante for de behov, problemer og problemstillinger den er rettet mot
Konsistens	I hvilken grad intervensjonen medfører en maksimering/minimering av positive/negative konsekvenser på andre økonomiske, sosiale eller miljøpolitiske områder
Nytte	I hvilken grad effektene motsvarer de behov, problemer og problemstillinger intervensjonen var rettet mot
Effektivitet	I hvilken grad intervensjonen fører til oppnåelse av målsetningen
Kostnadseffektivitet	I hvilken grad ønskede effekter oppnås til en fornuftig pris
Kostnadseffektivitetsanalyse	Evalueringsverktøy for å vurdere intervensjonens kostnadseffektivitet
Nytte-kostnadsanalyse	Evalueringsverktøy for å vurdere fordelene ved intervensjonen fra den samlede målgruppens posisjon i forhold til den pengemessige verdien av alle konsekvenser av intervensjonen
Resultat	Det som er finansiert og oppnådd (eller konkretisert) ved hjelp av ressursene bevilget til en intervensjon
Virkning	Den følge intervensjonen får for målgruppen etter at de har deltatt i intervensjonen eller etter at et offentlig tilbud er kommet på plass, eventuelt den indirekte følge intervensjonen får for andre berørte, som kan være vinnere eller tapere

Kilde: Europakommisjonen, 1999.

Europakommisjonen, 1999), og som vanligvis krever dybdestudier for å kunne utføres. Grunnelementet i evaluering er derfor tosidig: 1) bevis, basert på data av god kvalitet, dvs. data innsamlet ved hjelp av vitenskapelige metoder (kartlegging og dybdestudier), for at det er årsakssammenheng mellom gjennomføringen av en politikk og en forandring i fenomenet som studeres; og 2) en verdivurdering av virkningen som er oppnådd, som til slutt må knyttes til beslutningstaking.

I praksis er begrepet 'evaluering' uløselig knyttet sammen med 'kartlegging', men selv om noen dokumenter behandler de to begrepene som synonyme, bør det minnes om at kartlegging ikke er det samme som evaluering (selv om kartlegging så absolutt inngår i evalueringen).

I Storbritannia ble 'Den oppdaterte nasjonale narkotikastrategien' utgitt i 2002 etter en omfattende revisjon som innarbeidet evidensgrunnlaget, inkludert evalueringer av tilbuds- og etterspørselskomponentene. Den nasjonale narkotikastrategien blir 'kartlagt', 'ettersporet' og 'prestasjonsstyrt', men ikke 'evaluert' (Storbritannias nasjonale rapporter, s. 106). I Norge er en av målsetningene i den nye handlingsplanen mot rusmiddelproblemer å utvikle et system for å måle i hvilken grad planens mål og delmål blir oppnådd (Norges nasjonale rapport, s. 65). I Den tsjekkiske republikks nasjonale narkotikapolitiske strategi for 2001–2004 defineres mål, målsettinger, delmål, suksessindikatorer og verktøy for effektivitetsevaluering av hver søyle i strategien. Utførelsen av oppgavene blir kartlagt regelmessig, men strategien er ennå ikke blitt systematisk evaluert i forhold til de fastsatte suksessindikatorene og definerte evalueringsverktøyene. En av grunnene til dette kan være at ekstern evaluering medfører betydelige kostnader (Den tsjekkiske republikks nasjonale rapport, s. 114). Den nye danske handlingsplanen fastsetter at en rekke konkrete aktiviteter skal 'evalueres' fortløpende (Danmarks nasjonale rapport, s. 67). I Ungarns og Polens nasjonale narkotikastrategier foreslås det et system for oppfølging av utførelsen av oppgavene (nasjonale Reitox-rapporter), mens Slovenia ennå ikke har utført noen evaluering selv om den nye nasjonale strategien 'planlegger regelmessig evaluering av gjennomføringen' (Slovenias nasjonale rapport, s. 61). I Litauen vil gjennomføringen av den nasjonale narkotikastrategien (2004–2008) bli iverksatt 'i forhold til landets økonomiske ressurser' (Litauens nasjonale rapport, s. 35). Og den nye nasjonale narkotikastrategien i Estland 'omfatter kartleggings- og evalueringskomponenter samt definerer prestasjonsindikatorer' (Estlands nasjonale rapport, s. 86).

I Finland og Sverige (Finlands nasjonale rapport, s. 113; Sveriges nasjonale rapport, s. 75–76) legger de nasjonale narkotikastrategiene større vekt på å kartlegge gjennomføringen av strategien enn på å evaluere virkningen av den. I Sverige har narkotika-koordinatoren, som ble utnevnt i 2002, ansvaret for å påse at den

nasjonale handlingsplanen følges opp (i årsrapporter). I Finland er det også planlagt forskning for å fastlegge en del normer som narkotikaforvaltningen skal kartlegge og evaluere sine aktiviteter opp mot. Luxembourgs nasjonale kontaktpunkt rapporterer at resultatet av planen for 2000–2004 skal evalueres i 2005 slik at man kan dra nytte av dette arbeidet i utviklingen av framtidige strategier (Luxembourgs nasjonale rapport, s. 94). I Tyskland omfatter handlingsplanen mot narkotika og stoffavhengighet for 2002 for første gang et forsøk på å fastsette operasjonelle mål og kriterier som kan legges til grunn for å vurdere hvorvidt en intervensjon har lykkes eller mislykkes (Tysklands nasjonale rapport, s. 101), mens det italienske treårige programmet for 2002–2004 tar sikte på å fremme evaluering i forbindelse med forebygging og sosial reintegrasjon.

Blant de landene som presenterer en evaluering enten av gjennomføringen av den nasjonale narkotikastrategien eller av dens effektivitet, er Hellas, Spania, Frankrike, Irland og Portugal. De spanske og greske strategiene viser til 'evaluering av effektiviteten'. I Spania krever den nasjonale 9-årsstrategien en evaluering av gjennomføringen, samlet sett og sektorvis etter halvgått løp, i 2003 og i 2008. Målet er 'å gjøre politikken mer effektiv og kostnadseffektiv' (Spanias nasjonale rapport, s. 85) gjennom å måle kvantiteten og kvaliteten på tjenestetilbudet. I Hellas peker den nye handlingsplanen mot narkotika for 2002 likeledes på ekstern evaluering av den samlede effektiviteten av politikken som blir ført, noe som kan finne sted i framtiden, på grunnlag av EUs og internasjonale indikatorer (Hellas' nasjonale rapport, s. 110).

I Frankrike, Irland og Portugal krever de nasjonale narkotikastrategiene en samlet ([149]) og sektorvis evaluering, og i noen tilfeller av effektiviteten (Irlands nasjonale rapport). Imidlertid viser mottatte data at de evalueringene som er utført til nå, i virkeligheten mer har vurdert nivået på gjennomføringen enn av strategiens effektivitet. I Frankrike omfattet evalueringen av den treårige handlingsplanen 1999–2002 (utført av Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies (OFDT) fra 2000 til 2003) både en 'samlet evaluering' og evaluering av fem prioriterte programmer ([150]). Evalueringen omfattet ikke en vurdering av virkningen av tiltakene på narkotikasituasjonen samlet sett. Den var således i det alt vesentlige en vurdering av framdriften som oppnåelsen av operasjonelle målsettinger skulle vurderes i forhold til. I Irland krever den nasjonale narkotikastrategien 'en uavhengig evaluering av effektiviteten ved programmet samlet sett innen utgangen av 2004' (National Drugs Strategy 2001–2008: Building on Experience, s. 111). Det synes imidlertid som om evalueringen vil omfatte en gransking av omfanget av gjennomføringen av narkotikastrategien og av hvorvidt den har oppfylt sine strategiske mål, snarere enn en fullstendig vurdering av virkningen av strategien på narkotikabruken. I Portugal forutsetter narkotikastrategien 'en ekstern, uavhengig evaluering av gjennomføringen samlet sett og sektorvis' (Portugals nasjonale rapport, s. 65). Det rapporteres også om en intern evalueringsprosess.

I de medlemsstatene som strengt tatt ikke har noen 'nasjonal narkotikastrategi', har samlet evaluering blitt møtt med liten interesse i de senere år, selv i land som har en kultur for evaluering av konkrete narkotikaprosjekter. I Nederland, der forskning, kartlegging og evaluering tradisjonelt har vært et ledd i narkotikapolitikken, tar f.eks. en ny (2002) 'statlig styringsstrategi' sikte på å gi offentlige forvaltningsorganer (herunder organer som er involvert i helsevern og narkotika) retningslinjer for praktisk gjennomføring (Nederlands nasjonale rapport, s. 83–4). Og i Østerrike, der for øvrig den narkotikarelaterte kartleggingen er blitt betydelig bedre i de senere år, har

Tabell 6: Hovedpunkter i evalueringen av en del nasjonale strategier

	'Nasjonal narkotikastrategi'	Evalueringens omfang	Evalueringens mål	Evalueringens varighet
Hellas	Handlingsplan 2002–2006	Samlet og sektorvis	Effektivitet	Ingen
Spania	Nasjonal narkotikastrategi, 2000–2008	Samlet og sektorvis	Effektivitet og kostnadseffektivitet	2003–08
Frankrike	Treårig plan mot narkotika og for forebygging av avhengighet, 1999–2001	Samlet og sektorvis	Gjennomføring	2002
Irland	Nasjonal narkotikastrategi, 2001–2008: Building on Experience	Samlet og sektorvis	Gjennomføring	2004–08
Portugal	Nasjonal strategi for bekjempelse av narkotika 1999, Handlingsplan 2000–2004	Samlet og sektorvis	Gjennomføring	2004

([149]) Samlet evaluering: evaluering av en intervensjon i sin fulle bredde (Tabell 5).

([150]) 1) De regionale avtalene om målsettinger innen helse og justis, 2) den interdepartementale politikken for opplæring av fagpersonell, 3) regionale programmer for forebygging av rusmiddelavhengighet, 4) forsøk med utekontakter fra spesialiserte institusjoner for å gi generell omsorg til mennesker med rusatferd, og 5) risikoreduserende programmer i 18. arrondissement i Paris.

verken provinsenes planer (bortsett fra innledende evalueringer i Vorarlberg) eller den generelle narkotikapolitikken vært gjenstand for evaluering (Østerrikes nasjonale rapport, s. 63). I de øvrige landene (Kypros, Latvia, Malta og Slovakia samt i Bulgaria, Romania og Tyrkia) finnes det for lite informasjon til å rapportere om evaluering av nasjonale narkotikastrategier (hvis slike i det hele tatt finnes).

Evalueringer: 'ex-ante', 'midtveis' og 'ex-post'

I retningslinjene for evalueringen av EU-aktiviteter (Europakommisjonen, 2003) pekes det på fire hovedgrunner for å gjennomføre evalueringer: 1) bidra til utformingen av intervensjoner, 2) forbedre kvaliteten på intervensjonen, 3) bidra til en effektiv fordeling av ressursene (dvs. kostnadseffektivitet), og 4) rapportere om hva som er oppnådd med intervensjonen (dvs. ansvarlighet). De samme retningslinjene beskriver tre evalueringstrinn: 'ex-ante' (før), midtveis og 'ex-post' (etter).

Ex-ante-evaluering utføres før gjennomføringen, og da for å vurdere behovet for handling eller for å fastsette baseline. De nasjonale narkotikastrategiene rapporterer om ex-ante-evaluering som revisjonsprosesser utført av parlamentariske kommisjoner, regjeringsnedsatte utvalg eller departementene og danner utgangspunktet for flere nasjonale narkotikastrategier (Belgia, Tyskland, Spania, Irland, Portugal, Sverige).

I de spanske, irske og portugisiske 'nasjonale narkotikastrategiene' rapporteres midtveisevaluering som et verktøy for å tilpasse intervensjonene og målsettingene 'underveis'. Metoden med tilpasning 'underveis' er ikke begrenset til land som er i gang med en reell evalueringsprosess. Den rapporteres også brukt i land som har opprettet kartleggingssystemer, der den blir benyttet til å gi pålitelig informasjon som kan legges til grunn for en tilpasning og omforming av framtidige tiltak. Dette innebærer en verdivurdering som er mer typisk for evalueringsaktiviteter. Her igjen benyttes kartlegging og evaluering om hverandre.

Ex-post-evaluering spenner over hele intervensjonsperioden, vanligvis med særlig fokus på intervensjonens endelige resultater, med sikte på å få fram informasjon som kan være nyttig for framtidige tiltak. Slik aktivitet rapporteres fra Frankrike, der den endelige evalueringen av den franske handlingsplanen hadde til formål å revidere intervensjonene og målsettingene for en ny narkotikaplan, og er foreslått gjennomført i 2008 i Spania, Irland og Portugal.

På narkotikaområdet er formålet med evalueringsprosessen alltid å forbedre kvaliteten på eksisterende intervensjoner og utformingen av nye. Det kan imidlertid forventes at når en narkotikastrategi avløses av en ny, vil ex-ante- og ex-post-evalueringer flyte sammen, noe som vil resultere i en syklisk prosess der sluttresultatene av den første strategien vil gi impulser til den neste strategien (Figur 24).

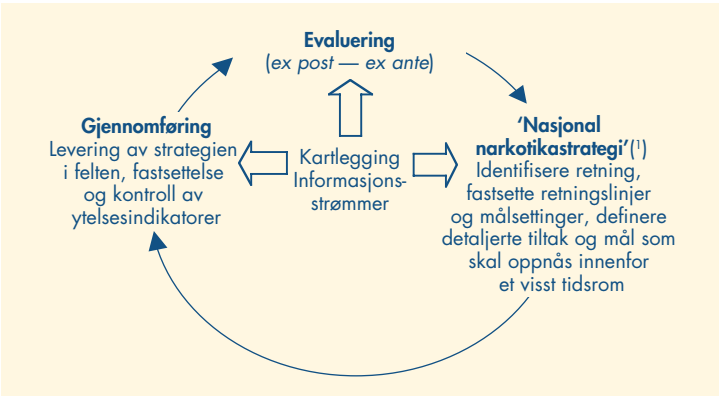
Aktører i evalueringen

Et annet viktig spørsmål som de 'nasjonale narkotikastrategiene' fører med seg, er om de som gjør evalueringen bør være 'interne' eller 'eksterne' i forhold til organisasjonen. Det finnes eksempler på begge deler, og hver type har sine fordeler og ulemper.

Interne evaluerere har bedre kjennskap til strukturene og kommunikasjons-mekanismene, er fortrolig med organisasjonen og emnet evalueringen gjelder samt har lett tilgang til datakildene. De kan imidlertid være tilbøyelige til å unnskylde manglende oppfylling av målsettinger og være mindre villige til å gjøre merknader eller foreslå endringer som kan oppfattes som en trussel mot organisasjonen. Eksterne evaluerere vil derimot stå for en mer objektiv og pålitelig synsvinkel fordi de ikke er involvert i organisasjonen, men de kan ha større vansker med å få tilgang til informasjonskilder, og de står i fare for å prøve å tilfredsstille kunden ved å legge fram så gode resultater som mulig. Dessuten er det vanligvis dyrt med eksterne evaluerere. Det må derfor treffes et valg mellom på den ene side en bedre forståelse av situasjonen og muligheten til å oppnå objektivitet i informasjonen, og på den annen side større objektivitet og ekspertise i evalueringen.

De fleste medlemsstatene synes å foretrekke en blandet tilnærmingsmåte. I Irland vil midtveisevalueringen av den

Figur 24: Evaluering som en syklisk prosess



(1) Begrepet 'narkotikastrategi' omfatter også enhver tilsvarende handlingsplan som har sitt utspring i strategien.

nasjonale narkotikastrategien bli utført i 2005 av eksterne konsulenter under ledelse av en tverrsektoriell styringsgruppe, i Portugal vil interne medarbeidere og eksterne konsulenter foreta en evaluering av handlingsplanen for 2000–2004, og i Frankrike har eksterne evaluerere og medarbeidere ved OFDT stått for ulike aspekter av evalueringen av den treårige handlingsplanen. I Spania gjennomføres midtveisevalueringen (2004) av medarbeidere i den nasjonale narkotikaplanen (PNSD), mens den greske planen forutsetter ekstern evaluering. I Sverige vil Folkhälsoinstitutet evaluere folkehelsepolitikken gjennom måling av ulike livsstilsvariabler. En målsetting for politikken (nr. 11) er: 'minskat bruk av tobak och alkohol, ett samhälle fritt från narkotika och dopning samt minskade skadeverkningar av överdrivet spelande'.

I alle land som har gjennomført en evalueringsprosess, synes det nasjonale samordningsorganet å være myndigheten som er ansvarlig for å organisere og sette i gang evalueringsprosessen: det tverrdepartementale senteret (MILDT) i Frankrike, PNSD i Spania, Institutt for narkotika og narkotikaavhengighet (IDT) i Portugal, narkotikadirektoratet i Irland, narkotikakoordinatorens kontor i Sverige og, som annonsert i den belgiske 'strategien' for 2001, den sentrale narkotikagruppen (General Drug Cell) i Belgia, når denne kommer i drift. Innenfor disse organene er narkotikakartleggingssentrene, som vanligvis er identiske med de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet, ansvarlige for å framskaffe informasjonen og opplysningene som kreves for evalueringen, og noen ganger er de også teknisk ansvarlige for evalueringen.

Mål og indikatorer

Det reises ofte spørsmål om i hvilken grad det er mulig å måle virkningene av tiltak som gjennomføres som ledd i en 'nasjonal narkotikastrategi'. Både internasjonale og 'nasjonale narkotikastrategier' henviser til meget 'generelle målsetninger' som f.eks. 'redusere risikoene for narkotikabrukere' eller 'mål om et rusmiddelfritt samfunn', eller også til 'operasjonelle målsettinger' som f.eks. 'øke antallet behandlingsplasser' eller 'opprette et narkotika-samordningsorgan'. Både 'generelle' og 'operasjonelle' målsettinger kunne hatt nytte av at det ble satt opp konkrete mål. De generelle målsettingene er viktige som grunnlag for den nasjonale narkotikapolitikken som identifiserer en retning, men er vanskelige å måle; de operasjonelle målsettingene opplyser at det skal iverksettes kvalitative og kvantitative tiltak, noe som skulle tilsi at de er lettere å måle.

Eksperter og fagfolk påminner om at for å kunne gjøre en vitenskapelig evaluering av en strategi, må målsettingene være formulert på en klar, entydig, målbar måte og 'generelle' og 'operasjonelle målsetninger' holdes atskilt, men også knyttes sammen. 'Operasjonelle målsettinger' må i virkeligheten betraktes som en måte å konkretisere 'generelle målsettinger' på. Deretter bør det fastsettes ytelsesindikatorer for å måle i hvilken grad målsettingene er oppfylt. Ennå kan bare noen få nasjonale narkotikastrategier inkluderes i denne kategorien.

Kostnadseffektivitet

Få nasjonale strategier sier noe særlig om nytte/kostnads-analyser eller om kostnadseffektivitets-analyser, untatt den spanske strategien, som nevner at evalueringen av den nasjonale strategien også skal forsøke å måle kostnadseffektiviteten ved den offisielle politikken. Selv om offentlige forvaltninger er opptatt av budsjetter og kostnader, er det en generell mangel på kunnskaper om totalkostnadene ved de offentlige intervensjonene på narkotikaområdet (noe som også ble fastslått i fjorårets rapport, EONN, 2003b). Denne typen analyser blir generelt betraktet som marginal og tas med i bare noen få forskningsaktiviteter.

Evalueringens begrensninger

Forskerne erkjenner generelt at det er meget vanskelig å fastslå om en narkotikapolitikk er effektiv eller ikke. Eksperter og fagfolk peker advarende på problemene knyttet til evaluering av virkningene av en offentlig politikk, idet det må tas hensyn til 'kompleksitetsnivåene' og en 'mengde årsaks- og virkningssammenhenger'. Det kan rett og slett være vanskelig å påvise noen årsakssammenheng mellom en narkotikapolitikk og resultatet og virkningen av den på grunn av mangfoldet av intervensjoner og effekter som skal måles samt eventuelle eksterne faktorer (forvirrende faktorer) som påvirker virkeligheten (f.eks. sosioøkonomiske forhold, subkulturer). En del forskning tyder på at narkotikafenomener kan avhenge mer av atferds- og samfunnsmessige faktorer enn av politiske tiltak.

Dessuten kan narkotikabrukens illegale karakter være et alvorlig hinder for datainnsamlingen, som er et vesentlig verktøy i enhver evalueringsprosess, slik at mange viktige aspekter ved narkotikafenomenet ikke blir identifisert. Evaluering som gjelder intervensjoner på narkotikaområdet må således gjennomtenkes nøye, og resultatene av den må tolkes med forsiktighet.

Konklusjon

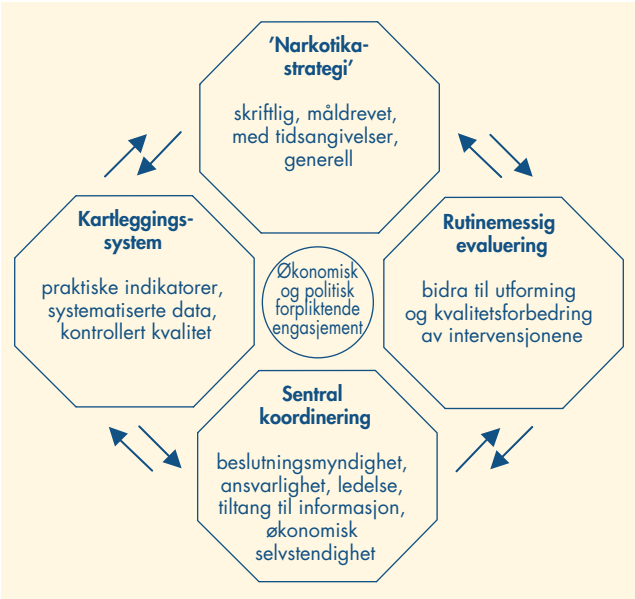
Dataene som er gjennomgått synes å vise at 'nasjonale narkotikastrategier' vanligvis oppfatter evaluering som det å måle gjennomføringen – framdrift, resultater, til og med fiaskoer – og deretter foreta en viss vurdering av dette, heller enn å evaluere virkningen på narkotikasituasjonen samlet sett. Dette er en viktig konklusjon. De fleste land som har stått overfor narkotikaproblemet i mange tiår, er nå i stand til (eller villig til) ved hjelp av kartleggingssystemer å etablere et grunnlag for å måle narkotikafenomenet og virkningene av innsatsen. Narkotikapolitikken kan således anses for å være mer forklarlig enn noen gang før, noe som i seg selv er et viktig resultat.

Noen få land har gått videre og kunngjort at de ikke bare vil utvikle kartleggingssystemer, men også foreta en evaluering av gjennomføringen av den 'nasjonale narkotikastrategien', og med dette mener de en vitenskapelig studie for å vurdere gode og mindre gode sider ved hele eller deler av strategien. Men inntil videre foreligger det ingen tegn til noen vitenskapelig evaluering av virkningene som er forbundet med de nasjonale narkotikastrategiene i sin helhet.

Land som legger til grunn en mer strukturert tilnærmingsmåte for narkotikapolitikken, dvs. som har en skriftlig, målstyrt, samlet 'nasjonal narkotikastrategi', et sentralt samordningsorgan, og endog en nasjonal koordinator så vel som et solid kartleggingssystem, rapporterer vanligvis om en mer avansert evalueringsprosess (Figur 25). Det synes som om eksistensen av en mer strukturert tilnærmingsmåte, som i seg selv er et tegn på økonomisk og politisk satsing, er en nødvendig forutsetning for en mer utviklet metodikk når det gjelder evaluering av den nasjonale narkotikastrategien. Dette er en hypotese som selvsagt må bekreftes av ytterligere forskning.

Spredningen av en kartleggings- og vurderingskultur har tilført mer kunnskap om narkotikaproblemet i EU og følgelig lagt til rette for mer informerte beslutninger. Evaluering er nå allment anerkjent som et kritisk element i gjeldende narkotikastrategier med hensyn til ansvarlighet, ytelse og økonomisk forsiktighet. Mange prosjekter og konkrete intervensjoner på narkotikaområdet inneholder allerede et element av evaluering, og dersom dette utvides til alle de viktigste narkotikapolitiske intervensjonene, vil det gradvis bidra til å måle virkningen av de nasjonale narkotikastrategiene i Europa.

Figur 25: Hovedkarakteristika for en strukturert narkotikapolitisk tilnærming



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]).

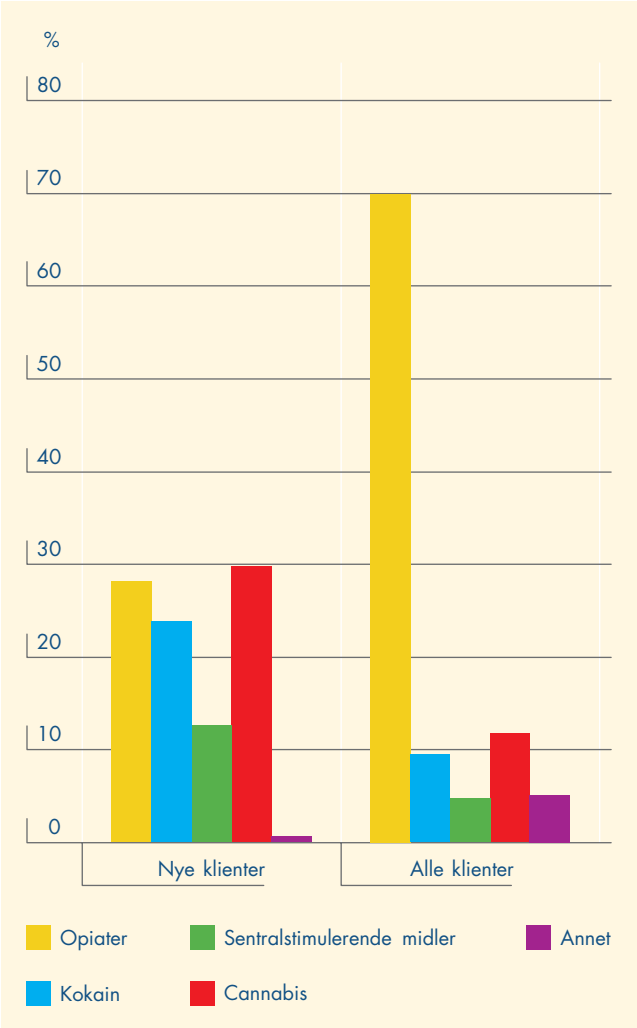
Trender i etterspørselen etter behandling for cannabisproblemer

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



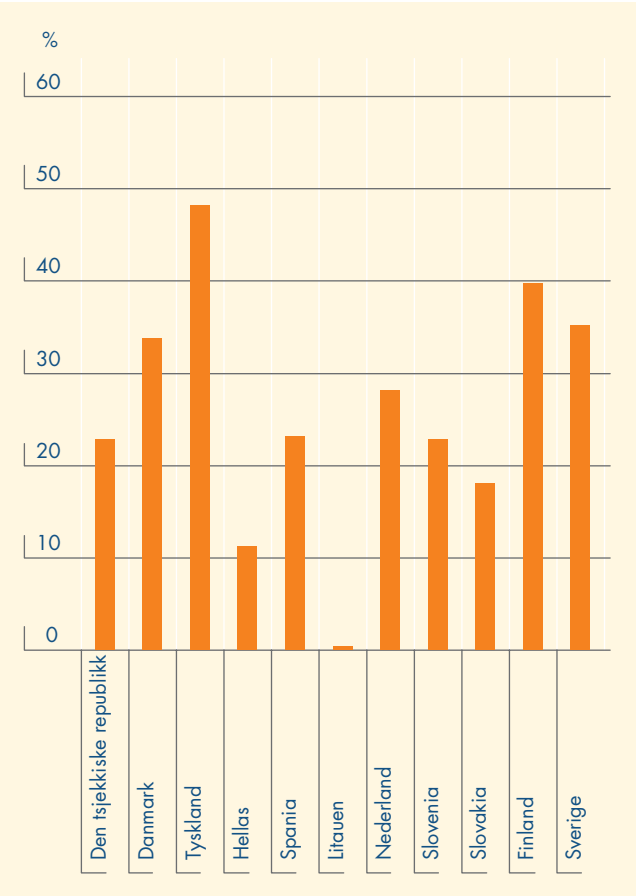
Merknader: n = 42 568 (nye klienter), 351 372 (alle klienter).
Land som har lagt fram data (nye klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, LT, NL, SI, SK, FI, SE.
Land som har lagt fram data (alle klienter): CZ, DK, DE, EL, ES, IT, LT, LU, HU, NL, SI, SK, FI, SE, UK.
Vektet for antall klienter pr. land.
Kilde: Nasjonale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

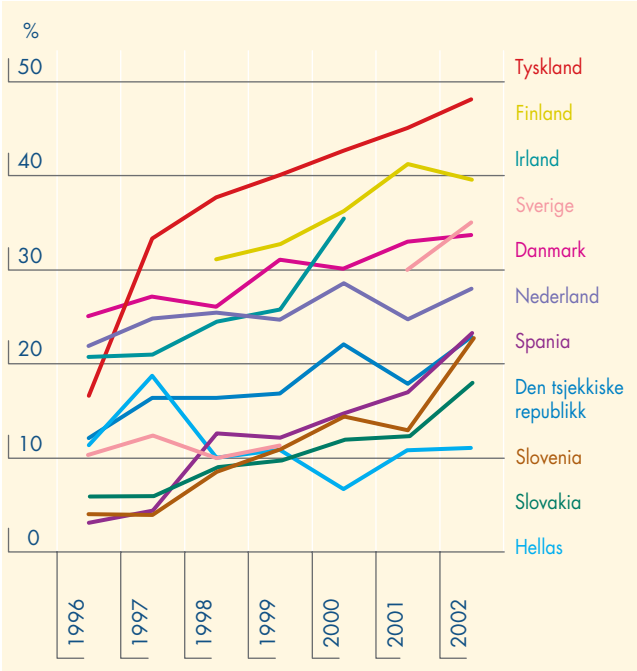
Økningen i etterspørselen etter behandling for cannabisbruk er ikke begrenset til Europa. I USA, som bruker et annet registreringssystem for narkotikabehandling ([158]), økte antallet personer inntatt til behandling for marihuanabruk fra ca. 20 000 i 1992 til nærmere 90 000 i 2000 (SAMHSA, 2001; EONN,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

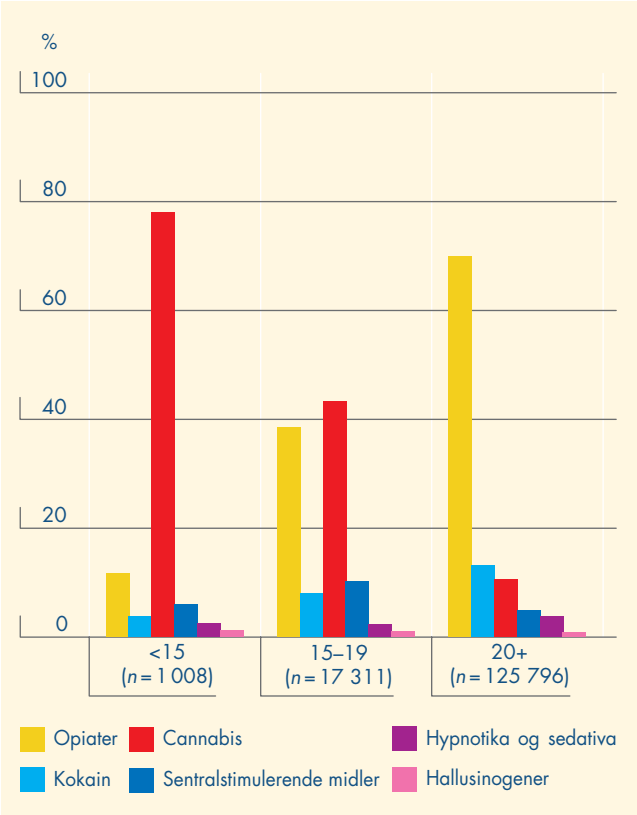
Det foreligger en rekke standard-alternativer for registrering av henvisningskilden for narkotikabrukere som påbegynner behandling. Disse skiller mellom narkotikabrukere som har meldt seg selv, og de som har blitt henvist av andre organer, f.eks. sosiale eller strafferettslige organer. De fleste cannabisklientene 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

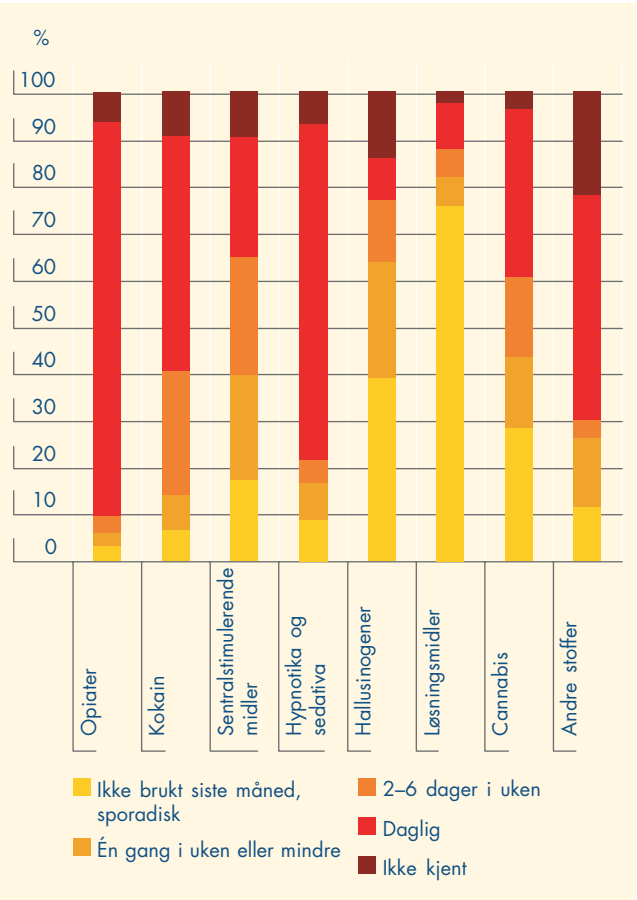
([159]) Se figur 22 OL: Henvisningskilde for alle klienter: for alle rusmidler og for cannabis.
([160]) Se også TDI_Tbl 4 i Statistiske opplysninger 2004.
([161]) Se figur 23 OL: Arbeidsstatus blant cannabisklienter og alle klienter.
([162]) Se figur 24 OL: Boforhold blant cannabisklienter og alle klienter.

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).

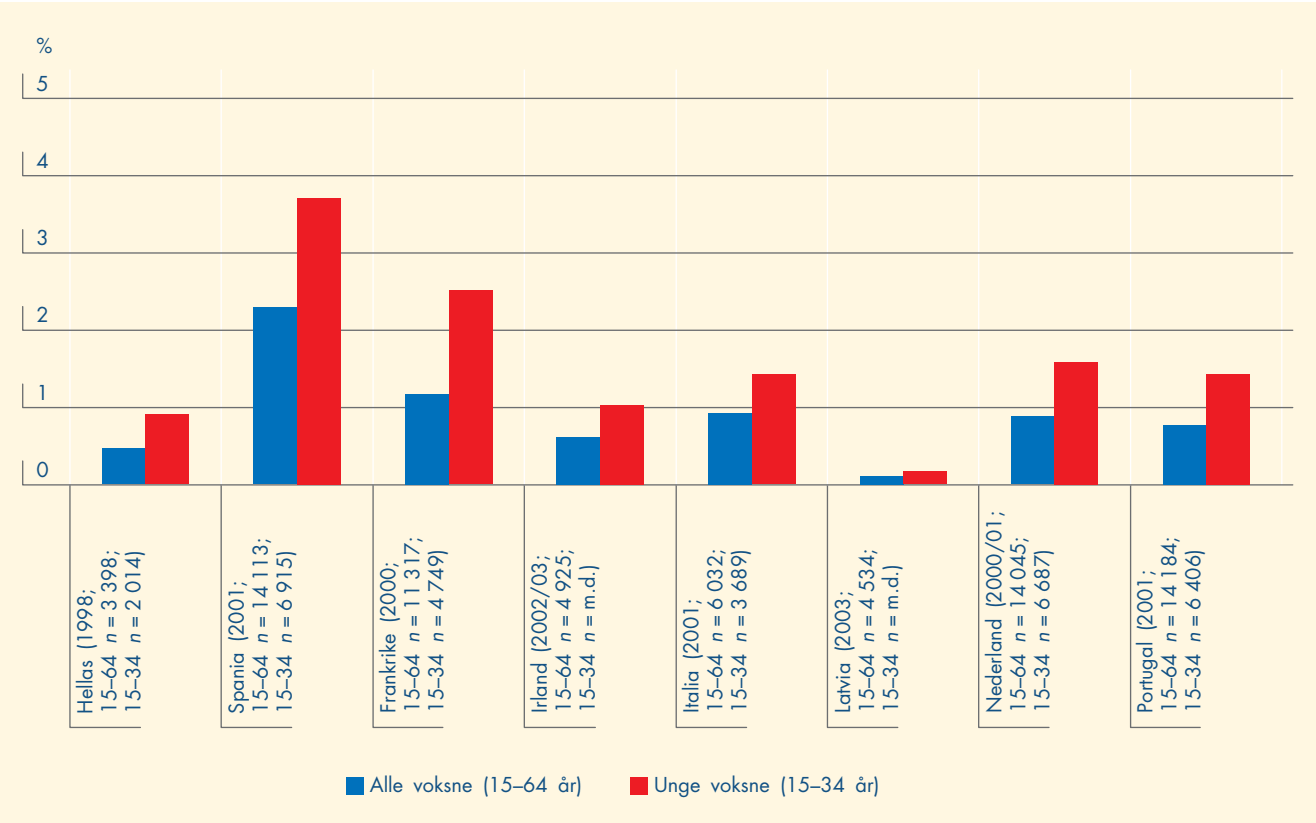
Cannabis i befolkningen generelt: fra eksperimentell til daglig bruk

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.

Utvalgt aspekt 3

Tilleggslidelser

Innledning

Samtidig forekomst av psykisk lidelse og stoffrelaterte lidelser, ofte kalt komorbiditet eller dobbeltdiagnose, er ikke noe nytt fenomen. I de senere år har imidlertid denne problematikken blitt viet større oppmerksomhet i den politiske og faglige debatten, for det er blitt klart at dette gjelder et stort og antakelig økende antall mennesker. Dette kapittelet fokuserer på sameksistensen av psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser og bruken av illegale rusmidler. Det kan faktisk ofte være hensiktsmessig å snakke om multimorbiditet, eller samtidig forekomst av flere sykdommer, ettersom pasientene ofte lider både av somatiske sykdommer, f.eks. HIV (humant immunsviktvirus) eller hepatitt C-infeksjon, og av sosiale forstyrrelser som familieproblemer, arbeidsledighet, fengsling eller hjemløshet. Omsorgs- og behandlingsapparatet er oftest ikke tilstrekkelig utrustet til å ta seg av de diagnostiske og behandlingsmessige behovene til denne klientgruppen, og vil derfor ignorere og/eller være ute av stand til å håndtere alle de problemene disse klientene har. Resultatet blir ofte en 'svingdør'-situasjon, der personer med stort behov for behandling blir henvist fra en tjeneste til en annen, mens deres situasjonen hele tiden forverres.

Merk at den særegne sammenhengen mellom cannabisbruk og psykiske lidelser drøftes mer inngående i utvalgt aspekt – cannabis (s. 82).

Definisjon

Verdens helseorganisasjon (WHO) definerer tilleggslidelser (komorbiditet), eller dobbeltdiagnose, som 'samtidig forekomst hos en person av en lidelse som skyldes bruk av et psykoaktivt stoff, og en annen psykisk forstyrrelse' (WHO, 1995). Ifølge FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC) er en person med dobbeltdiagnose en 'person som er diagnostisert til å ha et alkohol- eller narkotika-misbruksproblem i tillegg til en annen diagnose, vanligvis psykisk, f.eks. affektiv lidelse eller schizofreni' (UNODCCP, 2000). Med andre ord refererer tilleggslidelse i denne konteksten til samtidig forekomst av to eller flere psykiske lidelser eller personlighetsforstyrrelser, hvorav en er problematisk rusmiddelbruk.

Etiologi

Når en skal fastslå etiologien eller årsakene til tilleggslidelser, ender en opp med en 'høna eller egget'-diskusjon: hva kom først? Foreliggende forskning om årsakssammenhengen mellom psykiske lidelser og stoffrelaterte lidelser er ufullstendig. Symptomene på psykiske lidelser og avhengighetsproblemer samvirker og påvirker hverandre gjensidig.

Forskningsmaterialet indikerer at psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser vanligvis forekommer før de stoffinduserte forstyrrelsene, dvs. de øker personens mottakelighet for slike problemer (f.eks. Kessler et al., 2001; Bakken et al., 2003). Men psykiske lidelser kan også forverres av stoffbruk (f.eks. depresjon: McIntosh og Ritson, 2001) eller forekomme parallelt.

Narkotikabruk kan også oppfattes som en komponent av eller et symptom på en psykisk lidelse eller personlighetsforstyrrelse og som et forsøk på selvmedisinering (f.eks. Williams et al., 1990; Murray et al., 2003). Det faktum at stoffbruken lindrer plagsomme symptomer, stimulerer til utvikling av avhengighet. Straks narkotikabruken blir avbrutt, f.eks. gjennom avvennings- eller substitusjonsbehandling, kan symptomene komme tilbake. Akutte stoffinduserte psykoser forekommer særlig hos brukere av kokain, amfetamin og hallusinogener og avtar vanligvis relativt hurtig. Det kan imidlertid være meget vanskelig å skille mellom symptomer som skyldes narkotikaforgiftning og ikke-relaterte psykotiske episoder.

Krausz (1996) foreslår fire kategorier dobbeltdiagnose:

- en primærdiagnose på en psykisk lidelse med en påfølgende (dobbelt-) diagnose på rusmiddelmisbruk som påvirker den psykiske helsen negativt,
- en primærdiagnose på rusmiddelavhengighet med psykiske komplikasjoner som fører til psykisk lidelse,
- samtidige diagnoser på rusmiddelmisbruk og psykiske forstyrrelser,

- en dobbeltdiagnose på rusmiddelmisbruk og affektiv lidelse som begge skyldes en underliggende traumatisk opplevelse, f.eks. et posttraumatisk stressyndrom.

Sveriges nasjonale rapport skiller tilsvarende mellom psykiatriske pasienter som lider av komorbiditet, og rusmiddelavhengige klienter med personlighetsforstyrrelser som forverres av rusmiddelbruk, og som ikke alltid blir tilfredsstillende diagnostisert.

Morel (1999) skiller mellom ikke-spesifikke psykiske forstyrrelser som blir funnet hos rusmiddelavhengige, og komplikasjoner som spesifikt er knyttet til rusmiddelbruk. Lidelser man ofte finnes hos rusmiddelbrukere, omfatter:

- angst/depressive forstyrrelser,
- søvnforstyrrelser som følge av depresjon, angstforstyrrelse eller psykose,
- aggressiv og voldelig atferd som indikerer antisosiale, psykopatiske, schizofrene eller paranoide personlighetsforstyrrelser.

Problemer som spesifikt er knyttet til rusmiddelbruk, omfatter:

- psykoser som skyldes bruk av hallusinogener eller amfetamin,
- psykogen konfusjon (forvirringstilstand).

Nyere nevropsykologiske og nevrobiologiske studier og utviklingen av teknikker som kan visualisere hjerneprosesser, har gjort det mulig å oppstille hypoteser om interaksjoner mellom psykiske og fysiske traumer, hjernens utvikling, virkninger av rusmidler, stress og psykisk utvikling. Belønningsaspektet er vesentlig i utviklingen av avhengighet, og avhengighet er knyttet til strukturelle forandringer og tilpasning av hjernen på mikro- og makronivå (Nestler, 2001).

Andre teorier knytter visse rusmidler til visse psykiske lidelser – f.eks. har det vært hevdet at heroin kan redusere stress, mildne smerte og fjerne truende stemmer hos schizofrene og borderline-schizofrene pasienter. Pasienter med alvorlige mentale lidelser bruker imidlertid ikke heroin. Det er hevdet at kokain kan lette depressive tilstander, ha en disinhiberende effekt på atferden og tillate narsissistiske personligheter å utagere storhetstanker. Cannabis kan lindre anspenthet, og ecstasy kan minske sosiale hemninger (Verheul, 2001; Berthel, 2003).

Irlands nasjonale rapport for 2002 undersøkte spesielt depresjon hos rusmiddelbrukere på grunnlag av resultatene fra flere studier, og konkluderte med at det er en sterk sammenheng mellom problematisk bruk av narkotika, særlig av opiater og benzodiazepiner, og høy forekomst av depresjon. Tysk forskning på forholdet mellom stoffrelaterte lidelser, depresjon og selvmord konkluderte med at faren for selvmord øker kraftig hos personer med en depressiv forstyrrelse (Bronisch og Wittchen, 1998). Det er mulig at enkelte personer med depresjon kan medisinere seg selv med opiater og benzodiazepiner, siden klienter i et behandlingsopplegg har lavere depresjons-skåre enn klienter i lavterskeltjenester (Rooney et al., 1999) eller ved starten av behandlingen (McIntosh og Ritson, 2001).

En undersøkelse i Norge (n = 2 359) fant at en høy andel av rusmiddelbrukere hadde som barn og ungdom opplevd alvorlige familieproblemer. 70 % hadde hatt lære- og atferdsproblemer i skolen, 38 % hadde vært utsatt for mobbing og 21 % hadde fått psykiatrisk behandling i barne- eller ungdomsårene (Lauritzen et al., 1997). Kvinnelige rusmiddelbrukere med psykiatrisk dobbeltdiagnose har ofte vært utsatt for traumatisk, seksuelt misbruk (f.eks. Beutel, 1999).

Diagnose

Rutinevurdering for å oppdage psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser inngår ikke alltid i de vanlige rutinene for diagnostisering som utføres ved oppstart av behandling for narkotikabruk. Bortsett fra i noen sentre som har viet dette spesiell oppmerksomhet og/eller spesialiserte sentre, blir psykiske symptomer og forstyrrelser sjelden undersøkt av behandlingsinstitusjonene.

Uansett, komorbiditet er vanskelig å diagnostisere. Stoffavhengighet og den nedbrytende atferden avhengigheten fører til, dominerer ofte det kliniske bildet og tilslører de psykiske symptomene. Dessuten kan stoffmisbruken forårsake psykiske symptomer som knapt kan skjelnes fra symptomer på psykiske forstyrrelser (Berthel, 2003), og stoffavvenning eller akutt forgiftning kan også ligne på nesten enhver slik lidelse (Liappas, 2001). Videre kan depresjon og angst også betraktes som inherente symptomer på forgiftnings/avvennings-syklusen, idet symptomer som pleide å bli mildnet av narkotika, kommer frem i løpet av abstinensen eller substitusjonsbehandlingen.

Utvikling av nye metoder har også gjort det lettere å diagnostisere både psykiske lidelser og forstyrrelser relatert til bruk av rusmidler. Det finnes nå et bredt spekter av standardiserte og validerte instrumenter for å måle psykiske symptomer og personlighetsforstyrrelser, og det samme gjelder forskjellige instrumenter til å vurdere bruksmønstre og avhengighetsgrad. Addiction Severity Index (ASI) er et multifunksjonelt instrument som kan benyttes innen diagnose, behandlingsplanlegging og -oppfølging samt

forskning. Fordelen med ASI er at denne indeksen har flere dimensjoner og kan måle tidligere og nåværende problemer på sju områder: helsestatus, arbeid og evne til å forsørge seg selv, alkoholbruk, narkotikabruk, lovbrudd, familie og sosiale forhold samt psykiske symptomer (Krausz, 1999a; Öjehagen og Schaar, 2003). ASI er standardisert og oversatt fra engelsk til de fleste andre europeiske språk (EuroASI) ([172]). Trimbos-instituttet har utviklet og testet protokoller for diagnose og behandling av rusmiddelavhengige klienter som lider av oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet (ADHD) (Eland og Van de Glint, 2001).

Prevalens

Tallrike studier er blitt utført for å måle utbredelsen (prevalensen) av psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser så vel som mønstre for narkotikabruk i befolkningen generelt og blant psykiatriske pasienter og narkotikabrukere i og utenfor behandlingsapparatet. Resultatene varierer mye både i antall og diagnoser avhengig av tilgjengelig populasjon og utvalg, utvalgsmetoder, diagnostiseringsferdigheter og -kompetanse, diagnostiseringsverktøyenes validitet og pålitelighet samt studiens varighet.

I en gjennomgang av forskjellige studier konkluderte Uchtenhagen og Zeiglgänsberger (2000) med at den vanligste psykiatriske diagnosen blant rusmiddelbrukere er personlighetsforstyrrelse, noe som berører 50–90 %, fulgt av affektive forstyrrelser (20–60 %) og psykotiske forstyrrelser (20 %). Mellom 10 % og 50 % av pasientene har mer enn én psykisk lidelse eller personlighetsforstyrrelse.

I en gjennomgang av internasjonale psykopatologiske studier blant rusmiddelavhengige skisserte Fridell (1991, 1996) et klinisk bilde av komorbiditet blant stoffavhengige noe som ble bekreftet av hans egne studier i Lund, Sverige. Tre hovedgrupper av forstyrrelser kunne identifiseres: personlighetsforstyrrelser (65–85 %), depresjons- og angsttilstander (30–50 %) og psykoser (15 %). Verheul (2001) fant i sin gjennomgang av seks studier av behandlede stoffavhengige at antisosiale (23 %), borderline (18 %) og paranoide (10 %) personlighetsforstyrrelser var spesielt utbredt.

Mange fagfolk mener at utbredelsen av stoffavhengighet i kombinasjon med psykiske forstyrrelser er økende, selv om enkelte hevder at dette skyldes økt bevissthet omkring denne problematikken og/eller endringer i diagnostiseringsrutiner og klassifiseringen av psykiske lidelser og/eller at helsetjenestene var omstrukturert. Ifølge utskrivningsregisteret fra finske sykehus økte antallet behandlingsperioder assosiert med samtidige narkotikarelaterte og andre psykiske helseproblemer fra 441 i 1987 til 2 130 i 2001. Behandlingsperiodene for opiatbruk kombinert med psykiske lidelser er tredoblet siden 1996. Dette stemmer overens med økningen i rusmiddelbruken, selv om det ikke antydes noen direkte årsakssammenheng. I Irland ble antallet førstegangsinnleggelser av rusmisbrukere på psykiatriske institusjoner nesten firedoblet mellom 1990 og 2001.

Spanias nasjonale rapport anfører at økningen som er observert av tilleggslidelser, til dels kan skyldes en økning i avhengigheten av psykostimulerende stoffer.

Prevalens av tilleggslidelser i behandlingsmiljøene

Tabell 7 gir nærmere opplysninger om en del studier i medlemsstatene av tilleggslidelser i forskjellige rusmiddel-behandlingstilbud og psykiatriske miljøer slik disse presenteres i de nasjonale rapportene. Data om stoffrelaterte lidelser i det psykiatriske behandlingsapparatet er ikke så lett tilgjengelig som data om psykiske forstyrrelser innenfor rusmiddelbehandlingen. Selv om studiene som blir presentert i denne gjennomgangen, ikke er sammenlignbare, gir de en indikasjon på situasjonen i EU-landene. Det er betydelig divergens i befolkningene som er studert, diagnosekriteriene som er valgt, instrumentene som er brukt og tidspunktet for diagnosen. Av årsaker vi har drøftet ovenfor, er det sannsynlig at mange tilfeller blir underdiagnostisert.

En komparativ studie i Hellas og Frankrike fant at de psykopatologiske mønstrene varierte, selv om de samlede tallene for psykopatologi hos opiatbrukere under behandling var temmelig like i de to landene: utbredelsen av affektive forstyrrelser var høyere hos franske enn hos greske narkotikabrukere (19 % mot 7 %), mens asosiale personlighetsmønstre var mer utbredt i det greske utvalget (20 % mot 7 %). Forfatterne forklarte disse forskjellene med at narkotikabruk er mindre utbredt i Hellas: 'jo mer begrenset omfanget av sosialt uakseptabel atferd er, desto mer sannsynlig er det at sosialt avvikende personer blir involvert i den' (Kokkevi og Facy, 1995).

En norsk studie undersøkte kjønnsforskjeller mellom blandingsmisbrukere (hvorav 85 % var heroinbrukere) og rene alkoholikere. Utvalget omfattet en meget høy andel personer med psykiske lidelser og personlighetsforstyrrelser (93 %). Samlet sett har kvinner betydelig høyere nivåer av alvorlig depresjon, enkle fobier og borderline personlighetsforstyrrelser enn menn. Samtidig forekomst av

([172]) Se EONNs arkiv for evalueringsverktøy (http://eib.emcdda.eu.int).

Tabell 7: Prevalens av tilleggslidelser i behandlingsmiljøer i ulike land i EU

Land	Miljø	Populasjon	*n*	Prevalens av tilleggs-lidelser (%)	Diagnoser	Kilde
Belgia	Psykiatriske sykehus og psykiatriske avdelinger på allmenn-sykehus	Innlagt for narkotikaproblemer (1996–99)	18 920	86	Schizoid, paranoid, schizotypal: 86 % Depresjon: 50 % Personlighets-forstyrrelser: 43 %	Databasen Minimum Psychiatric Data (1)
Den tsjekkiske republikk	Terapeutiske samfunn	I institusjonsbehandling (2001–02)	200	35	Personlighetsforstyrrelser: 14 % Depresjon: 7 % Nevrotiske lidelser: 6 % Spiseforstyrrelser: 5 %	Tsjekkias nasjonale rapport (1)
Tyskland	Behandlings-sentre	Opiatavhengige	272	55	Stress og somatoforme forstyrrelser: 43 % Affektive forstyrrelser: 32 % Fobier: 32 % Depressive episoder: 16 %	Krausz (1999b) (1)
Hellas	Fengsel og behandlings-tiltak	Opioidavhengige menn	176	86	Angst: 32 % Affektive forstyrrelser: 25 % Schizofreni: 6 %	Kokkevi og Stefanis (1995) (1)
Spania	Metadontiltak	Opiatavhengige personer	150	m.d.	Borderline: 7 % Antisosial forstyrrelse: 6 % Sosial fobi: 6 % Depresjon: 5 %	Spanias nasjonale rapport (1)
Frankrike	Metadontiltak	Opiatavhengige personer	3 936	m.d.	Angst: 4 % Depresjon: 3 % Atferdsforstyrrelser: 3 % Spiseforstyrrelser: 2 %	Facy (1999) (1)
Irland	Innlagte på akuttpsykiatriske avdelinger	Pasienter innlagt første gang med diagnosen narkotikaavhengighet (1996–2001)	1 874	26	Depresjon: 21 % Schizofreni og andre psykoser: 11 % Personlighetsforstyrrelser: 19 %	National Psychiatric Inpatient Reporting System (1)
Italia	Psykiatrisk helsetjeneste	Narkotikabrukere med langtidserfaring	58	> 22	Affektive lidelser: 22 % Angst: 21 % Schizofreni: 16 %	Siliquini et al. (2002) (1)
Luxembourg	Spesialiserte behandlingstiltak	Pasienter som tidligere har vært i kontakt med psykiatriske tjenester, unntatt for avrusning (1996–2002)	380	32	m.d.	AST/RELIS (2002) (1)
Nederland	Nederlands befolkning	Narkotikaavhengige personer i alderen 18–64 (1996)	m.d.	m.d.	Depresjon: 29 % Sosial fobi: 29 % Bipolar forstyrrelse: 24 % Dystymi: 22 %	Ravelli et al. (1998) (1)
Østerrike	Ulike behandlingstiltak (gjennomgang)	Narkotikaklienter	m.d.	41–96	Personlighetsforstyrrelser, antisosiale forstyrrelser, borderline, narsissisme	Østerrikes nasjonale rapport (1)
Portugal	Xabregas spesialiserte behandlings-senter (CAT)	Narkotikaklienter	596	> 73	Obsessiv-kompulsiv lidelse: 73 % Depresjon: 72 % Somatisering: 60 % Paranoide forestillinger: 58 %	Portugals nasjonale rapport (1)
Finland	Sykehus	Narkotikarelaterte behandlingsperioder på sykehus (2002)	2 180	29	Paranoide forestillinger: 58 % Psykotiske forstyrrelser 32 % Affektive lidelser 28 % Nevrotiske lidelser 10 % Personlighetsforstyrrelser 29 %	Utskrivningsregister på sykehus
Sverige	Universitets-sjukhuset i Lund	Pasienter på avrusningsavdelingen (1977–95)	1 052	83	Antisosial forstyrrelse: 23 % Psykose: 14 % Depressiv forstyrrelse: 11 %	Fridell (1996) (1)
Storbritannia	Institusjons-behandling eller poliklinisk behandling	Narkotikaavhengige pasienter, 90 % opiatavhengige	1 075	> 33	Psykotisisme Angst Depresjon Paranoia	Marsden et al. (2000) (1)

m.d.: mangler data.
Merknad: Data i denne tabellen viser til forskjellige tidsrammer (f.eks. langtidsdiagnose eller siste års diagnose).
(1) Ytterligere detaljer om denne studien finnes i internettutgaven av årsrapporten i tabell 12 OL: Landstabeller for tilleggsmorbiditet.

asosiale personlighetsforstyrrelser var høyest hos mannlige blandingsmisbrukere (Landheim et al., 2003).

Prevalens – fengsler og tvangsbehandling

Fengselsbefolkningen fortjener spesiell oppmerksomhet. Utbredelsen av psykiske forstyrrelser er på samme måte som utbredelsen av stoffmisbruk mye høyere i fengselsbefolkningen enn i befolkningen i sin helhet. Irske data tyder på at 48 % av mannlige og 75 % av kvinnelige innsatte har en psykisk lidelse, mens 72 % av mennene og 83 % av kvinnene i fengsel rapporterer om livstidserfaring med bruk av narkotika (Hannon et al., 2000). 23 % av problematiske narkotikabrukere innsatt i Wien-politiets varetektsarrest i 1999, hadde hatt psykiske problemer (Dialog, 2000). Tilbakefallsraten blant narkotikabrukere som har sonet er høy, og det er økende forståelse for at fengsling kan bidra å forverre psykiske helseproblemer. Situasjonen er enda mer dramatisk i langtids- og høysikkerhetsfengsler.

I Sverige fant man at mellom 72 % og 84 % av de voksne under tvangsbehandling for narkotikabruk hadde psykiske problemer i tillegg til å være stoffmisbrukere (Gerdner, 2004). Av 46 stoffavhengige jenter i tvungen omsorg for barn og unge hadde to tredeler psykiatriske diagnoser eller personlighetsforstyrrelser (Jansson og Fridell, 2003).

Hindringer for behandlingen av tilleggslidelser

Et av de største hindrene for diagnostisering og behandling av tilleggslidelser er at det psykiatriske personalet vanligvis har lite kunnskap om rusmiddelbehandling, og at personalet i rusmiddelbehandlingen vanligvis vet lite om psykiatri. Paradigmene er helt forskjellige for de to spesialområdene: det ene er basert på de medisinske og vitenskapelige disiplinene, det andre på psykososiale metoder og teorier. I tillegg konsentrerer de psykiske helsetjenestene seg vanligvis i hovedsak om å ivareta sikkerheten for enkeltpersoner og allmennheten, mens rusmiddeltjenestene forventer at klientene til en viss grad skal være motivert for å delta i behandlingen. Disse forskjellige utgangspunktene forhindrer ofte en helhetlig, integrert oppfatning.

Som drøftet ovenfor, forsømmer man stadig vekk innenfor både psykiatrien og rusmiddelbehandlingen å identifisere et betydelig antall pasienter med tilleggslidelser. Når pasienter med dobbeltdiagnose søker behandling, blir deres akutte psykiske syndromer ofte forvekslet med stoffinduserte symptomer – eller omvendt, fenomener som særlig opptrer under avvenning eller ved forgiftning, kan feiltolkes som psykisk sykdom. De ansatte i den psykiske helsetjenesten har ofte en tendens til å sende personer med tilleggslidelser over til rusmiddelomsorgen, mens de ansatte i rusmiddelomsorgen omgående sender dem tilbake – eller vice versa. Under slike forhold er kontinuitet i omsorgen en umulighet. Selv når en tilleggslidelse blir diagnostisert, blir den ofte ikke tatt hensyn til i de påfølgende behandlingstiltakene (Krausz et al., 1999). Det samme gjelder for pasienter som har fått stoffmisbruk diagnostisert innenfor den psykiatriske omsorgen, som vanligvis ikke blir behandlet med medikamenter (Weaver et al., 2003). Disse generaliseringene utelukker selvsagt ikke at en del tjenester innenfor den psykiatriske omsorgen og rusmiddelomsorgen oppnår meget gode resultater hos pasienter med tilleggslidelser.

Dessuten blir på psykiatriske institusjoner stoffmisbrukere – når de er identifisert – ofte møtt med mistenksomhet og kan bli nektet innleggelse, noe som kan hende for brukere som er stabile på substitusjonsbehandling. På samme måte kan klienter bli utelukket fra behandling for stoffmisbruk på grunn av sine psykiske problemer. I Spania f.eks. avviser de fleste psykiatriske tjenestene klienter med stoffrelaterte lidelser, og personalet her har ingen hensiktsmessig opplæring. En undersøkelse blant østerrikske psykoterapeuter viste at bare noen av dem er villige til å ta imot stoffavhengige pasienter som klienter (Springer, 2003). Fra Italia rapporteres at det ikke finnes noen klare regler for henvisning av klienter fra narkotika-behandlingsapparatet til de psykiske helsetjenestene, og at det er motstand i de psykiske helsetjenestene på grunn av mangel på ekspertise. Fra Norge rapporteres det at henvisning fra lavterskel rusmiddeltjenester til psykiatrisk behandling er vanskelig.

I Hellas tar 54 % av behandlingsprogrammene for rusmisbruk ikke imot brukere med psykiske lidelser. I den stoff-frie behandlingen i institusjon i Slovenia, og også i andre land, setter behandlingsprogrammene som vilkår for inntak at pasientene skal være stoff-frie. Når det gjelder pasienter med dobbeltdiagnose, er dette en alvorlig hindring, ettersom fullstendig rusfrihet ville kreve at andre behandlinger ble avsluttet, noe som ikke alltid er mulig.

Behandlingsstrukturer

I internasjonal litteratur beskrives tre modeller for behandling av tilleggslidelser:

1. *Sekvensiell eller seriell behandling.* Psykiske og stoffrelaterte lidelser blir behandlet etter hverandre, og det er lite kommunikasjon mellom tjenestene. Pasientene får behandling for de alvorligste problemene først og

behandles for de andre problemene etter at den første behandlingen er fullført. Men denne modellen kan også føre til at pasientene sendes mellom tjenestene, og at ingen av disse er i stand til å møte deres behov.

2. *Parallell behandling*. Behandlingen av de to forskjellige lidelsene foregår samtidig, og rusmiddeltjenesten og den psykiske helsetjenesten holder kontakt for å gi behandling samtidig. De to behandlingsbehovene blir ofte møtt med forskjellige terapeutiske metoder, og psykiatriens medisinske modell kan være uforenlig med rusmiddelbehandlingens psykososiale orientering.

3. *Integrert behandling*. Behandlingen blir gitt innenfor en psykiatrisk behandlingstjeneste eller et narkotika-behandlingstiltak, eventuelt et program eller en tjeneste spesielt for tilleggslidelser. Krysshenvisning til andre tjenester unngås. Behandlingen omfatter motiverende og atferdsmessige intervensjoner, forebygging av tilbakefall, farmakoterapi og sosiale tilnærmingsmåter (Abdulrahim, 2001).

Situasjonen i EU når det gjelder behandling av tilleggslidelser slik den beskrives i de nasjonale rapportene, er ikke lett å kategorisere i disse tre gruppene. Integrert behandling anses for å være den beste modellen, men innebærer en standard som er vanskelig å oppnå. Relevant forskning kommer vanligvis fra land utenfor Europa. Det australske nasjonale komorbiditetsprosjektet (Australian National Co-morbidity Project) (Commonwealth Department for Health and Ageing, 2003) konkluderer på grunnlag av en litteraturgjennomgang at tilnærmingsmåter for å ta seg av og behandle klienter med tilleggslidelser, ikke er blitt systematisk studert eller grundig evaluert, til dels fordi det er vanskelig å studere personer som både lider av psykisk sykdom og har en stoffmisbruksrelatert forstyrrelse, men også fordi de har en uregelmessig livsstil. En annen gjennomgang konkluderte med at det finnes dokumentasjon på at integrert behandling av personer med dobbeltdiagnose har gunstig innvirkning både på deres psykiske helse og på stoffmisbruken (Drake et al., 1998). Bare én studie har sammenlignet den integrerte med den parallelle tilnærmingsmåten, men fant ingen vesentlig forskjell, og det er ingen studie som har sammenlignet den integrerte og den sekvensielle tilnærmingsmåten.

Sekvensiell behandling

Noen eksperter, for eksempel i Danmark (Andreason, 2002), Storbritannia (Department of Health, 2002a) og Norge (Sosial- og helsedepartementet 1999), mener at behandlingstiltakene, i hvert fall for personer med alvorlige psykiske lidelser og rusmiddelproblemer, bør være basert på psykiatrien, muligens med involvering av eksterne behandlere. I Danmark er det opprettet formelle forbindelser mellom psykiatriske sykehus og lokale rusmiddeltjenester. I Luxembourg og Norge har psykiatriske tjenester iverksatt konkrete tiltak for å fange opp personer i tidlige stadier av schizofreni; mange av disse har alvorlige problemer med stoffmisbruk, og forskning indikerer at tidlig behandling forbedrer prognosen.

Den nasjonale rapporten fra Den tsjekkiske republikk antyder at avhengighetsproblemet vanligvis bør betraktes som mer presserende enn de psykiske problemene, fordi det er vanskeligere å behandle psykiske lidelser når stoffmisbruk forvrenger det kliniske bildet. For tiden tar imidlertid 10–20 % av tsjekkiske klienter som er i behandling for stoffmisbruk, medisiner forskrevet av psykiater, noe som ville ha vært utenkelig for noen år siden. Også i Hellas er medisinsk behandling for psykiske symptomer svært sjelden for klienter under behandling for stoffmisbruk. I det greske strafferettssystemet blir imidlertid psykiske lidelser ansett for å være viktigere enn stoffmisbruk, og lovbrytere med tilleggslidelser legges inn på psykiatrisk sykehus enten i et fengsel eller ute i samfunnet (K. Matsa, personlig meddelelse, 2004). I Spania blir stoffmisbrukere vanligvis ivaretatt innenfor rusmiddelbehandlingen, og henvisninger til psykiatriske tjenester skjer bare når lidelsene er så alvorlige at sykehusinnleggelse er nødvendig.

En del fagfolk har lenge vært av den oppfatning at all farmakoterapi hos rusmiddelavhengige bør unngås på grunn av faren for blandingsmisbruk, f.eks. av heroin og benzodiazepiner, men denne oppfatningen er i ferd med å bli revurdert (f.eks. Popov, 2003). I noen tilfeller er det en tendens til ukritisk å forskrive psykofarmaka til stoffmisbrukere, til dels på grunn av mangel på tid til å foreta de nødvendige undersøkelser. Østerrikes nasjonale rapport peker på at liten samarbeidsvilje hos stoffmisbrukere vanskeliggjør den farmakologiske behandlingen av psykiatriske tilstander, og at den kombinerte bruken av narkotiske stoffer og medisiner, hvis den skjer uten godt tilsyn, kan føre til interaksjoner mellom illegale og forskrevne medisiner eller til nøytralisering av den forskrevne medisinen.

Parallell behandling

I praksis synes delt ansvar for en klient mellom psykiatriske tjenester og rusmiddeltjenesten i en parallellbehandlingsmodell å forekomme sjelden. Men lokale arbeidsgrupper med deltakere fra både rusmiddeltjenestene og den psykiske helsetjenesten kan være et viktig verktøy for utveksling, samarbeid og

Tabell 8: Integrerte behandlingstiltak i forskjellige europeiske land

Land	Integrerte behandlingstilbud
Belgia	Utvikling av integrerte tilbud i forundersøkelsesfasen
Tyskland	Første initiativer for 20 år siden. Tilbud om integrert behandling fortsatt utilstrekkelig
Hellas	Ett integrert program som startet i 1995 tilbyr to forskjellige behandlingsalternativer avhengig av graden av psykiatrisk forstyrrelse. Resultatene har vært positive.
Spania	I 2002 behandlet 185 sentre 4 803 klienter med tilleggslidelser. En spesialisert integrert enhet i Catalonia og ett terapeutisk samfunn i Cantabria for pasienter med tilleggslidelser som trengte behandling i døgn-institusjon
Nederland	To spesialiserte, integrerte avdelinger for døgnbehandling. Prosessevaluering pågår for å utvikle beste praksis
Østerrike	Samarbeid mellom rusmiddeltjeneste og lokalt psykiatrisk sykehus; en del av sykehusets psykologer arbeider i behandlingstiltaket. Klientene holdes i behandlingstiltaket og henvises til sykehuset bare dersom de psykiatriske symptomene blir for alvorlige
Storbritannia	En rekke integrerte tjenester i forskjellige miljøer. Flere spesialister på dobbeltdiagnoser utnevnt, med base i rusmiddeltjenester eller psykiatriske helseteam
Norge	Ett integrert prosjekt i tilknytning til et psykiatrisk senter i Oslo. Oppfølging og evaluering i inntil to år, med fokus på basale behov som bolig, arbeid, sosiale ytelser og sosiale forbindelser

etablering av nettverk. I Frankrike, Italia og Nederland er rusmiddeltjenestene ifølge offisielle forskrifter eller protokoller forpliktet til å holde nær kontakt og helst opprette formelle regionale avtaler med de psykiatriske tjenestene med hensyn til prosedyrer for henvisning og utveksling av klinisk informasjon (Olin og Plaisait, 2003). Men over halvparten av de nederlandske pasientene med dobbeltdiagnose mener at slike avtaler ikke vil føre til bedre omsorg (Van Rooijen, 2001).

I Luxembourg og Østerrike kan behandlingspersonalet i rusmiddeltjenesten følge opp de klientene som er henvist til psykiatriske sykehus. Med sikte på en prioritering mellom behandlingsalternativene understreker Britiske retningslinjer at fagfolk både fra rusmiddelbehandlingen og fra psykiatriske tjenester bør trekkes inn i planleggingen av behandlingen for klienter med dobbeltdiagnose (Department of Health, 2002a).

Integrert behandling

Denne modellen er basert på at én gruppe tar seg av behandlingen av begge lidelsene. Fordelen er at klienten ikke konfronteres med to motstridende budskaper. I noen land blir denne integreringen komplisert av atskilte forvaltningsordninger (f.eks. Spania) eller forskjellige finansieringsordninger (f.eks. Tyskland).

De fleste land har bare noen få spesialiserte integrerte programmer eller enheter for pasienter med tilleggslidelser, og tilbudet er langt fra tilstrekkelig for å møte etterspørselen; vist i Tabell 8, som redegjør for tilgjengelig informasjon.

Den vanligste måten å innføre en integrert behandlingsmodell på, er å engasjere psykiatere i behandlingen av stoffmisbrukere og/eller rusmiddelarbeidere i den psykiske helsetjenesten. Dette kan være den mest praktiske løsningen i mindre regioner der spesialiserte, integrerte klinikker ikke er noen mulig løsning. I Spania har siden 2002 allmennleger som arbeider med behandling av rusmiddelmisbruk hatt anledning til å oppnå tittelen 'spesialist i psykiatri' hvis de består en eksamen og kan dokumentere erfaring fra arbeid med pasienter med psykiske lidelser. I Portugal er det et obligatorisk krav for offisiell godkjenning og sertifisering av behandlingssentre at de har minst én psykiater i personalet. Men ikke alle psykiatere som arbeider i narkotikabehandlingsapparatet har den spesialistkunnskapen og -utdanningen som er nødvendig for å behandle stoffmisbrukere, og ytterligere spesialisert utdanning kan være nødvendig.

'Case management'

'Case management' er en metode for å koordinere behandlingen av klientene slik at de sikres individuell, sekvensiell eller samtidig behandling, og for å hjelpe klientene til å finne veien gjennom behandlingssystemet, men dette synes å forekomme sjelden i EU. Fra Frankrike rapporteres at det opprettes samarbeid mellom behandlingsapparatet for stoffmisbruk og de psykiatriske tjenestene med sikte på å organisere felles inntak og case management for pasienter med psykiske lidelser og stoffmisbruk, men dette samarbeidet er ofte begrenset til isolerte tilfeller. I Luxembourg og Nederland har fagfolk begynt å innse at case management er den mest effektive metoden for behandling av pasienter med dobbeltdiagnose, men metoden er kostbar og tidkrevende og forutsetter særskilte fagkunnskaper. Noen land er imidlertid i ferd med å innføre en type case management som er kjent som 'støttebehandling i nærmiljøet' (se nedenfor).

Behandlingsmetoder og beste praksis

Behandlingen av klienter med tilleggslidelse er kjennetegnes av mange problemer; den er ekstremt krevende for personalet og ofte bortkastet. Klientene er ofte vanskelige å ha med å gjøre på grunn av sin nedbrytende og aggressive sosiale atferd, særlig de med mer 'dramatiske' typer personlighetsforstyrrelser og mangel på emosjonell likevekt. Det er vanlig med motstand mot og manglende vilje til å følge behandlingsreglene og -kravene, f.eks. til å holde avtaler eller ta medisiner, og dette forårsaker en desillusjon som forverres av utakknemlige personlige forbindelser. Man lykkes sjelden, og frafallet er stort, noe som gjør behandlingen tidkrevende og kostbar og dessuten frustrerende for personalet, som, ikke overraskende, opplever utålmodighet, undertrykt aggresjon og symptomer på utbrenthet. Mangel på oppfølgingsrutiner og ettervern fører til høye tilbakefallsrater, og både psykiske og stoffrelaterte lidelser blir ofte kroniske. På den annen side har klientene ofte hatt mange negative møter med støtteapparatet og kan derfor være motvillige eller uvillige til å gjennomgå behandling.

Til tross for denne vanskelige situasjonen er fagpersonalet på konstant leting etter og utvikler mer effektive tilnærmingsmåter. Regelmessig tverrfaglig drøfting av tilfeller så vel som intensivt samarbeid kan rette opp den gjensidige mangelen på forståelse blant personalet. Slike tiltak gir alle de involverte mer detaljert informasjon om klientene og letter utviklingen av beste behandlingspraksis eller -strategi. Kvaliteten på behandlingen er den viktigste faktoren for å oppnå positive resultater.

Som på så mange stoffrelaterte områder er dokumentasjon, evaluering og forskning på området komorbiditet begredelig. Evidensgrunnlaget er langt fra entydig når det gjelder hvilken behandlingstype som gir beste resultater. Cochrane-samarbeidet har foretatt en gjennomgang av psykososiale behandlingsprogrammer (Ley et al., 2003). Materialet som ble gjennomgått, var begrenset: seks studier, hvorav fire små og alle av generelt lav kvalitet med hensyn til utforming og rapportering. Det viktigste funnet var at 'det ikke finnes noe klart bevis til støtte for at en type stoffmisbruksprogram for personer som har en alvorlig psykisk lidelse, har mer verdi enn en standardbehandling'. Konklusjonen var at 'innføringen av ny, spesialisert behandling for stoffmisbruk hos personer med alvorlige psykiske lidelser bør skje innenfor rammen av enkle, godt utformede og kontrollerte kliniske forsøk.'

En større oversikt over internasjonal forskning om behandling av alkohol- og stoffmisbruk fant bare åtte randomiserte studier om behandlingen av stoffmisbrukere med alvorlige psykiske lidelser (Jansson og Fridell, 2003). Frafallet var ekstremt høyt selv før behandlingsstart. Korttidsoppfølging viste at institusjonell behandling, særlig i terapeutiske samfunn, ga bedre resultater med hensyn til boforhold og stoffmisbruk, men ikke for de psykiske symptomene.

Noen temaer er relevante for alle behandlingssituasjoner. Anbefalingene nedenfor er hentet fra gjennomganger og metaanalyser av internasjonalt utgitte randomiserte kontrollerte studier av behandling for stoffmisbruk (Berglund et al., 2003):

1. Det bør holdes konstant fokus på forandringer i rusmiddelvane(r).
2. Intervensjonene bør være strukturert på høyt nivå.
3. Intervensjonene bør fortsette lenge nok til å ha virkning.
4. Intervensjonene bør fortsette i minst tre måneder, helst lenger.

I Storbritannia har helsedepartementets retningslinjer (Department of Health, 2002b) samt forskningsprogrammer og litteraturgjennomganger (f.eks. Crawford, 2001) flyttet dobbeltdiagnose-problematikken oppover på dagsordenen. Men evidensgrunnlaget er hovedsakelig nordamerikansk, og under 10 % av Crawfords abstrakter gjelder britiske studier.

Ifølge en nederlandsk gjennomgang av internasjonale studier er 'støttebehandling i nærmiljøet' (assertive community treatment), som omfatter elementer av strukturell art (samlet antall pasienter, teamwork, samarbeid med annet helsepersonell), organisasjon (eksplisitte inklusjonskriterier, begrenset inntak av nye klienter, 24-timers kriseintervensjon) og innhold (støtte og omsorg i daglige situasjoner, en aktiv tilnærmingsmåte, hyppige kontakter) en potensielt effektiv modell for 'case management', (Wolf et al., 2002). I Birmingham, Storbritannia, får team som arbeider med støttebehandling i nærmiljøet, opplæring ved hjelp av en håndbok i kognitiv integrert atferdsterapi. Teamene får tilbud om kontinuerlig støtte til gjennomføringen av intervensjonen og blir evaluert med hensyn til både prosess og resultat (Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association, 2003). I Norge utprøves noen få integrerte team basert på støttebehandling i nærmiljøet.

Oversikten nedenfor inneholder materiale om beste praksis innrapportert av de nasjonale kontaktpunktene i Reitox-nettet:

- En oppfølgingsstudie av 219 opiatavhengige under behandling ved Hamburgs rusmiddeltjenester viste en nedgang i bruken av heroin og kokain i løpet av to år.

47 % viste en positiv endring i sine psykiske lidelser (Krausz et al., 1999).

- En italiensk studie fant at resultatene av vedlikeholdsbehandling med metadon ikke var vesentlig forskjellige hos pasienter med alvorlige eller lette psykiske symptomer med hensyn til behandlingsgjennomføring eller heroinbruk. Men det synes som om klienter med mer alvorlige psykiske lidelser trengte gjennomsnittlig høyere metadondoser (Pani et al., 2003).
- Dialektisk atferdsterapi ([173]) er en behandlingsform som synes å være spesielt godt egnet for kvinnelige stoffbrukere med alvorlige borderline personlighetsforstyrrelser og/eller suicidale tendenser. Materialet er imidlertid begrenset til noen få studier. Et nederlandsk kontrollert forsøk med dialektisk atferdsterapi fant at både forsøksgruppen og gruppen som fikk 'behandling som vanlig' dro nytte av behandlingen i form av redusert selvdestruktiv atferd. Forsøksgruppen viste signifikant større reduksjon i bruken av alkohol, men det ble ikke funnet noen forskjeller i bruken av narkotika (Van den Bosch et al., 2001).
- I en svensk studie viste gjentatt utfylling av ASI-spørreskjemaet gjennom hele behandlingsperioden, innenfor rammen av en bærekraftig kvalitetsstyringsmodell, at 46 % av pasientene var rusfrie ved oppfølgingen to år etter utskrivning. Pasienter med dobbeltdiagnose framviste en mer alvorlig problemprofil ifølge ASI enn pasienter uten psykose. Generelt var det små endringer i personlighetsprofiler og symptomer, men mange pasienter hadde fått bedre livskvaliteten og en mer stabil livssituasjonen ved oppfølgingen (Jonsson, 2001).
- I Storbritannia fant Barrowclough et al. (2001) at kombinasjonen av motiverende intervjuer, kognitiv atferdsterapi og familieintervensjoner resulterte i forbedringer hos pasienter med schizofreni og problemer med stoffmisbruk.
- Et sammendrag av norske behandlingsstudier av klienter med tilleggslidelser konkluderte med at aggressiv, impulsiv atferd ble best behandlet med konfronterende, strukturert gruppeterapi kombinert med familieterapi. Pasienter med depresjon eller angst hadde større utbytte av individuell psykoterapi og understøttende gruppeterapi (Vaglum, 1996).

Forskning

Et forskningsprosjekt om dobbeltdiagnose innenfor Europakommisjonens 'Femte rammeprogram for forskning og utvikling' har nylig startet opp. Denne prospektive multisenterstudien som omfatter Danmark, Frankrike, Polen, Skottland, England og Finland, tar sikte på å beskrive hvilke tjenester som tilbys pasienter med dobbeltdiagnose i sju europeiske psykiatriske miljøer, og sammenligne sykelighet og tjenestebruk mellom pasienter med dobbeltdiagnose og pasienter med enkeltdiagnose over et tidsrom på 12 måneder. Resultatene som blir studert, vil omfatte avhengighetsgrad, psykiske symptomer, behandlingsakseptasjon, psykososial fungering, sosialt nettverk, tilbakefall og dødelighet. Resultatene er forventet å foreligge i 2005 ([174]).

Opplæring

I de fleste land mottar leger og sykepleiere under utdanning svære lite opplæring om rusmiddelavhengighet og enda mindre om tilleggslidelser. I Italia satses det etter hvert mer på felles opplæring av personell innenfor den psykiske helsetjenesten og rusmiddelbehandlingen. I Nederland organiserer Trimbos-instituttet kurs for personalet både i rusmiddelbehandlingen og den psykiske helsetjenesten som er involvert i behandlingen av pasienter med dobbeltdiagnose. Andre land rapporterer om intern opplæring og interne kurs, men gjennomføringen er tilfeldig og spredt.

I Storbritannia har Royal College of Psychiatry foretatt en analyse av opplæringsbehovet (Mears et al., 2001) hos et utvalg faggrupper, både fra psykiske helsetjenester og fra rusmiddeltjenestene. Femtifem prosent av utvalget rapporterte at de følte seg utilstrekkelig forberedt på å arbeide med klienter med tilleggslidelser, og uttrykte et behov for videre opplæring.

([173]) Dialektisk atferdsterapi (DBT) består i anvendelse av et bredt spekter av kognitive og atferdsterapeutiske strategier på problemene med borderline personlighetsforstyrrelse (BPD), herunder suicidal atferd.

([174]) Se http://www.entermentalhealth.net/papers/kbm02.pdf.

Kilder

Abdulrahim, D. (2001), *Substance misuse and mental health co-morbidity (dual diagnosis). Standards for mental health services*, The Health Advisory Service: London.

Andreasen, J. (2002), Ansvaret for de psykotiske stofmisbrugere skal være psykiatriens. *Ugeskrift for læger*, 51.

AST/RELIS (2002), Point Focal OEDT Luxembourg – Direction de la santé. réseau national d'information sur les drogues et les toxicomanies – RELIS – Rapport national, PFN: Luxembourg.

Bakken, K., Landheim, S. og Vaglum, P. (2003), Primary and secondary substance misusers: do they differ in substance-induced and substance-independent mental disorders? *Alcohol and Alcoholism* 38: 54–9.

Barrowclough, C., Haddock, G., Tarrier, N. et al. (2001), Randomized controlled trial of motivational interviewing, cognitive behaviour therapy, and family intervention for patients with co-morbidity schizophrenia. *American Journal of Psychiatry* 158, s. 1706–13.

Baudis, R. (2004), A drug court type project for juvenile drug-related offenders in Germany. Konferanseinnlegg: Substance Abuse, Drug Courts og Mental Health Treatment Services, Servizi Area Penale Carceri, Milano, 5.–7. februar 2004.

Beck, F. (2003), *Dépistage de l'usage problématique de cannabis: échelle et référence* (draft report), ESCAPAD, OFDT: Paris,

Beck, F. og Legleye, S. (2003), Drogues et adolescence: usages de drogues et contextes d'usage entre 17 et 19 ans évolutions récentes ESCAPAD 2002, Paris: OFDT.

Benschop, A., Rabes, M. og Korf, D. (2002), *Pill testing – ecstasy and prevention. A scientific evaluation in three European cities*, Rozenberg Publishers, Amsterdam.

Berglund, M. et al. (red.) (2003) *Treating alcohol and drug abuse. An evidence-based review*, Wiley: London.Berthel, T. (2003), Psychiatrische Komorbidität. In: Beubler, E., Haltmayer, H. og Springer, A. (redaktører) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Wien.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. et al. (2000), Overdosing on opiates. Thematic review. Part I – causes. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 4, s. 4–20.

Best, D., Lan-Ho, M., Zador, D. et al. (2001), Overdosing on opiates. Thematic review. Part II – prevention. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, s. 4–18.

Beutel, M. (1999), Sucht und sexueller Missbrauch. *Psychotherapeut* 44, s. 313–19.

Bird, S. og Rotily, M. (2002), Inside methodologies for counting blood-borne viruses and injector-inmates' behavioural risks – results from European prisons. *Howard Journal* 41 (2).

Bovenkerk, F. og Hogewind, W. I. M. (2002), *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding. Utrecht: Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen.*

Bronisch, T. og Wittchen, H.-U. (1998), Komorbidität von suizidalem Verhalten, Sucht, Depression und Angststörungen. *Suizidprophylaxe* 1, s. 22–6.

Chinman, M., Imm, P. og Wandersmann, A. (2004), *Getting to outcomes 2004. Promoting accountability through methods and tools for planning, implementation, and evaluation*, RAND Corporation: Santa Monica.

CND (FNs narkotikakommisjon) (2004), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the Secretariat*, De forente nasjoner, Det økonomiske og sosiale råd: Wien.

Commonwealth Department for Health and Ageing (2003), National Co-morbidity Project. Current practice in the management of clients with co-morbidity mental disorders and substance use disorders in tertiary care settings, Commonwealth of Australia: Canberra.

Crawford, V. (2001), *Co-existing problems of mental health and substance misuse ('dual diagnosis'): a review of relevant literature*, Royal College of Psychiatrists: London.

Currie, C., Roberts, C., Morgan, A., et al. (2004), Young people's health in context. Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) study: international report from the 2001/2002 survey, *Health Policy for Children and Adolescents,* No.4, Genève: WHO Europa.

Deehan, A. og Saville, E. (2003), *Calculating the risk: recreational drug use among clubbers in the South East of England*, Home Office Online Report 43/03.

Department of Health (2002a), *Mental health policy implementation guide: dual diagnosis good practice guide*, Department of Health: London.

Department of Health (2002b), *Models of care for substance misuse treatment: promoting quality, efficiency and effectiveness in drug misuse treatment services. Full report for consultation*, Department of Health: London.

Dialog (2000), *Jahresbericht 1999*. Verein Dialog – Hilfs- und Beratungsstelle für Suchtgiftgefährdete und deren Angehörige, Wien.

Dolan, K. (1997–98), Evidence about HIV transmission in prisons. *Canadian HIV-AIDS Policy and Law Newsletter* 3-4, s. 32–8.

Dolan, K., Rutter, S. og Wodak, A. D. (2003), Prison-based syringe exchange programmes: a review of international research and development. *Addiction* 98, s. 153–8.

Drake, R., Mercer-McFadden, C., Mueser, K. et al. (1998), Review of integrated mental health and substance abuse treatment for patients with dual disorders. *Schizophrenia Bulletin* 24, s. 589–608.

DrugScope (2004), *Druglink* 19 (1) Jan/Feb 2004.

Dusenbury, L. og Falco, M. (1995), Eleven components of effective drug abuse prevention curricula. *Journal of School Health* 65, s. 420–5.

Eland, A. og Van de Glint, G. (2001), Diagnostiek en behandeling van ADHD binnen de intramurale verslavingszorg, Trimbos Instituut: Utrecht.

EONN (2001), Cocaine and crack (utvalgt aspekt). I *Annual report 2001: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union*, Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikaavhengighet: Lisboa.

EONN (2003a), *Annual report 2003: the state of the drugs problem in the acceding and candidate countries to the European Union,* Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Lisboa.

EONN (2003b), *Årsrapport 2003: narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge*, Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikaavhengighet: Lisboa.

EONN (2003c), *Fokus på narkotika nr. 11*: *Hepatitt C: En skjult epidemi*, Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Lisboa.

EONN (2003d), *The international profile of cannabis clients, expert meeting on treatment demand – meeting with International organisations*, Lisboa, 24. juni 2003 (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1881).

EONN (2004a) *European report on drug consumption rooms*, Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Lisboa.

EONN (2004b), *Fokus på narkotika nr. 13*: *Dødsfall*. Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Lisboa.

EONN (2004c), *An overview of cannabis potency in Europe, EONN Insights 6*. Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Lisboa.

EONN (2004d), *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options. EONN Monographs 7*. Det europeiske overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk: Lisboa.

Emmanuelli, J. (2003), Siamois: Tendances en matière de réduction des risques chez les usagers de drogues par voie iv. In: Bello, J.-Y., Toufik, A., Gandilhon, M. et al. (redaktører) *Phénomènes émergents liés aux drogues en 2002, quatrième rapport national du dispositif TREND*, s. 263–7. OFDT: Paris.

Estebanez, P., Russell, N. K., Aguilar, M.D. et al. (2001), Determinants of HIV prevalence amongst female IDU in Madrid. *European Journal of Epidemiology* 17, s. 573–80.

Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS (EuroHIV) (2004), HIV/AIDS Surveillance in Europe, End-year report, 2003, No. 70. Saint-Maurice: Institut de Veille Sanitaire.

Europakommisjonen (1999), *Evaluating socio-economic programmes: glossary of 300 concepts and technical terms*, Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

Europakommisjonen (2003), *Evaluating EU activities – a practical guide for Commission Services*, Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner.

Europol (2002), *Serious crime overviews: counter money laundering, a European Union perspective*, Europol: Haag.

Europol (2003), *European Union organised crime report*, Europol: Haag.

Facy, F. (1999), *Toxicomanes et prescription de méthadone*, EDK: Paris.

Farrell, M. (2002), *Final Evaluation of the Pilot Drug Court*, Courts Service: Dublin.

FATF (2003a), *Annual report 2002–2003* (http://www.fatf-gafi.org).

FATF (2003b), *Combating the abuse of alternative remittance systems: international best practices*, FATF: Paris.

Flay, B. (2000), Approaches to substance use prevention utilizing school curriculum plus social environment change. *Addictive Behaviours* 25, s. 861–6.

Fridell, M. (1991), *Personlighet och drogmissbruk. En forskningsöversikt. PM-serie 10*, Centralförbundet för alkohol- och narkotikaupplysning (CAN), Stockholm.

Fridell, M. (1996), Psykisk störning och narkotikamissbruk. Socialstyrelsen. Psykiskt störda missbrukare. SoS-rapport 1996: 14, Socialstyrelsen: Stockholm.

Gerdner, A. (2004), *Utfall av LVM-vård: översikt och syntes av hittilsvarande studier*. Bilaga 4 till LVM-utredningen, SOU 2004: 3 Tvång och förändring – Rättssäkerhet, vårdens innehåll och eftervård, Socialdepartementet: Stockholm.

GFATM Secretariat (2004), *The Global Fund Grant status report* (http://www.theglobalfund.org/en/files/grantsstatusreport.xls).

Giuliani, M. og Suligoi, B (2004), Italian STI Surveillance Working Group. Differences between nonnational and indigenous patients with sexually transmitted infections in Italy and insight into the control of sexually transmitted infections. *Sexually Transmitted Diseases* 31(2):, s. 79–84.

Gore, S.M. (1999), Fatal uncertainty: death-rate from use of ecstasy or heroin. *Lancet* 354, s. 1265–6.

Hall, W., Degenhardt, L. og Lynskey, M. (2001), *The health and psychological effects of cannabis use*, Monograph Series no. 44, 2nd edn, Commonwealth of Australia: Canberra.

Hannon F., Keleher C. og Friel, S. (2000). *General healthcare study of the Irish prison population.*, Stationery Office: Dublin.

Hansen, W. (1992), School-based substance abuse prevention: a review of the state of the art in curriculum, 1980–1990. *Health Education Research* 7, s. 403–30.

Hibell, B., Andersson, B., Ahlstrom, S., et al., (2000), *The 1999 ESPAD Report: The European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs*. Centralförbundet för alcohol- och narkotikaupplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe.

Hope, V., Ncube, F., de Souza, L. et al. (2004), Shooting up: infections in injecting drug users in the United Kingdom, 2002. Eurosurveillance Weekly 8(4): 22. januar 2004 (http://www.eurosurveillance.org/ew/2004/040122.asp).

INCB (FNs internasjonale komité for narkotikakontroll) (2004a), *Report of the International Narcotics Control Board 2003*, De forente nasjoner, Den internasjonale komité for narkotikakontroll: New York.

INCB (FNs internasjonale komité for narkotikakontroll) (2004b), *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, De forente nasjoner, Den internasjonale komité for narkotikakontroll: New York (http://www.incb.org).

Interpol (2002), *Activities report*, Interpol: Lyon.

Jansson, I. og Fridell, M. (2003), Psykisk och somatisk belastning hos tvångsvårdade kvinnor, LVM och LVU-vårdade kvinnor vid Lunden, SiS-rapport 1/03. Statens Institutionsstyrelse: Stockholm.

Joint Meeting of the Faculty of Substance Misuse of the Royal College of Psychiatrists and the World Psychiatric Association (2003), Innovations in the treatment of addiction, Barcelona, 1.–2. mai 2003.

Jonsson, S. (2001), Långstorps vård- och behandlingshem – En utfallsstudie. *Psykologexamensuppsats* Vol. III:20, Institutionen för psykologi: Lund.

Kessler, R.C., Aguilar-Gaxiola S., Andrade L. et al. (2001), Mental-substance comorbidities in the ICPE surveys. *Psychiatrica Fennica* 32, s. 62–79.

Kokkevi, A. og Facy, F. (1995), Personality traits and psychopathology in drug addiction. *European Addiction Research* 1, s. 194–8.

Kokkevi, A. og Stefanis, C. (1995), Drug abuse and psychiatric comorbidity. *Comprehensive Psychiatry* 36, s. 329–37.

Kraus, L., Augustin, R., Korf, D. et al. (2003), Cannabis use in France, Germany, Greece and Spain: has age of first use experience shifted towards younger age? (rapport).

Krausz, M. (1996), Old problems – new perspectives. *European Addiction Research* 2, s. 1–2.

Krausz, M. (1999), Lederartikkel. Addiction and mental health. *European Addiction Research 5*, s. 53–4.

Krausz, M. (1999), Komorbidität – Psychische Störungen bei Schwerstabhängigen; Forschungsstand und klinische Konsequenzen. In: Bellebaum, Jellinek C. og Westermann, B. (redaktører) *Mehr als Abhängig? Versuche mit Methadon und Heroin*, s. 100–14. Deutscher Studienverlag: Weinheim.

Krausz, M., Verthein, U. og Degkwitz, P. (1999), Psychiatric co-morbidity in opiate addicts. *European Addiction Research 5*, s. 55–62.

Landheim, A.S., Bakken, K. og Vaglum, P. (2003), Gender differences in the prevalence of symptom disorders and personality disorders among poly-substance abusers and pure alcoholics, *European Addiction Research* 9, s. 8–17.

Lauritzen, G., Waal, H., Amundsen, A. og Arner, O. (1997), A nationwide study of Norwegian drug abusers in treatment: methods and findings. *Nordisk alkohol- & narkotikatidsskrift* 14, s. 43–63.

Ley, A., Jeffery, D.P., McLaren, S. og Siegfried, N. (2003), Psychosocial treatment programmes for people with both severe mental illness and substance misuse. Cochrane Review. *The Cochrane Library,* Issue 4, Wiley: Chichester, Storbritannia.

Liappas, J. (2001), Drug addiction: a multidimensional therapeutic problem. *Itaca* 6, s. 9–22.

Lima, A.R., Lima, M.S., Soares, B.G.O. og Farrell, M. (2004a), Carbamazepine for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002023.htm).

Lima, M.S., Reisser, A.A.P., Soares, B.G.O., Farrell, M. (2004b), Antidepressants for cocaine dependence. Cochrane Review. *The Cochrane Library*, Issue 2, 2004 (http://www.cochrane.org/cochrane/revabstr/AB002950.htm).

Long, J., Allwright, S. og Begley, C. (2004), Prisoners' views of injecting drug use and harm reduction in Irish prisons. *International Journal of Drug Policy*, under trykking.

Marsden, J., Gossop, M., Stewart, D., et al. (2000), Psychiatric symptoms among clients seeking treatment for drug dependence. Intake data from the National Treatment outcome study. *British Journal of Psychiatry* 176, s. 285–9.

McIntosh, C. og Ritson, B (2001), Treating depression complicated by substance misuse. *Advances in Psychiatric Treatment* 7, s. 357–64.

McVeigh, J., Beynon, C. og Bellis, M.A. (2003), New challenges for agency based exchange schemes: analysis of 11 years of data (1991–2001) in Merseyside and Cheshire, United Kingdom. *International Journal of Drug Policy* 14, s. 399–405.

Mears, A., Clancy, C., Banerjee, S. et al. (2001), *Co-existing problems of mental disorder and substance misuse (dual diagnosis): a training needs analysis*, Royal College of Psychiatrists: London.

Migliori, G.B. og Centis, R. (2002), Problems to control TB in eastern Europe and consequences in low incidence countries. *Monaldi Archive of Chest Diseases 57*, s. 285–90.

Morel, A. (1999), Troubles psychiatriques associés à la toxicomanie. *Interventions* 72, s. 35–40.

Moyle, P. (2003), *International drug court developments, models and effectiveness*, Pompidou Group Drug Court Project: Strasbourg.

Murphy-Lawless, J. (2002), *Fighting back: women and the impact of drug abuse on families and communities*, Liffey Press: Dublin.

Murray, R., Grech, A., Phillips, P. og Johnson, S. (2003), What is the relationship between substance abuse and schizophrenia? In: Murray, R., Jones, P., Susser, E. et al. (redaktører), *The epidemiology of schizophrenia*, Cambridge University Press: Cambridge.

Neale, J. og Robertson, M. (2004), Recent cocaine and crack use among new drug treatment clients in Scotland. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 11(1), s. 79–90.

Nestler, E. J. (2001), Molecular basis of long-term plasticity underlying addiction. *Nature Reviews Neuroscience* 2(2):119–28.

Öjehagen, A. og Schaar, I. (2003) Mentally ill substance abusers in Sweden: a 5-year follow-up of a multisite study of co-operation between psychiatric services and social authorities. In: Carrà, G. og Clerici, M. (redaktører) *Dual diagnosis: filling the gap*, John Libbey Eurotext: Paris.

Olin, N. og Plasait, B. (2003), *Drogue: l'autre cancer. Rapport de la Commission d'enquête sur la politique nationale de lutte contre les drogues illicites.* Sénat: Paris.

Origer, A. og Delucci, H. (2002), *Étude épidémiologique et méthodologique des cas de décès liés à l'usage illicite des substances psycho-actives. Analyse comparative (1999–2000),* Séries de recherche no. 3, Point focal OEDT Luxembourg-CPR Santé: Luxembourg.

Paglia, A. og Room, R. (1999), Preventing substance use problems among youth: a literature review and recommendations. *Journal of Primary Prevention* 20(1), s. 3–50.

Pani, P.P., Trogu, E., Carboni, G. et al. (2003), Psychiatric severity and treatment response in methadone maintenance treatment programmes: new evidence. *Heroin Addiction & Related Clinical Problems 5*, s. 23–36.

Pedersen, M.U. (2001), Substitutionsbehandling. Organiseringer, stofmisbrugere, effekter, metoder. Del 1. Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet: Århus.

Popov, P. (2003), Alkohol. In: Kalina, K. a spol. (red.) *Drogy a drogové závislosti – mezioborový přístup*, Kapitola 3/1, Praha. Úřad vlády ČR – NMC.

Ravelli, A., Bijl, R.V. og Van Zessen, G. (1998), Comorbiditeit van psychiatrische stoornissen in de Nederlandse bevolking; resultaten van de Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS). *Tijdschrift voor Psychiatrie* 40, s. 531–44.

Nasjonale Reitox-rapporter (2003) (http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435).

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C. et al. (2003), Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'. *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, s. 303–29.

Roeg, D.P.K., van de Goor, L.A.M. og Garretsen, H.F.L. (2004) When a push is not a shove: assertive care, Dutch-style. *Drugs and Alcohol Today* , Vol 4 (under trykking).

Rooney, S., Kelly, G., Bamford, L. et al. (1999), Co-abuse of opiates and benzodiazepines. *Irish Journal of Medical Science* 168: 36–41.

SAMHSA, Office of Applied Studies (2001), *Trends in initiation of substance use*, 2001 National Household Survey on Drug Abuse (NHSDA).

SAMHSA, Office of Applied Studies (2002), *Results from the 2002 National Survey on Drug Use and Health. National findings* (http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm).

Schifano, F., Oyefeso, A., Corkery, J. et al. (2003), Death rates from ecstasy (MDMA, MDA) and polydrug use in England and Wales 1996–2002. *Human Psychopharmacology and Clinical Exposure* 18, s. 519–24.

Seivewright, N., Donmall, D., Douglas, J. et al. (2000), Cocaine misuse treatment in England. International *Journal of Drug Policy* 11, s. 203–15.

Siliquini, R., Zeppegno, P. og Faggiano, F. (2002), Patologia psichiatrica e consumo di sostanze: descrizione preliminare dei casi di uno studio caso–controllo. In: Faggiano, F. (red.) *OED Piemonte – Rapporto 2002*, Torino: Osservatorio Epidemiologico Dipendenze.

Sosial- og helsedepartementet (1999), *Rapportane I, II, III, frå Arbeidsgruppa for å gjennomgå hjelpe- og behandlingstilbodet for rusmiddelmisbrukarar*.

Springer, A. (2003a) *Different types of medically assisted treatment.* Treatment monitoring conference, EONN, Lisboa.

Springer, A. (2003b), Psychotherapeutische Aspekte. In: Beubler, E., Haltmayer, H. og Springer, A. (redaktører) *Opiatabhängigkeit. Interdisziplinäre Aspekte für die Praxis*, Springer: Wien.

Stothard, B. og Ashton, M. (2000), Education's uncertain saviour. *Drug and Alcohol Findings* 3, s. 4–7, 16–20.

Stöver, H. (2001), Bestandsaufnahme 'Crack Konsum' in Deutschland: Verbreitung, Konsummuster, Risiken und Hilfeangebote. Endbericht. Bremen: Universität Bremen, Bremer Institut für Drogenforschung (BISDRO).

Stöver, H. og Nelles, J. (2003), Ten years of experience with needle and syringe exchange programmes in European prisons. *International Journal of Drug Policy* 14, s. 437–44.

Ter Bogt, T. og Engels, R.C.M.E. (2004), Party style: notice for and effects of MDMA at Rave parties. *Substance Use and Misuse* (under trykking).

Tobler, N. (2001), Prevention is a two-way process. *Drug and Alcohol Findings*, Issue 5, s. 25–7.

Tobler, N. og Stratton H.H. (1997), Effectiveness of school-based drug prevention programs: a meta-analysis of the research. *Journal of Primary Prevention* 18(1), s. 71–128.

Tobler, N.S., Roona, M.R. og Ochshorn, P. (2000), School-based adolescent prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention* 20: s. 275–336.

Uchtenhagen, U. og Zeiglgänsberger, W (2000), *Suchtmedizin – Konzepte, Strategien und therapeutisches Management*, Urban & Fischer Verlag: München.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*, FNs organ for narkotika og kriminalitet, Wien.

UNODC (FNs organ for narkotika og kriminalitet) og Marokkos regjering (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, FNs organ for narkotika og kriminalitet: Wien.

UNODCCP (FNs organ for narkotikakontroll og kriminalitetsforebygging (2000), *Demand reduction: a glossary of terms*, De forente nasjoner: New York.

Vaglum, P. (1996) Psychopathology and substance abuse: clinical lessons from six Norwegian studies. Psychiatric Fennica 27: 55–67.

Van den Bosch, L.M., Verheul, R. og Van den Brink, W. (2001), Substance abuse in borderline personality disorder: clinical and etiological correlates. *Journal of Personality Disorders* 15, s. 416–24.

Van Rooijen, M. (2001), Zendingswerk: dubbele diagnose klinieke. *Psychiatry* 5, s. 24–8.

Verheul, R. (2001), Co-morbidity of personality disorders in individuals with substance use disorders. *European Psychiatry* 16, s. 274–82.

WCO (Verdens tollorganisasjon) (2003a), *Drug routes from Central Asia to Europe* (finnes på WCOs nettsted: http://www.wcoomd.org).

WCO (Verdens tollorganisasjon) (2003b), *An integrated international response to drug smuggling*. Verdens tollorganisasjon: Brussel.

WCO (Verdens tollorganisasjon) (2003c) *World money laundering report*, Volume 4, Issue 10.

Weaver, T., Madden, P., Charles, V. et al. (2003), Co-morbidity of substance misuse and mental illness in community mental health and substance misuse services. *British Journal of Psychiatry* 183, s. 304–12.

WHO (Verdens helseorganisasjon) (1995), *Lexicon of alcohol and drug terms*, Verdens helseorganisasjon: Genève.

Wiessing, L. og Kretzschmar, M. (2003), Can HIV epidemics among IDUs 'trigger' a generalised epidemic? *International Journal of Drugs Policy* 14, s. 99–102.

Williams, H., O'Connor, J.J. og Kinsella, A. (1990), Depressive symptoms in opiate addicts on methadone maintenance. *Irish Journal of Psychological Medicine* 7, s. 45–6.

Wolf, J., Mensink, C. og Van der Lubbe, P. (2002), *Casemanagement voor langdurig verslaafden met meervoudige problemen: een systematisch overzicht van interventie en effect.* Ontwikkelcentrum Sociaal Verslavingsbeleid: Utrecht.

Zuckerman, J. (2003), The place of accelerated schedules for hepatitis A and hepatitis B vaccinations. *Drugs* 63, s. 1779–84.

Zurhold, H., Kreutzfeldt, N., Degkwitz, P. og Verthein, U. (2001), *Drogenkonsumräume. Gesundheitsförderung und Minderung öffentlicher Belastungen in europäischen Grossstädten*. Lambertus: Freiburg.

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

Belgique/België
Institut scientifique de la santé publique/Wetenschappelijk Instituut Volksgezondheid
Rue Juliette Wytsman 14/Juliette Wytsmanstraat 14
B-1050 Bruxelles/Brussel
Denise WALCKIERS
Tél. (32-2) 642 50 35 — Fax (32-2) 642 57 49
E-mail: BIRN@iph.fgov.be

Česká republika
Secretariat of the National Drug Commission Office of the Government of the Czech Republic
Nabř. Edvarda Beneše 4
118 01 Praha 1 — Malá Strana
CZ-Prague
Viktor MRAVČÍK
Tel. (420-29) 61 53 222/391 — Fax (420-29) 61 53 264
E-mail: mravcik.viktor@vlada.cz

Danmark
Sundhedsstyrelsen
Islands Brygge 67 Postboks 1881
DK-2300 København S
Else SMITH/Kari GRASAASEN
Tlf. (45) 72 22 77 60 — Fax (45) 72 22 74 11
E-mail: esm@sst.dk, kag@sst.dk

Deutschland
DBDD — Deutsche Referenzstelle für die Europäische Beobachtungsstelle für Drogen und Drogensucht
Parzivalstraße 25
D-80804 München
Roland SIMON
Tel. (49) 89 36 08 04 40 — Fax (49) 89 36 08 04 49
E-Mail: Simon@ift.de

Eesti
National Institute for Health Development (NIHD)
Department of Epidemiology and Biostatistics
Estonian Drug Monitoring Centre (EDMC)
Hiiu 42, Room 471
EE-11619 Tallinn
Ave TALU
Tel. (372) 6593 997 — Fax (372) 6593 998
E-mail: Ave.Talu@tai.ee

Ελλάδα/Greece
Greek Reitox Focal Point — UMHRI
University of Mental Health Research Institute
Soranou Tou Efesiou, 2
(PO Box 66517)
GR-15 601 Papagou — Athens
Manina TERZIDOU
Tel. (302-10) 6536 902 — Fax (302-10) 6537 273
E-mail: ektepn@ektepn.gr

España
Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPND)
C/Recoletos, 22
E-28001 Madrid
Carmen MOYA GARCÍA/Ana ANDRÉS BALLESTEROS
Tel. (34) 915 37 27 25/26 86 — Fax (34) 915 37 26 95
E-mail: anaab@pnd.mir.es

France
Observatoire français des drogues et des toxicomanies
3, avenue du stade de France
F-93200 Saint-Denis
Jean-Michel COSTES
Tél. (33) 141 62 77 16 — Fax (33) 141 62 77 00
E-mail: jecos@ofdt.fr

Ireland
Drug Misuse Research Division
Health Research Board
73 Lower Baggot Street
Dublin 2
Ireland
Hamish SINCLAIR
Tel. (353-1) 676 11 76 ext 160 — Fax (353-1) 661 18 56
E-mail: Hsinclair@hrb.ie

Italia
Ministero del Lavoro e delle Politiche sociali, direzione generale per la Prevenzione e il recupero dalle tossicodipendenze e alcodipendenze e per l'osservatorio nazionale
Via Fornovo 8 — Pal. C
I-00192 Roma
Mariano MARTONE/Silvia ZANONE
Tel. (39) 06 36 75 48 01/06 — Fax (39) 06 36 75 48 11
E-mail: mmartone@welfare.gov.it, szanone@welfare.gov.it

Κύπρος (Cyprus)
Cyprus National Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction
Magnolia Centre, Offices 11–12,
32, Strovolos Avenue
CY-Nicosia 2018
Neoklis GEORGIADES
Tel. (357-22) 44 29 73 — Fax (357-22) 30 50 22
E-mail: neoklis@ektepn.org.cy, info@ektepn.org.cy (general matters)

Latvija
The State Centre for Drug Abuse Prevention and Treatment (Narcology Centre)
Hospitalu iela 55
LV-1013 Riga
Ieva MATISONE
Tel. (371-7) 37 77 83 — Fax (371-7) 37 23 37
E-mail: ieva.matisone@latnet.lv

Lietuva
Ministry of Health of the Republic of Lithuania
Drug Control Department under the Government of the Republic of Lithuania
Vilniaus st. 33
LT-2001 Vilnius
Ernestas JASAITIS
Tel. (3705-2) 66 14 00 — Fax (3705-2) 66 14 02
E-mail: ernestas.jasaitis@vvspt.lt

Luxembourg
Direction de la santé, point focal OEDT, Luxembourg
Allée Marconi — Villa Louvigny
L-2120 Luxembourg
Alain ORIGER
Tél. (352) 47 85 625 — Fax (352) 46 79 65
E-mail: alain.origer@ms.etat.lu

Magyarország
National Centre for Epidemiology
Gyáli út 2-6.
H-1097 Budapest
PO Box 64
Adrienn NYIRADY
Tel. (36-1) 476 11 00 — Fax (36-1) 476 12 23
E-mail: nyiradya@oek.antsz.hu

Malta
Maltese National Focal Point
Ministry of Family & Social Solidarity
Palazzo Ferreria
Valletta CMR 02
Malta
Anna GIRARD
Tel. (356) 25 90 32 17/32 20
E-mail: anna.girard@gov.mt

Nederland
Trimbos-instituut
Netherlands Institute of Mental Health and Addiction
Da Costakade 45 — Postbus 725
3500 AS Utrecht
Franz TRAUTMANN
Tel. (31-30) 297 11 86 — Fax (31-30) 297 11 87
E-mail: ftrautmann@trimbos.nl

Österreich
ÖBIG — Österreichisches Bundesinstitut für Gesundheitswesen
Stubenring, 6
A-1010 Vienna
Sabine HAAS
Tel. (43-1) 515 61 60 — Fax (43-1) 513 84 72
E-mail: HAAS@oebig.at

Polska
National Bureau for Drugs Prevention
ul. Dereniowa 52/54
PL-02-776 Warszawa
Janusz SIEROSŁAWSKI
Tel. (48-22) 641 15 01 — Fax (48-22) 641 15 65
E-mail: sierosla@ipin.edu.pl

Portugal
Instituto da Droga e da Toxicodependência (IDT)
Av. João Crisóstomo, 14
P-1000 — 179 Lisboa
Nuno FREITAS/Maria MOREIRA
Tel. (351) 213 10 41 00/41 26 — Fax (351) 213 10 41 90
E-mail: Maria.Moreira@idt.min-saude.pt

Slovenija
Inštitut za varovanje zdravja Republike Slovenije
Trubarjeva 2
SI-1000 Ljubljana
Mercedes LOVREČIČ
Tel. (386-1) 244 14 79 — Fax (386-1) 244 15 36
E-mail: Mercedes.lovrecic@ivz-rs.si

Slovensko
Central Node of the Drug Information System
General Secretariat of the Board of Ministers for Drug Dependencies and Drug Control
Námestie slobody 1
SK-81370 Bratislava
Alojz NOCIAR
Tel. (421-2) 5729 5554 — Fax (421-2) 5729 5571
E-mail: alojz.nociar@government.gov.sk, alojz.nociar@vlada.gov.sk

Suomi/Finland
Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus
PO Box 220
(Office: Lintulahdenkuja, 4 — 00530 Helsinki)
FIN-00531 Helsinki
Ari VIRTANEN
Tel. (358-9) 39 67 23 78 — Fax (358-9) 39 67 24 97
E-mail: ari.virtanen@stakes.fi

Sverige
Statens folkhälsoinstitut
(Kontor: Olof Palmes gata 17)
S-103 52 Stockholm
Bertil PETTERSSON
Tfn (46-8) 56 61 35 13 — Fax (46-8) 56 61 35 05
E-post: Bertil.Pettersson@fhi.se

United Kingdom
Sexual Health and Substance Misuse Policy
Department of Health, Skipton House
80 London Road
London SE1 6LH
United Kingdom
Alan LODWICK
Tel. (44-20) 79 72 51 21 — fax (44-20) 79 72 16 15
E-mail: Alan.Lodwick@doh.gsi.gov.uk

European Commission/Commission européenne
Directorate-General for Justice and Home Affairs — Drugs Coordination Unit/Direction générale de la justice et des affaires intérieures — Unité «Coordination de la lutte antidrogue»
Rue de la Loi/Wetstraat 200 (Lx — 46 3/186)
B-1049 Brussels/Bruxelles
Timo JETSU/Elsa MAIA
Tél. (32-2) 299 57 84 — Fax (32-2) 295 32 05
E-mail: Timo.Jetsu@cec.eu.int, Elsa.Maia@cec.eu.int

Norge
Statens institutt for rusmiddelforskning
PB 565 Sentrum
(Office: Øvre Slottsgate 2B)
N-0157 Oslo
Knut BROFOSS/Odd HORDVIN
Tel. (47) 22 34 04 00 — Fax (47) 22 34 04 01
E-mail: kb@sirus.no, odd@sirus.no

Bălgarija
National Centre for Addictions
117, Pirotska Str.
BG-1303 Sofia
Momtchil VASSILEV
Tel. (359-2) 83 13 079 — Fax (359-2) 83 21 047
E-mail: mvassilev@mbox.infotel.bg

România
National Anti-drug Agency
37, Unirii Bulevard, BL. A4 — Sector 3
RO-Bucharest
Angela PANTEA
Tel. (40-21) 326 47 87/323 30 30 ext. 21706
Fax (40-21) 326 47 87
E-mail: angelapantea@yahoo.com

Türkiye
TADOC Müdürlüðü
Necatibey Cd. No:108
TR-Anýttepe/Ankara
Ylhami HÜNER
Tel. (90-312) 412 75 00 — Fax (90-312) 412 75 05
E-mail: ihuner@tadoc.gov.tr

Europeisk overvåkingssenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2004

Årsrapport 2004: Narkotikasituasjonen i Den europeiske union og Norge

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner
2004 — 113 s. — 21 x 29.7 cm
ISBN 92-9168-211-X

SALES AND SUBSCRIPTIONS

Publications for sale produced by the Office for Official Publications of the European Communities are available from our sales agents throughout the world.

How do I set about obtaining a publication?

Once you have obtained the list of sales agents, contact the sales agent of your choice and place your order.

How do I obtain the list of sales agents?

- Go to the Publications Office website http://publications.eu.int/
- Or apply for a paper copy by fax (352) 2929 42758

16 17 5 TD-AC-04-001-NO-C

Om EONN

Det europeiske 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 derved gi publikum et evidensbasert bilde av narkotikasituasjonen i Europa.

Senterets publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, vitenskapelige miljøer, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet, og i en videre forstand, media og allmennheten.

I årsrapporten presenterer EONN sin årlige oversikt over narkotikasituasjonen i EUs medlemsstater og Norge. Rapporten er et viktig referansedokument for alle som søker siste nytt om narkotikasituasjonen i Europa.

Publikasjonskontoret
Publications.eu.int

ISBN 92-9168-211-X
9 789291 682119