



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096

ÅRSBERETNING 2005

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

ÅRSBERETNING 2005

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

Juridisk meddelelse

Denne publikation tilhører Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) og er ophavsretligt beskyttet. EONN påtager sig ingen form for ansvar for eventuelle følger af anvendelsen af de i dette dokument indeholdte oplysninger. Publikationens indhold er ikke nødvendigvis udtryk for de officielle holdninger hos EONN's partnere, EU-medlemsstaterne eller Den Europæiske Unions eller De Europæiske Fællesskabers institutioner eller agenturer.

Yderligere oplysninger om EU fås på internet via Europa-serveren (<http://europa.eu.int>).

Europe Direct er en service, der har til formål at hjælpe med at besvare Deres spørgsmål om Den Europæiske Union

Frikaldsnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

(*) Nogle mobiloperatører tillader ikke opkald til 00 800-numre eller tager betaling for sådanne opkald.

Denne beretning foreligger på spansk, tjekkisk, dansk, tysk, estisk, græsk, engelsk, fransk, italiensk, lettisk, litauisk, ungarsk, nederlandsk, polsk, portugisisk, slovakisk, slovensk, finsk, svensk, bulgarsk, rumænsk og norsk. Alle oversættelser er foretaget af Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer.

Bibliografiske data findes bagest i denne publikation

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, 2005

ISBN 92-9168-224-1

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2005

Eftertryk tilladt med kildeangivelse

Printed in Belgium

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR



Det Europæiske Overvågningscenter
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23-25, P-1149-045 Lissabon
Tlf. (351) 218 11 30 00 • Fax (351) 218 13 17 11
info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Indhold

Forord	5
Takord	7
Indledning	9
Kommentar — Identificering af tendenserne på narkotikaområdet i Europa	11
Kapitel 1	
Den seneste udvikling i politikker og lovgivninger	18
Kapitel 2	
Skoler, unge og narkotika	27
Kapitel 3	
Cannabis	36
Kapitel 4	
Stimulanser af amfetamintypen, lsd og andre syntetiske stoffer	44
Kapitel 5	
Kokain og crackkokain	54
Kapitel 6	
Heroin og intravenøst brug	60
Kapitel 7	
Kriminalitet og fængsler	81
Referencer	87



Forord

Denne årsberetning for Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er suppleret med onlinelementer, herunder den nye »Statistical bulletin«, som nu har eksisteret i to år. »Statistical bulletin« er endda blevet så omfattende, at den nu indeholder over 200 kildetabeller med kvantitative oplysninger, som giver en nærmere beskrivelse af narkotikasituationen i Europa.

EONN har nu i over ti år samarbejdet med medlemsstaterne i Den Europæiske Union om at give et samlet billede af narkotikasituationen i Europa. Mængden og kvaliteten af oplysningerne, som nu er tilgængelige som baggrund for denne årsberetning, afspejler ikke kun de tekniske resultater, som de videnskabelige arbejdsgrupper, der formidler oplysningerne, er nået frem til, men også europæiske beslutningstageres ønske om at investere i og støtte dataindsamlingsprocessen. Dette er et konkret eksempel på fordelene ved at samarbejde på europæisk plan. Der er forskel på medlemsstaterne, ikke bare når det gælder de narkotikaproblemer, som de står over for, men også med hensyn til den måde, de imødegår problemerne på. På trods af disse forskelle kan man nu se, at der er ved at opstå det, man kunne kalde et europæisk perspektiv på narkotikaproblemet. Der er nu udbredt enighed om, at det er nødvendigt, at de foranstaltninger, der træffes, baseres på et solidt kendskab til situationen, at der udveksles erfaringer om, hvilke midler der er effektive, og at der handles i fællesskab, så snart det er muligt at opnå fælles fordele. Disse målsætninger er nedfældet i EU's nye narkotikastrategi og -handlingsplan og udgør også de vigtigste temaer i denne årsberetning.

Årsberetningen fokuserer på mange vigtige områder, som giver anledning til bekymring med hensyn til den måde, hvorpå narkotikabrugens påvirker både borgerne og de samfund, de lever i. Den henleder opmærksomheden på de nye problemer, som vi nu står over for, bl.a. det stigende brug i visse dele af Europa af stimulerende stoffer,

navnlig kokain, eller det stadig stigende antal unge europæere, som eksperimenterer med stoffer. Det står helt klart, at der stadig skal gøres en stor indsats for, at foranstaltningerne mod narkotikabrug i Europa bliver mere effektive. Ikke desto mindre kan vi i denne beretning fremhæve en række positive udviklingstendenser, ikke mindst udbygningen af tjenester for personer med narkotikaproblemer, og tegnene på stabilisering eller endda tilbagegang inden for nogle af de mere skadelige aspekter af narkotikafænomenet. Denne beretning belyser således ikke bare de værste problemer, vi står over for, men viser også, hvilke foranstaltninger der skal træffes for at løse narkotikaproblemerne i Europa på en effektiv måde.

Vi er glade for igen i år at kunne notere en stigning i antallet af oplysninger fra de nye medlemsstater af Den Europæiske Union. Ud over oplysninger om situationen i den udvidede Union præsenterer vi også så vidt muligt oplysninger fra Bulgarien, Rumænien og Tyrkiet samt analyser af vigtige udviklingstendenser på internationalt plan. Narkotikafænomenets globale natur betyder, at vi er nødt til at anlægge et bredere perspektiv. Narkotikahandel og -brug er uløseligt forbundet med mange af de største problemer, vi har i dag. Narkotikabrug indvirker både på den globale sundhedstilstand og udviklingen, kriminalitet og personlig sikkerhed samt internationale sikkerhedsspørgsmål. Årsberetningen fokuserer navnlig på situationen i Europa, men vi kan ikke tillade os at ignorere, at det er et problem af globale dimensioner.

Marcel Reimen

Formand for EONN's bestyrelse

Wolfgang Götz

Direktør for EONN



Takord

EONN vil gerne takke følgende for deres indsats i forbindelse med udarbejdelsen af denne beretning:

- lederne af de nationale Reitox-knudepunkter og deres personale
- tjenestegrenene i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EONN og deltagerne i de tekniske arbejdsgrupper under EONN/Reitox-netværket
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — især Den Horisontale Narkotikagrube — og Europa-Kommissionen
- Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre stoffer (CAN), Europarådets Pompidou-grube, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Verdenssundhedsorganisationen, Europol, Interpol samt Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af Aids
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
- Prepress Projects Ltd.

Nationale Reitox-knudepunkter

Reitox er det europæiske informationsnet for narkotika og narkotikamisbrug. Netværket består af nationale knudepunkter i Den Europæiske Unions medlemsstater, Norge, kandidatlandene og ved Europa-Kommissionen. Knudepunkterne er udnævnt af medlemsstaternes regeringer som national myndighed med ansvar for at formidle narkotikaoplysninger til EONN.

Kontaktoplysninger til de nationale knudepunkter findes på adressen:
<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1596>



Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge (der har deltaget i EONN's arbejde siden 2001) i form af nationale rapporter. De her anvendte statistiske data vedrører 2003 (eller det seneste år, for hvilket der foreligger data). Figurer og tabeller i denne beretning kan afspejle en delmængde af EU-lande: Udvælgelsen er foretaget på grundlag af de lande, for hvilke der foreligger data i den pågældende periode.

Årsberetningen foreligger i en onlineudgave på 22 sprog på adressen: <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Statistical bulletin 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) indeholder alle de kildetabeller, som de statistiske analyser i årsberetningen er baseret på. Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om de metoder, der er anvendt, og hundredvis af statistiske figurer.

Landeprofilerne (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) indeholder en grafisk præsentation af de vigtigste aspekter ved narkotikasituationen i hvert land.

I tilknytning til denne beretning behandles følgende tre temaer nærmere:

- Narkotikarelateret forstyrrelse af den offentlige orden: tendenser med hensyn til politikker og foranstaltninger
- Alternativer til fængsling: målretning af indsatsen over for lovovertrædere blandt problematiske stofbrugere i EU
- Buprenorfin: praksis med hensyn til behandling, misbrug og medicinering.

De udvalgte temaer er tilgængelige i trykt udgave og i en onlineudgave (<http://issues05.emcdda.eu.int>), men kun på engelsk.

De nationale rapporter fra Reitox-knudepunkterne giver en nærmere beskrivelse og analyse af narkotikaproblemet i hvert land og er tilgængelige på EONN's websted (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).



Kommentar — Identificering af tendenserne på narkotikaområdet i Europa

Samlet billede af situationen i Europa

Dette afsnit giver et overblik over den væsentligste udvikling og hovedtendenserne i narkotikasituationen i Europa. Dette er fremkommet ved at sammenstykke oplysninger fra forskellige kilder og under hensyntagen til både styrkerne og svaghederne i forbindelse med det evidensgrundlag, der er tilgængeligt på nuværende tidspunkt. I dette års kommentar indgår en vurdering af, hvordan de nye data, der er tilgængelige i 2005, bidrager til vores forståelse af tendenserne på mellemlang og lang sigt med hensyn til narkotikasituationen i Europa.

Problemer med blandingsbrug vanskeliggør både vores forståelse af og indsats over for stofbrugsproblemer

Den analytiske tilgang, der er valgt i en stor del af denne beretning, er at fokusere på hvert enkelt af de stoffer, der primært anvendes. Denne stofspecifikke tilgang er begrebsmæssigt let at forstå og er forbundet med den yderligere fordel, at de fleste indikatorer for stofbrug er baseret på stofspecifikke adfærdsmæssige foranstaltninger. Ulempen ved denne tilgang er, at den ikke afspejler det forhold, at blandingsbrug er en væsentlig faktor i forbindelse med stofproblemer i Europa. Ved en undersøgelse af de folkesundhedsmæssige følger af stofbrug skal der tages hensyn, at der samtidig forbruges flere psykoaktive stoffer, herunder både alkohol og tobak, hvilket gør billedet endnu mere komplekst. I Europa ryges f.eks. cannabis ofte opblandet med tobak, og dette indvirker både på de skader, der sandsynligvis er forbundet med denne adfærd, og på forebyggelsesindsatsen på området. Toksikologiske undersøgelser af narkotikadødsfald viser ofte, at der er en række stoffer til stede, og det er kendt, at samtidig indtagelse af alkohol øger de risici, der er forbundet med både heroin- og kokainbrug. Det kan endvidere være vildledende at fokusere på tendenserne i forbindelse med et enkelt stof, hvis det indbyrdes forhold mellem forskellige stoftyper ikke tages i betragtning; f.eks. er der i denne beretning tegn på, at tilgængeligheden af syntetiske opiater er stigende, hvilket er et vigtigt aspekt i forbindelse med enhver analyse af tendenserne i heroinbruget. Ligeledes kan det være hensigtsmæssigt at tage hensyn til den mulige overlapning i forbindelse med tendenserne i bruget af forskellige stimulanser og at overveje i forbindelse med enhver analyse, i hvilken udstrækning de

registrerede ændringer kan skyldes ændrede forbrugsmønstre.

Konklusionen er, at hovedparten af de personer, der søger behandling på behandlingscentre i Europa for et narkotikaproblem, er blandingsbrugere. Der er behov for at udvikle bedre indberetningsmetoder i forbindelse med dette centrale aspekt af stofbruget og forstå, hvordan blandingsbrug vil indvirke på effektiviteten af indsatsen.

Unge og stofbrug — Stigende brug af cannabis, men forskellige mønstre er ved at vise sig

Stofbrug i Europa er fortsat hovedsageligt udbredt blandt unge og især blandt unge mænd. Data fra befolknings- og skoleundersøgelser giver et nyttigt indblik i den måde, hvorpå stofbrugsmønstrene har udviklet sig i Europa siden midten af 1990'erne. I dette års årsberetning indgår data fra den seneste undersøgelsesrunde som led i det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre rusgifte (ESPAD), som er en værdifuld datakilde med henblik på at overvåge stofbruget blandt skoleelever og registrere tendenser over tid.

Det fremgår af en samlet betragtning af alle de data, der foreligger, at bruget af cannabis varierer meget fra land til land. Selv om den fremherskende tendens i Europa siden midten af 1990'erne har været opadgående, har der i nogle lande været tale om et mere stabilt mønster. Det kan eksempelvis nævnes, at selv om der har været en meget høj udbredelse af cannabisbrug i Det Forenede Kongerige siden 1990'erne, er det forblevet stabilt i denne periode. Endvidere har der været tale om en meget lille ændring i udbredelsen af cannabisbrug i en række lande med lave prævalenssatser, herunder Sverige og Finland i Nordeuropa og Grækenland og Malta i Sydeuropa. De fleste af de stigninger i bruget af cannabis, der er registreret som led i ESPAD siden 1999, er forekommet i de nye EU-medlemsstater. Det fremgår af analyser af skoledata og generelle befolkningsundersøgelser, at Tjekkiet, Spanien og Frankrig i de fleste henseender nu er kommet op på samme niveau som Det Forenede Kongerige og indgår i gruppen af lande med høje prævalenssatser.

Der er stigende bekymring i Europa over den negative indflydelse af cannabisbrug, selv om der kun foreligger begrænsede oplysninger om, i hvilken udstrækning bruget af dette stof medfører folkesundhedsproblemer. Ifølge de foreliggende data om efterspørgslen efter

narkotikabehandling i Europa indtager cannabis en andenplads efter opiat, selv om cannabis stadig kun tegner sig for 12 % af alle behandlingsanmodninger, og det samlede billede er i vidt omfang præget af situationen i forholdsvis få lande. Data om regelmæssigt og intensivt brug af cannabis er afgørende for at udvikle en forståelse af den sandsynlige forbindelse mellem cannabisbrug og folkesundhed, men på nuværende tidspunkt er disse oplysninger begrænsede. Selv om de foreliggende data tyder på, at så mange som 3 millioner personer, hovedsageligt unge mænd, kan have et dagligt forbrug i Europa, er det ikke kendt, i hvilken udstrækning denne gruppe kan have problemer på grund af stofbrug.

Hvad sker der med hensyn til problematisk stofbrug? Er rekrutteringen til heroinbrug og intravenøst stofbrug faldende?

Blandt de områder, der metodemæssigt er mest udfordrende med hensyn til overvågningen af stofbrug, er opgaven med at foretage skøn over antallet af personer, der bruger stoffer på en kronisk og særlig skadelig måde. EONN's indikator for problematisk stofbrug er blevet udviklet med henblik på at foretage skøn over denne form for stofbrug, og i hovedparten af EU-landene afspejler indikatorer for problematisk stofbrug især bruget af opiat og intravenøst brug. Ifølge de aktuelle skøn er der formentlig mellem 1,2 og 2,1 millioner problematiske stofbrugere i EU, hvoraf mellem 850 000 og 1,3 millioner sandsynligvis er nylige intravenøse brugere. Skønnene over udbredelsen af problematisk stofbrug over tid er mangelfulde, hvilket gør det vanskeligt at identificere tendenserne på længere sigt. I EU-15-medlemsstaterne fremgår det imidlertid stort set af indikatorerne, at den hurtige rekruttering til heroinbrug, som de fleste lande havde oplevet, toppede på et tidspunkt i begyndelsen af 1990'erne og blev efterfulgt af en mere stabil situation. Selv om mange lande fortsat har indberettet stigninger siden 1999, er der nylige tegn på, at denne situation ikke gør sig gældende overalt, idet prævalensskønnene ikke viser et ensartet billede på EU-plan. Navnlig kan de nye medlemsstater nævnes som eksempel, da de synes at have oplevet heroinproblemer senere og at have en mere flydende situation.

Yderligere informationskilder med henblik på vurderingen af det problematiske stofbrug er antallet af narkotikarelaterede dødsfald og behandlingsanmodninger. Det fremgår af en analyse af narkotikarelaterede dødsfald (hyppigst som følge af opiatoverdoser), at ofrene bliver stadig ældre, idet antallet af registrerede dødsfald blandt stofbrugere under 25 år er faldet siden 1996. En vigtig undtagelse herfra er, at data — om end begrænsede — fra

de nye EU-medlemsstater indtil for nylig har vist en stigende tendens i andelen af dødsfald blandt personer under 25 år, selv om der nu synes at være indtrådt en vis stabilisering. Generelt har antallet af narkotikarelaterede dødsfald i EU formentlig toppet, selv om det fortsat ligger på et historisk højt niveau.

I de fleste lande er heroin fortsat det primære stof, som klienter søger behandling for. I nogle lande kan tendenserne i heroinbruget blandt nye klienter i behandling følges historisk, og de viser et mindre fald i det absolutte antal siden 1996. Ligeledes rapporteres der i nogle lande om en tendens i retning af, at opiatbrugere bliver ældre, selv om denne iagttagelse igen ikke gælder for alle lande, og i nogle af de nye medlemsstater — igen på grundlag af begrænsede data — synes opiatbrugere, der påbegynder behandling for første gang, at være forholdsvis unge. I nogle europæiske lande, navnlig EU-15-medlemsstaterne, har udbredelsen af injektion blandt nye opiatbrugere, der søger behandling, været faldende i nogen tid, og i Europa som helhed angiver under halvdelen af de nye klienter, der søger behandling for opiatbrug, at de injicerer stoffer. Igen gør denne tendens sig generelt ikke gældende blandt de nye medlemsstater, hvor injektion fortsat er den fremherskende indtagelsesmåde blandt heroinbrugere, der gør brug af behandlingstjenester.

Det kan således konkluderes, at der ikke er noget enkelt svar på spørgsmålet, om heroinbrug eller intravenøst stofbrug nu er faldende i Europa som helhed. I mange henseender ser billedet i dag — med hensyn til rekruttering til heroinbrug og intravenøst stofbrug — mere positivt ud, end det gjorde i begyndelsen af 1990'erne i EU-15-medlemsstaterne. Der er tegn på, at situationen nu er forholdsvis stabil i mange lande, og det ser endog ud til, at brugerne bliver ældre, hvilket måske afspejler en reduceret forekomst. I nogle af de nye medlemsstater, hvor heroinproblemerne i nyere tid er blevet stadig større, er injektion imidlertid fortsat den mest almindelige indtagelsesmåde, og det er vanskeligt at fortolke de aktuelle tendenser med hensyn til heroinbrug på grundlag af de foreliggende data.

Bruget af kokain og andre stimulanser — Ingen grund til at stille sig tilfreds

Europa er fortsat et vigtigt marked for stimulerende stoffer, og det fremgår af indikatorer, at for Europa som helhed er tendensen med hensyn til amfetamin-, ecstasy- og kokainbrug fortsat stigende. Ecstasy har i mange henseender overhalet amfetaminer som Europas andet mest anvendte stof efter cannabis. I Det Forenede Kongerige, som siden 1990'erne i de fleste henseender

har haft den højeste prævalens for ecstasy- og amfetaminbrug, viser nyere resultater af både generelle befolkningsundersøgelser og skoleundersøgelser, at prævalensen for brugen af begge stoffer kan være faldende, forholdsvis drastisk med hensyn til amfetaminer og i mere begrænset omfang med hensyn til ecstasy. Alligevel er prævalensen i Det Forenede Kongerige fortsat forholdsvis høj i forhold til andre lande, selv om forskellen nu er mindre markant, da en række lande nu rapporterer om en lignende prævalens, på linje med det billede, der er beskrevet ovenfor med hensyn til cannabis.

Udbredelsen af kokainbruget varierer meget i Europa, men igen synes der generelt at være en stigende tendens. Det fremgår af undersøgelsesdata, at kokainbruget navnlig steg betydeligt i Spanien og Det Forenede Kongerige i slutningen af 1990'erne, og for nylig har der været yderligere, om end mindre, stigninger. I begge disse lande overstiger skønnene over nyligt brug af kokain blandt unge voksne nu skønnene med hensyn til ecstasy og amfetamin.

Det er vanskeligt at kvantificere de folkesundhedsmæssige følger af brugen af stimulanser i Europa, selv om alt tyder på, at vi ikke har grund til at stille os tilfredse med de nuværende forbrugsmønstre. Der er en stigende efterspørgsel efter kokainrelaterede behandlinger. Selv om der er store udsving fra land til land, tegner kokain sig for ca. 10 % af alle behandlingsanmodninger i Europa som helhed. Bruget af crackkokain, en form af stoffet, som navnlig er forbundet med sundhedsmæssige og andre problemer, er fortsat begrænset i Europa. Indberetninger om brug af crackkokain er generelt begrænset til nogle få større byer, men inden for de lokalsamfund, hvor dette stof bruges, kan de dermed forbundne skader være betydelige. En række praktiske og metodemæssige problemstillinger gør det vanskeligt at vurdere antallet af stimulationsrelaterede dødsfald i Europa. Antallet af stimulationsrelaterede dødsfald er ganske vist lille i forhold til det indberettede antal opiatrelaterede dødsfald, men kan være stigende og er formentlig underrapporteret. Selv om dataene på nuværende tidspunkt er meget begrænsede, har en række lande anført, at kokain spiller en afgørende rolle i ca. 10 % af alle narkotikarelaterede dødsfald. Ecstasyrelaterede dødsfald er fortsat sjældne i de fleste EU-lande, selv om indberetningsprocedurerne kunne forbedres.

Vending af tendensen på verdensplan — Intet tegn på betydelige metamfetaminproblemer i Europa

Metamfetamin er et stof, som er kendt for navnlig at være forbundet med sundhedsproblemer og sociale problemer. På verdensplan er der betydelig bekymring over stigende metamfetaminproblemer, og prævalensen for brugen heraf

synes at være høj eller stigende i USA, Australien, dele af Afrika og en stor del af Sydøstasien. Hidtil har brugen af metamfetamin i Europa stort set været begrænset til Tjekkiet, som i mange år har haft problemer med dette stof. Andre steder i Europa er der kun sporadiske indberetninger om, at metamfetamin er tilgængelig, idet der er rapporteret om beslaglæggelser og undertiden har været omtaler af import fra Tjekkiet til nabolandene. Da mange europæiske lande har stærke forbindelser til dele af verden, hvor der er metamfetaminproblemer, og i betragtning af, at det europæiske marked for stimulanser er stigende, kan det imidlertid ikke udelukkes, at metamfetaminbruget kan brede sig, og dette er således fortsat et område, der kræver stor agtpågivenhed.

Udvidelse og udvikling af tilbud til personer med stofproblemer

Tilbud til personer med stofproblemer kan gøre en positiv forskel både for de enkelte stofbrugere og de lokalsamfund, de bor i. Denne omstændighed anerkendes som led i mange nationale narkotikapolitikker, og både i EU's gamle og nye narkotikahandlingsplan findes en forpligtelse til at udvide tilbuddene til personer med stofproblemer. Selv om det er vanskeligt at foretage en omfattende kortlægning af, hvilke tilbud der findes til personer med stofproblemer i Europa, tyder mange indikatorer stærkt på, at både behandlingstjenesterne og visse former for skadesreduktionstjenester er blevet øget betydeligt. Når det er sagt, varierer karakteren og omfanget af de forskellige typer tilbud betydeligt fra land til land. Et område, hvor tilbuddene klart er blevet udvidet i den seneste tiårsperiode, er substitutionsbehandling for opioidbrugere, navnlig i landene med en forholdsvis høj udbredelse af intravenøst heroinbrug. Metadon tegner sig for knap 80 % af substitutionsbehandlingen i Europa, og over 90 % af substitutionsbehandlingen varetages af specialiserede enheder, men buprenorphin er blevet stadig mere populær som en farmakologisk behandlingsmulighed og tegner sig for ca. 20 % af substitutionsbehandlingen i Europa. (Flere oplysninger om brugen af dette stof findes i det udvalgte tema om buprenorphin, der følger med denne beretning.) Det skønnes på nuværende tidspunkt, at over 500 000 personer er i substitutionsbehandling i Europa, dvs. at mellem en fjerdedel og halvdelen af personerne med opiatproblemer kan være omfattet af substitutionsbehandling.

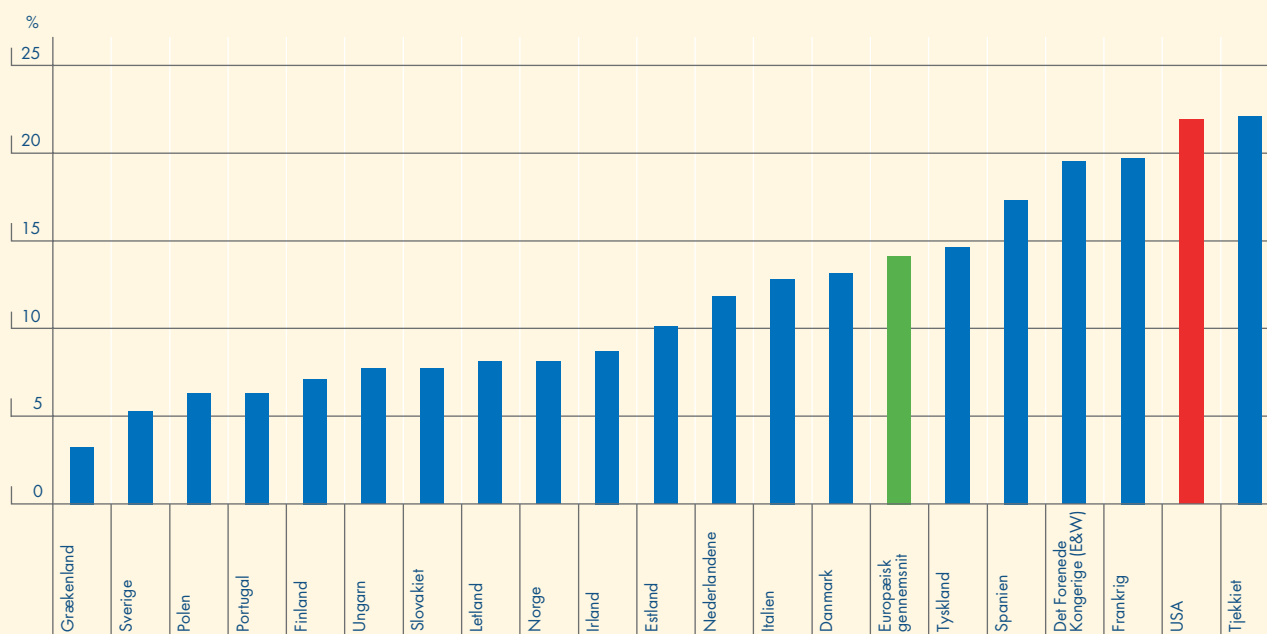
Substitutionsbehandling er ikke den eneste mulighed for personer med opiatproblemer, men dataene om andre terapeutiske tiltag er ikke tilstrækkelige til, at der kan foretages pålidelige skøn over udbuddet heraf på EU-plan.

Stofbrug er stadig mindre udbredt i Europa end i USA, men i nogle områder ligger skønnene over udbredelsen nu på samme niveau

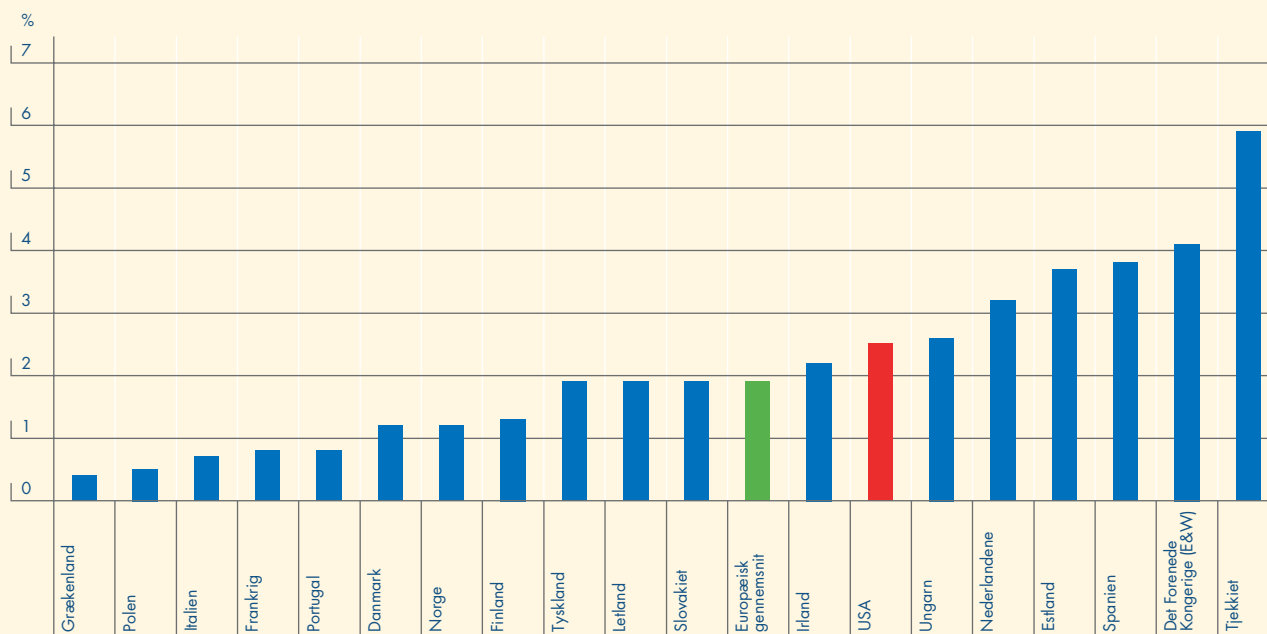
Bruget af stoffer har traditionelt været betydeligt mere udbredt i USA end i de europæiske lande. Dette er i vidt omfang stadig tilfældet i dag, selv om det fremgår af en sammenligning af data om nyligt brug (sidste års prævalens), at bruget af cannabis, ecstasy og kokain blandt unge voksne i nogle få europæiske lande nu ligger på niveau med bruget i USA (se figur nedenfor). Og med hensyn til nyligt brug af ecstasy blandt unge voksne ligger skønnene i USA under skønnene i mange europæiske lande, hvilket måske afspejler den stærke europæiske forbindelse i den historiske udvikling af bruget af dette stof. Generelt er gennemsnittet for befolkningen i Europa imidlertid fortsat lavere end gennemsnittet for USA i alle henseender. I mange europæiske lande indtrådte den almindelige udbredelse af stofbrug senere end i USA, og dette afspejles muligvis i de højere skøn over langtidsprævalensen i USA (se figur 1, 2 og 3 i *Statistical bulletin 2005*), hvilket i en vis udstrækning kan betragtes som kumulative indikatorer for prævalensen over tid.

Sidste års prævalens for brug af cannabis, ecstasy og kokain blandt unge voksne (15-34 år) i Europa og USA

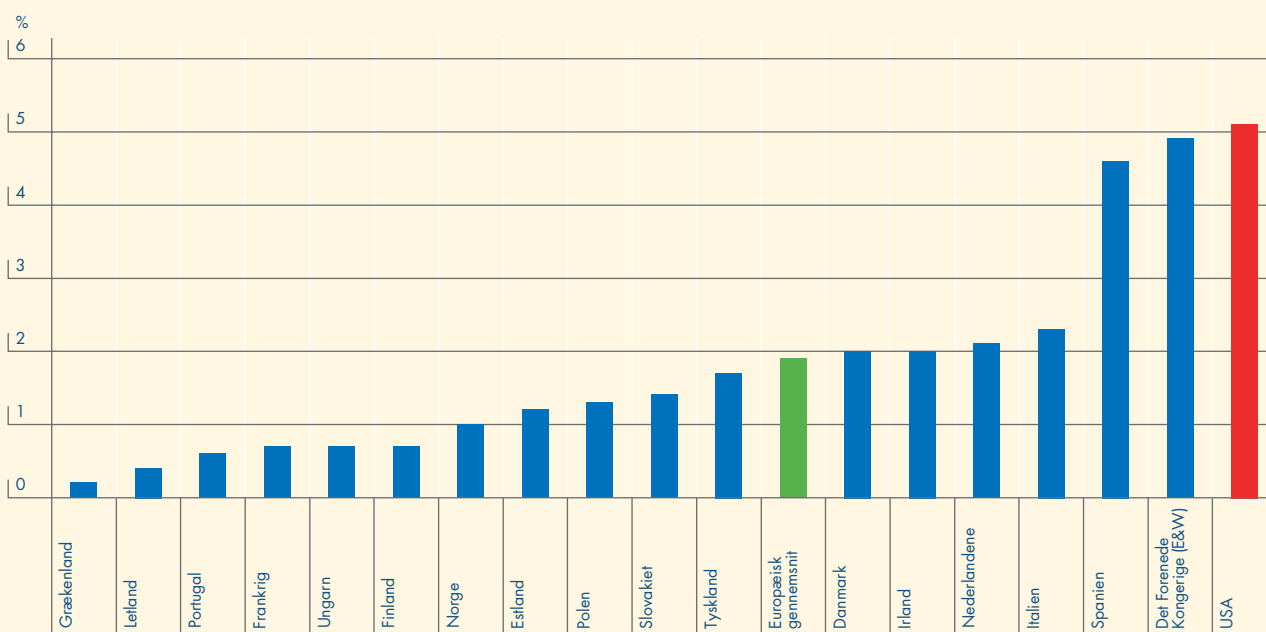
Nyligt brug (sidste års prævalens) af cannabis blandt unge voksne (15-34 år)



Nyligt brug (sidste års prævalens) af ecstasy blandt unge voksne (15-34 år)



Nyligt brug (sidste års prævalens) af kokain blandt unge voksne (15-34 år)



NB: I USA blev undersøgelsen foretaget i 2003 i aldersgruppen 16-34 år. Nye beregninger på grundlag af de oprindelige oplysninger. I de europæiske lande blev de fleste undersøgelser (17 af 19) gennemført mellem 2001 og 2004, og den almindelige aldersinddeling er 15-34 år (i en række lande fra 16 eller 18 år).

Den gennemsnitlige prævalens i Europa er beregnet som gennemsnittet af de nationale prævalenstal vægtet med antal indbyggere i alderen 15-34 år i hvert land (2001, oplysninger hentet fra Eurostat).

Kilder: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug Use and Health, 2003 (<http://www.samhsa.gov>) og (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). De europæiske lande: tabel GPS-11 i EONN's *Statistical bulletin 2005*. Baseret på nationale Reitox-rapporter (2004).

Der er gjort betydelige fremskridt med hensyn til at udvikle behandlingsmodeller for personer med opiatproblemer, og evidensgrundlaget for at kunne vurdere effektiviteten på dette område er forholdsvis stærkt. Dette er ikke tilfældet med hensyn til brugere af andre stoftyper, som i stigende antal påbegynder behandling i europæiske behandlingstjenester. Der er langt mindre enighed om, hvilke behandlingsmuligheder der er mest hensigtsmæssige i forbindelse med personer, der søger hjælp til f.eks. stimulans- eller cannabisproblemer, og det bliver formentlig en stadig større udfordring at udvikle effektive behandlingstilbud til denne form for klienter.

Stofbrug, hiv-infektion og aids — Øget adgang til tilbud kan påvirke de generelle tendenser

Udvidelsen af behandlingstilbuddene er ikke det eneste område, hvor tilbuddene til problematiske stofbrugere er blevet forbedret. Nåle- og sprøjtebytteprogrammer, som giver intravenøse stofbrugere adgang til sterilt udstyr, findes nu i stort set alle EU-medlemsstater, og i de fleste lande har tendensen på mellemlang sigt været at udvide både aktiviteterens omfang og deres geografiske dækning. I nogle medlemsstater spiller apoteker også en vigtig rolle med hensyn til at udvide dækningen af denne form for programmer. Specialiserede programmer er ofte integreret

i bredere tilbud til personer med stofproblemer, navnlig lavtærskeltjenester, og betragtes som sådan ofte som en mulighed for at komme i kontakt med aktive stofbrugere og i givet fald fungere som en kanal til behandling og andre tjenester.

Forekomsten af aids som følge af intravenøst stofbrug har generelt været faldende i nogen tid. Heteroseksuel kontakt har nu overhalet intravenøst stofbrug som den højeste risikofaktor for udvikling af aids i Europa. Dette kan tilskrives den øgede adgang til højaktiv antiretroviral behandling (HAART) siden 1996, den øgede behandlings- og skadesreduktionsindsats samt faldet i antallet af intravenøse stofbrugere i de lande, hvor udbredelsen er størst. Det fremgår af skøn fra WHO, at i de fleste europæiske lande har over 75 % af de personer, der har behov for HAART, adgang hertil. Dækningsgraden vurderes imidlertid som ringe i en række baltiske lande, og dette kan afspejles i en stigning i antallet af nye aids-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere i det mindste i nogle lande i dette område. På et tidspunkt steg antallet af nye tilfælde af hiv-infektion også drastisk i en række baltiske lande, men nylige tal er faldet lige så drastisk, formentlig fordi forekomsten har nået et mætningspunkt i højrisikogrupperne; desuden kan en udvidelse af tilbuddene have en virkning på nogle områder.

Blandt hovedparten af de øvrige nye EU-medlemsstater er hiv-prævalensen fortsat lav, og det samme gør sig gældende i mange af EU-15-medlemsstaterne. I de EU-lande, hvor der traditionelt har været en høj hiv-prævalens blandt intravenøse stofbrugere, har der været tale om et betydeligt fald og derpå en stabilisering. Dette betyder ikke, at disse problemer er forsvundet: Trods metodemæssige vanskeligheder, som gør det vanskeligt at fortolke tendenserne på nationalt plan, fremgår det af en række nylige undersøgelser, at der har været tale om ny smitteoverførsel blandt visse delpopulationer af intravenøse stofbrugere, hvilket understreger behovet for en fortsat agtpågivenhed.

Samlede indberetninger om retlige sanktioner for besiddelse eller brug af stoffer

Der mangler i vidt omfang sammenlignelige data på europæisk plan om de fleste aspekter af forholdet mellem narkotika og kriminalitet. Den vigtigste undtagelse er narkotikalovovertrædelser, som er registrerede overtrædelser af narkotikalovgivningen. Selv om sammenligninger mellem landene skal foretages med forsigtighed, ser det ud til, at antallet af narkotikalovovertrædelser steg i mange EU-lande mellem slutningen af 1990'erne og 2003. Stigningerne var især markante i nogle af de nye medlemsstater. I de fleste lande vedrørte hovedparten af indberetningerne besiddelse eller brug af stoffer. I de fleste medlemsstater var cannabis involveret i hovedparten af lovovertrædelserne, og siden 1998 er andelen af cannabisrelaterede overtrædelser enten steget eller har været stabil i de fleste lande. I modsætning hertil er andelen af heroinrelaterede overtrædelser faldet i mange lande.

I mange europæiske lande er der stigende bekymring over de videre følger af stofbruget for de lokalsamfund, hvori det optræder. Problemstillinger med hensyn til offentlig sikkerhed og unges eksponering for stoffer er blandt de mere almindelige bekymringer, der kan grupperes under

overskriften »Narkotikarelateret forstyrrelse af den offentlige orden« — dette emne behandles udførligt i den del af årsberetningen, der indeholder udvalgte temaer, og i forlængelse af strafferetstemaet er der et udvalgt tema med en gennemgang af de strategier, der findes med hensyn til at underkaste personer med stofproblemer behandling i stedet for frihedsberøvende straf (»Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU« (Alternativer til fængsling: målretning af indsatsen over for lovovertrædere blandt problematiske stofbrugere i EU), som følger med denne beretning).

Udviklingen inden for narkotikapolitikkerne — Visse fælles elementer gør sig gældende, men med samtidig respekt for nationale forskelle

Som det klart vil fremgå af en læsning af denne beretning, er der i Europa som helhed betydelige forskelle mellem medlemsstaterne med hensyn til såvel de narkotika-problemer, de står over for, som politikkerne og omfanget og karakteren af indsatsen. På trods heraf er der en række fælles elementer i narkotikasituationen i de fleste lande. På politisk plan giver medlemsstaterne udtryk for et generelt politisk engagement i at udvikle en afbalanceret og evidensbaseret tilgang i overensstemmelse med internationale forpligtelser, og selv om det anerkendes, at narkotikapolitikkerne fortsat er et nationalt ansvar, søger de også at udnytte fordelene ved et øget samarbejde på europæisk plan. Disse bestræbelser kommer til udtryk i EU's narkotikastrategi og handlingsplaner. Selv om EU's narkotikastrategi og handlingsplan for 2000-2004 ikke har nået alle de ambitiøse mål, der var opstillet, er den udtryk for en vigtig udvikling i den måde, hvorpå medlemsstaterne, EU-institutionerne og de specialiserede agenturer kan samarbejde med henblik på at koordinere og vurdere, hvilke fremskridt der er gjort på narkotikaområdet. EU's nye narkotikastrategi for 2005-2012 søger at fremme denne proces.



Kapitel 1

Den seneste udvikling i politikker og lovgivninger

Indledning

Udviklingen inden for narkotikapolitikkerne i EU-medlemsstaterne er uvægerlig uensartet, hvilket afspejler de mange forskellige tiltag på nationalt og europæisk plan. Dette udelukker imidlertid ikke fællestræk, som bør analyseres.

I indberetningsperioden omfatter disse frem for alt den måde, hvorpå narkotikastrategierne evalueres i de forskellige medlemsstater. Gennemførelsen af nationale narkotikastrategier evalueres i en række EU-lande. Selv om det endnu ikke er muligt at sige noget om, hvilke konsekvenser evalueringen vil få for narkotikapolitikken som helhed, har evalueringen allerede givet nogle lovende resultater: Vi har nu en større forståelse af succeser og fiaskoer, og i nogle tilfælde er evalueringen resulteret i, at der er blevet afsat flere ressourcer, således at strategiske mål, der ikke var nået, kan nås. Endvidere udgør evalueringen af EU's narkotikastrategi og handlingsplan for 2000-2004 det første resultat af en vigtig proces, hvor medlemsstater, EU-institutioner og specialiserede agenturer samarbejder med henblik på at vurdere, hvilke fremskridt der er gjort på narkotikaområdet. Andre eksempler på udviklingen inden for narkotikapolitikkerne i indberetningsperioden er, at man i nogle lande har nedsat straffen for stofbrug og indført strengere straffe for ulovlig narkotikahandel og narkotikarelaterede lovovertrædelser, der udgør en trussel mod mindreårige.

En strategi for narkotikapolitikken i Den Europæiske Union

EU's narkotikastrategi for 2005-2012, som blev vedtaget af Det Europæiske Råd i december 2004, tager hensyn til resultaterne af den endelige evaluering af fremskridtene i den foregående periode (2000-2004). Dens formål er at tilføjede de nationale strategier en større nyttevirkning, samtidig med at de traktatfæstede subsidiaritets- og proportionalitetsprincipper respekteres. Den fastsætter følgende to generelle mål for EU på narkotikaområdet:

- at opretholde et højt niveau inden for sundhedsbeskyttelse, trivsel og social samhørighed ved

at supplere medlemsstaternes foranstaltninger til forebyggelse og begrænsning af brug af narkotika, afhængighed og narkotikarelaterede skader på helbredet og for samfundet

- at sikre et højt sikkerhedsniveau for den brede befolkning ved at gribe ind over for narkotikafremstilling og ulovlig grænseoverskridende handel med narkotika samt ved at sætte kraftigere ind for at forebygge narkotikarelateret kriminalitet gennem et effektivt samarbejde mellem medlemsstaterne.

Disse to mål dækker de seks prioriterede områder i EU's narkotikastrategi for 2000-2004. Grundlaget for den nye strategi er fortsat den overordnede, tværfaglige og afbalancerede tilgang, som kombinerer foranstaltninger til begrænsning af både efterspørgsel og udbud. Strategien er koncentreret om disse to politikområder og om to tværgående temaer — »internationalt samarbejde« og »information, forskning og evaluering« — og om »koordinering«.

I februar 2005 fremlagde Europa-Kommissionen en meddelelse om EU's narkotikahandlingsplan for perioden 2005-2008 for Europa-Parlamentet og Det Europæiske Råd. EONN og Europol blev hørt i forbindelse med udarbejdelsen af denne handlingsplan. Kommissionen gennemførte ligeledes en høring af civilsamfundet. Handlingsplanen, som tager hensyn til resultaterne af evalueringen af den tidligere plan, er udformet på en sådan måde, at det for hver foranstaltning klart fremgår, hvilke aktører der er involveret, og hvilke evalueringsredskaber og -indikatorer samt frister for gennemførelsen der er indført. Dette skulle gøre den efterfølgende overvågning af foranstaltningerne lettere og fastlægge mere effektive retningslinjer med hensyn til gennemførelsen af planen. Kommissionen vil hvert år udarbejde en situationsrapport i forbindelse med handlingsplanen samt foretage en konsekvensanalyse, inden den foreslår en plan for 2009-2012.

De fleste medlemsstater har fulgt EU's eksempel og har vedtaget nationale narkotikastrategier. Af de 29 lande, der indgår i denne beretning, er den nationale narkotikapolitik i 26 af disse lande baseret på en national

plan, strategi eller et lignende dokument. Hvad angår de øvrige lande, blev den nationale plan i Italien godkendt af det nationale udvalg for koordinering af narkotikabekæmpelsesaktiviteter i marts 2003 og er under behandling i regioner og autonome provinser; Malta og Østrig oplyste, at der på tidspunktet for rapportens udarbejdelse var iværksat procedurer med henblik på at udarbejde og vedtage en national narkotikastrategi ⁽¹⁾.

I syv EU-lande er der vedtaget nye nationale narkotikastrategier (se tabel 1). Princippet om, at narkotikapolitikkerne bør være overordnede og tværfaglige, synes at være accepteret i alle de nationale narkotikastrategier i medlemsstaterne i overensstemmelse med EU's narkotikastrategi. Der kan imidlertid være grundlæggende forskelle mellem indholdet af de forskellige landes nationale strategier, f.eks. med hensyn til gennemførelsen af tiltagene, som kan variere trods brug af samme terminologi, evalueringens rolle i strategierne, hvis betydning kan strække sig fra vigtig til underordnet, og endog med hensyn til vedtagelsen eller den manglende vedtagelse af vigtige politikker som f.eks. skadesreduktion. Blandt de 26 politik- eller strategidokumenter, der er undersøgt ⁽²⁾, synes skadesreduktion således at være det spørgsmål, hvor der er de største forskelle: Det har en

fremtrædende placering i 12, indgår i behandlingen af andre emner i 9 og er ikke nævnt i 5 dokumenter.

Evaluering af narkotikastrategier giver de første resultater

EU's narkotikastrategi (2000-2004) blev evalueret i indberetningsperioden. På mødet den 25.-26. oktober 2004 behandlede Rådet (retlige og indre anliggender) Kommissionens rapport om denne slutevaluering ⁽³⁾. Formålet med slutevalueringen var at fastslå, hvorvidt handlingsplanen nåede narkotikastrategiens mål, og fastlægge såvel narkotikastrategiens som handlingsplanens virkninger for narkotikasituationen i EU. Den bidrog ligeledes til den debat, der førte til vedtagelsen ⁽⁴⁾ af en ny narkotikastrategi. Kommissionen blev i forbindelse med evalueringen bistået af en styringsgruppe (bestående af repræsentanter for Kommissionen, de fire medlemsstater, der havde formandskabet i 2003-2004, EONN og Europa). Manglen på nøjagtige og kvantificerbare praktiske målsætninger vanskeliggjorde i alvorlig grad denne opgave.

Meddelelsen om slutevalueringen og bilagene hertil ⁽⁵⁾ fremhævede de vigtigste resultater på narkotikaområdet

Tabel 1: Nye nationale narkotikastrategier

Land	Titel	Tidsplan eller tidspunkt for vedtagelse	Mål	Kvantificerbare mål	Resultatindikatorer	Ansvar for gennemførelse	Budget til gennemførelse
Estland	National strategi vedrørende forebyggelse af narkotikaafhængighed	2004-12	✓	✓	✓	n.a.	n.a.
Estland	Målorienteret handlingsplan som led i strategien	2004-08	✓	✓	✓	✓	✓
Frankrig	Handlingsplan mod illegale stoffer, tobak og alkohol	2004-08	✓	✓	✓	n.a.	✓
Cypern	National narkotikastrategi	2004-08	✓	n.a.	n.a.	n.a.	✓ ⁽⁶⁾
Litauen ⁽¹⁾	Strategi om nationalt program vedrørende forebyggelse af narkotikaafhængighed	2004-08	✓	n.a.	✓	✓	✓
Luxembourg	Strategi og handlingsplan vedrørende narkotika og narkotikaafhængighed	2005-09	✓	✓ ⁽²⁾	✓	✓	✓
Slovenien ⁽¹⁾	Resolution om det nationale program på narkotikaområdet	2004-09	✓	n.a.	n.a.	✓	✓
Finland	Narkotikapolitisk handlingsprogram	2004-07	✓	n.a.	n.a.	✓	n.a.

NB: n.a. = ingen tilgængelige data.

⁽¹⁾ Oplysninger stillet til rådighed af personale hos de nationale knudepunkter.

⁽²⁾ Kvantificerbare mål i Luxembourgs strategi ikke oplyst med hensyn til udbudsreduktion.

⁽³⁾ I Cyperns strategi bemærkes det, at der med henblik på at nå strategiens mål vil blive stillet økonomiske og menneskelige ressourcer til rådighed — ingen talspecifikationer i teksten.

⁽¹⁾ Flere oplysninger og definitioner findes på EONN's websted (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360>).

⁽²⁾ Der foreligger ingen oplysninger om dette emne med hensyn til Malta, Slovakiet og Tyrkiet.

⁽³⁾ KOM(2004) 707 endelig.

⁽⁴⁾ Det Europæiske Råd (16.-17.12.2004) — konklusioner.

⁽⁵⁾ Heriblandt EONN-Europols statistiske »snapshot« (1999-2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int>).

på nationalt og EU-plan og de områder, hvor der er behov for yderligere fremskridt. Det blev understreget heri, at der var gjort fremskridt med hensyn til at reducere forekomsten af narkotikarelaterede sundhedsproblemer (herunder hiv-smitte, hepatitis) og antallet af narkotikarelaterede dødsfald (mål 2 i EU's narkotikastrategi) og navnlig med hensyn til at forbedre adgangen til behandling (mål 3). Med hensyn til mål 1, der går ud på at formindske narkotikamisbruget, blev der ikke registreret væsentlige fremskridt. Der blev heller ikke registreret et fald i tilgængeligheden af narkotika (mål 4). Samtidig syntes mål 4 og 5 tilsammen at være en katalysator for en række EU-initiativer, der har styrket retshåndhævelsen i forbindelse med narkotikahandel og -leverancer. I den periode, hvor planen blev gennemført, er der taget en række vigtige initiativer til bekæmpelse af hvidvaskning af penge (mål 6.1) og bekæmpelse af ulovlig anvendelse af prækursorer (mål 6.2), navnlig gennem ændringen af EU's lovgivning om kontrol med handelen med prækursorer.

Meddelelsen understregede også behovet for at fremme forskningen, f.eks. inden for biomedicinske, psykosociale og andre årsager til narkotikamisbrug og -afhængighed, navnlig på områder, hvor oplysningerne stadig er begrænsede (f.eks. langtidsbrug af cannabis eller syntetisk narkotika). Behovet for regelmæssige høringer af det civile samfund om fastlæggelsen af EU's narkotikapolitik blev fremhævet. Kommissionen anbefalede ligeledes, at EU's strategi blev udvidet fra 5 til 8 år, således at den i denne periode dækker gennemførelsen af to på hinanden følgende EU-handlingsplaner for at muliggøre en fuld gennemførelse og finjustering af initiativerne med henblik på opfyldelse af strategiens mål.

Det er værd at kommentere en række evalueringer, der er foretaget på nationalt plan i indberetningsperioden. Af særlig interesse er evalueringer, der er gennemført af lande, som har en mere »struktureret« tilgang til deres nationale narkotikastrategi, hvis elementer kan sammenfattes som en formel opstilling af målsætninger, fastsættelse og kvantificering af mål, udpegning af den myndighed, der er ansvarlig for gennemførelsen, og præcisering af fristen for opfyldelsen af målsætningerne. Denne tilgang gør det lettere for landene at fastslå, hvilke opgaver der er blevet løst, og identificere problematiske aspekter, således at indsatsen sættes ind de steder, hvor der er behov herfor.

Eksempler på en sådan tilgang findes i forbindelse med strategierne i Tjekkiet, Irland, Luxembourg, Polen og Portugal, hvor evalueringen af de nationale narkotikastrategier viste, eller potentielt kan vise, hvilke

aktioner der er gennemført, og hvilke opgaver der ikke er fuldført, og hvor der stadig skal gøres en indsats. Et eksempel på, hvordan en struktureret tilgang kan være en hjælp ved evalueringen af, hvilke fremskridt der er gjort, findes i forbindelse med evalueringen i 2004 af Portugals nationale narkotikastrategi. Eksterne evaluatorene konkluderede, at der var gjort fremskridt, og at man havde opnået ca. 30 af hovedmålene i Portugals handlingsplan, heraf 8 fuldt ud og 10 delvist; på grund af manglende oplysninger var det imidlertid vanskeligt at evaluere andre mål, og 5 mål blev anset for ikke at være opnået. I Tyskland er der nedsat et styringsudvalg (Det Nationale Råd for Narkotikamisbrug), som skal følge gennemførelsen af handlingsplanen fra 2003 og overvåge resultatet.

Vedtagelsen af en national narkotikastrategi eller evalueringen af en tidligere strategis succes er i nogle lande resulteret i, at bevillingerne på narkotikaområdet er blevet øget. I f.eks. Grækenland har der været en jævn stigning i udgifterne til sundhedsrelaterede tjenester, i Ungarn er der mobiliseret midler til at finansiere de elementer i strategien, der endnu ikke er blevet gennemført, og i Luxembourg blev Sundhedsministeriets budget på narkotikaområdet øget fra ca. 1 mio. EUR i 1999 til næsten 6 mio. EUR i 2004. I alle medlemsstater tegner de narkotikarelaterede offentlige udgifter sig imidlertid kun for en lille del af de samlede udgifter (mellem 0,1 og 0,3 %). Dette kan til dels forklare den iagttagelse, at der i EU ikke er nogen direkte forbindelse mellem økonomisk vækst og hermed forbundne ændringer af det almindelige budget og ændringer af omfanget af offentlige udgifter på narkotikaområdet.

I mange EU-lande tegnede udgifterne til udbudsbegrænsende aktiviteter sig fortsat for hovedparten af de offentlige udgifter (skønsmæssigt 68-75 % af de samlede narkotikarelaterede udgifter) ⁽⁶⁾. I nogle få lande, herunder Malta og Luxembourg, var udgifterne til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter imidlertid tilsyneladende højere end udgifterne til udbudsbegrænsning (udgifterne til efterspørgselsbegrænsende aktiviteter tegnede sig for henholdsvis 66 og 59 % af de samlede udgifter på narkotikaområdet). Det er dog ikke klart, om de rapporterede forskelle i budgetbevillingerne udgør en grundlæggende forskel i de politiske prioriteringer eller er udtryk for en skævhed i dataindsamlingen.

De manglende oplysninger om direkte narkotikarelaterede offentlige udgifter er fortsat et problem. Der er dog tegn på, at der foruden en stigende akademisk interesse på dette område ⁽⁷⁾ også er et stigende politisk engagement

⁽⁶⁾ Se det udvalgte tema »Offentlige udgifter til efterspørgselsbegrænsende initiativer« i EONN's årsberetning for 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/da/page077-da.html>).

⁽⁷⁾ I Belgien, Spanien, Frankrig, Luxembourg, Nederlandene, Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige — nærmere henvisninger findes på EONN's websted (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

i at identificere og beskrive narkotikarelaterede offentlige udgifter, således at de nationale udgifter på narkotikaområdet kan indgå som et centralt element i cost-benefit-evalueringerne. Sammen med Reitox-netværket og Europa-Kommissionen er EONN i gang med at udvikle en metode, som vil muliggøre konsistente og troværdige skøn over narkotikarelaterede offentlige udgifter i EU, som krævet i EU's handlingsplan fra 2005.

Denne første evalueringsproces på nationalt og europæisk plan udgør en værdifuld feedbackmekanisme, hvor beslutningstagerne kan få oplysninger om, i hvilken udstrækning deres beslutninger er blevet gennemført, og hvilke udgifter der har været forbundet hermed, og derved få mulighed for at forstærke indsatsen på de områder, hvor der er registreret problemer, eller vurderingen har givet ugunstige resultater. Selv om der endnu ikke foreligger klare beviser for de nationale narkotikastrategiers virkninger på narkotikaspørgsmålet generelt (EONN, 2004a), er metoden med »pointtælling« et positivt tegn og vil forhåbentlig udløse en generel tendens i Europa til at foretage en detaljeret vurdering af hver enkelt national narkotikastrategi.

Debatter i nationale parlamenter og medier

Den omstændighed, at narkotikaspørgsmålet giver anledning til samfundsmæssig bekymring, afspejles både i medierne og i parlamentsdebatter. I indberetningsperioden var ifølge de oplysninger, der blev givet i de nationale Reitox-rapporter, de hyppigst forekommende emner i forbindelse med parlamentsdebatter »skadesreduktion« eller »tiltag, der falder ind under denne kategori«, »cannabisbrug« og »narkotikarelateret kriminalitet og hermed forbundne ændringer af narkotikalovgivningen«.

Fordelene og ulemperne ved substitutionsbehandlinger og skadesreduktionstiltag i forhold til stoffri metoder var genstand for livlige debatter i parlamenterne i Tjekkiet, Estland, Frankrig, Irland og Norge. Genstand for en ophedet politisk debat var bl.a. forslaget om at gøre sprøjtebytteprogrammet permanent i Sverige, selv om det ville ske under strengt kontrollerede forhold, og den midlertidige etablering af sprøjterum i Norge (se det udvalgte tema om nationale lovgivninger og forstyrrelse af den offentlige orden).

Cannabis var fortsat et væsentligt emne, navnlig i Tyskland, hvor debatten hovedsageligt var koncentreret om

unges brug af cannabis, og i Luxembourg og Portugal, hvor der har været forslag om, at cannabis skal kunne fås på lægerecept. Bruget af cannabis, eller mere generelt stofbruget på skoler og blandt unge, blev udførligt omtalt i medierne i Belgien, Tjekkiet, Tyskland, Cypern, Luxembourg og Østrig. I Nederlandene var det den registrerede øgede koncentration af tetrahydrocannabinol (THC) i lokalt dyrket cannabis (»nederwiet«) og de mulige sundhedsmæssige følger af meget potent cannabis, der tiltrak mediernes opmærksomhed. I Polen var cannabis det stof, der fik den største medieomtale, idet det tegnede sig for 865 ud af i alt ca. 2 500 omtaler af narkotika. Forslag til legalisering heraf blev fremsat i Belgien, Danmark og i en række byråd i Nederlandene (med henblik på at løse »bagdørsproblemet«⁽⁸⁾), hvilket fremkaldte en stærk, offentlig modstand fra de fleste parlamentsmedlemmer og regeringsministre.

Udsigten til ændringer af narkotikalovgivningen tiltrak mediernes opmærksomhed og fremkaldte en offentlig debat i Frankrig og Italien. I Frankrig blev et forslag om at erstatte fængselsstraffe for stofbrug med bøder opgivet på grund af betænkeligheder med hensyn til, at en sådan ændring ville blive »fortolket som et tegn på, at narkotika ikke er særlig farlige«, og føre til »en ny stigning i bruget og brug i en tidligere alder«⁽⁹⁾. I Italien gav den energiske debat i parlamentet om ændringer af loven fra 1990 genlyd i medierne, og en differentiering af sanktionerne for besiddelse af narkotika skabte mediemæssig og politisk opmærksomhed i Tjekkiet.

Ad hoc-forskning med sigte på at analysere mediebudskaber er blevet gennemført i Tjekkiet, Grækenland, Luxembourg, Polen og Portugal, og nationale mediekampanjer målrettet mod navnlig unge er blevet udviklet i Belgien⁽¹⁰⁾, Polen og Det Forenede Kongerige⁽¹¹⁾.

Den seneste udvikling inden for EU-programmer og -lovgivning

Vigtige EU-initiativer på narkotikaområdet i indberetningsperioden blev taget inden for folkesundhed, ulovlig narkotikahandel samt kontrol med prækursorer og syntetiske stoffer.

Folkesundhed

På europæisk plan indgår narkotikaforebyggelse blandt sundhedsdeterminanterne i folkesundhedsprogrammet⁽¹²⁾. Arbejdsplanen for 2004 som led i dette program var

⁽⁸⁾ »Coffee shops« må ligge inde med indtil 500 g cannabis med henblik på salg, men de kan kun få fat på det gennem illegale markeder. Dette er det såkaldte »bagdørsproblem«.

⁽⁹⁾ MILDT (2004), s. 43, citeret i Frankrigs nationale rapport.

⁽¹⁰⁾ <http://www.partywise.be>

⁽¹¹⁾ »Talk to Frank«-kampagnen om risiciene ved cannabisbrug (<http://www.talktofrank.com>).

⁽¹²⁾ Europa-Parlamentets og Rådets afgørelse nr. 1786/2002/EF af 23.9.2002 om vedtagelse af et program for Fællesskabets indsats inden for folkesundhed (2003-2008) — erklæring fra Kommissionen (EFT L 271 af 9.10.2002, s. 1-12).

fokuseret på Rådets henstilling af 18. juni 2003 og udviklingen, i samarbejde med EONN, af et passende grundlag for en oversigt over aktiviteter i EU. Kommissionen opfordrede aktører til at fremsende forslag vedrørende en livsstilsbaseret tilgang, som behandler misbrug af alle stoffer, som er potentielt vanedannende, navnlig på forlystelsessteder (f.eks. natklubber) og i fængsler. Den var navnlig interesseret i udvikling af bedste praksis og forbedring af kommunikationen og informationsspredning under anvendelse af moderne teknikker. Kommissionen udvalgte i 2004 fire projekter, som tog sigte på at forhindre risikobetonet adfærd, samordne international viden om de biomedicinske bivirkninger af doping, styrke overførslen af viden om initiativer til bekæmpelse af stofbrug og give de nye medlemsstater adgang til en eksisterende webressource med oplysninger om legale og illegale stoffer.

Ulovlig narkotikahandel

I 2004 blev der på EU-plan vedtaget en række foranstaltninger til bekæmpelse af ulovlig narkotikahandel. Rådets rammeafgørelse 2004/757/RIA af 25. oktober 2004 fastsatte mindsteregler for gerningsindholdet i straffbare handlinger i forbindelse med ulovlig narkotikahandel og straffene herfor⁽¹³⁾ og er et vigtigt middel til bekæmpelse af den ulovlige narkotikahandel gennem fastsættelsen af minimumsstraffe for sådanne straffbare handlinger i medlemsstaterne.

Rådet nåede i december 2004 til enighed om dets afgørelse om udveksling af oplysninger om risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer. Denne afgørelse udgør en ramme for en effektiv udveksling af oplysninger om nye psykotrope stoffer såvel som en mekanisme med henblik på at kontrollere dem på EU-plan.

Etablering af et bæredygtigt sundhedsovervågningssystem

Etableringen og forvaltningen af et bæredygtigt sundhedsovervågningssystem er et af hovedmålene for folkesundhedsprogrammet (2003-2008). Kommissionen har gennemført høringer af medlemsstaterne og internationale organer med henblik på at udarbejde en række sundhedsindikatorer for EU. I denne forbindelse blev »narkotikarelaterede dødsfald« og »forbrug af psykotrope stoffer« omfattet af udkastet til listen over kerneindikatorer, hvilket styrkede de strukturelle forbindelser til EONN som potentiel dataproducent.

Den 30. marts 2004 vedtog Rådet en henstilling vedrørende retningslinjer for udtagning af prøver af beslaglagt narkotika. Det henstiller til, at medlemsstaterne, hvor dette ikke allerede er sket, indfører en ordning med udtagning af prøver i henhold til internationalt accepterede retningslinjer. Rådet vedtog tillige en resolution om cannabis og en rapport om fremskridt med hensyn til gennemførelsesplanerne om reduktion af udbuddet af og efterspørgslen efter narkotika og af forsyningen med syntetisk narkotika.

Den 11. februar 2004 vedtog Europa-Parlamentet og Rådet forordning (EF) nr. 273/2004 om narkotikaprækursorer⁽¹⁴⁾. Denne forordning indfører harmoniserede foranstaltninger til kontrol og overvågning inden for Fællesskabet af visse stoffer, der hyppigt anvendes til ulovlig fremstilling af narkotika eller psykotrope stoffer, med henblik på at hindre ulovlig anvendelse af disse stoffer. Den foreskriver navnlig en vejledning, således at hver medlemsstat kan træffe de nødvendige foranstaltninger med henblik på at sætte deres kompetente myndigheder i stand til at udføre deres kontrol- og overvågningsopgaver, og information om, hvordan mistænkelige transaktioner identificeres og indberettes. Den 22. december 2004 vedtog Rådet forordning (EF) nr. 111/2005 om regler for overvågning af handel med narkotikaprækursorer mellem Fællesskabet og tredjelande.

I forlængelse af en resolution fra Rådet fra november 2002 fremlagde Europa-Kommissionen i november 2004 en undersøgelse vedrørende en metode med generiske og akutte lister i forbindelse med kontrollen med syntetiske stoffer for Rådets Horisontale Narkotikagruppe (HDG). Den forelagde også forslag til eventuelle yderligere forbedringer af metoderne til kortlægning af distributionsnet i forbindelse med syntetiske stoffer i EU for HDG i april 2004.

Nye nationale lovgivninger

Unge

Blandt de ændringer af den nationale lovgivning, der blev gennemført i mange medlemsstater i indberetningsperioden, kan nævnes foranstaltninger til at beskytte unge mod lovovertrædere eller til at gribe ind over for muligheden for, at de ønsker at tage stoffer.

Beskyttelsen kan ske direkte eller gennem mere generelle tiltag. I Ungarn tager loven fra marts 2003 sigte på at beskytte unge under 18 år mod misbrug af narkotiske stoffer, og straffen for voksne vil være strengere for lovovertrædelser, der involverer mindreårige. I Estland blev der med ændringer i begyndelsen af 2004 indført strengere straffe med hensyn til de fleste

⁽¹³⁾ EUT L 335 af 11.11.2004, s. 8; se tillige EONN's årsberetning for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ EUT L 47 af 18.2.2004, s. 1.

narkotikarelaterede lovovertrædelser, herunder tilskyndelse af mindreårige til at bruge stoffer illegalt.

I Danmark blev loven om euforiserende stoffer ændret i juli 2004; salg af euforiserende stoffer på restaurationer, diskoteker eller ved lignende arrangementer, hvor det typisk er hovedsageligt børn eller unge mennesker, der deltager, betragtes nu som en betydeligt skærpende omstændighed. Sådanne lovovertrædelser skal altid straffes med fængselsstraf, og der tilsigtes en strafskærpelse med 1/3 i forhold til den hidtil udmålte straf. I Spanien har ulovlig narkotikahandel i nærheden af skoler siden oktober 2004 ligeledes været en skærpende omstændighed, og endvidere er aldersgrænsen for et »ungt menneske«, der hverves til at drive ulovlig narkotikahandel, blevet hævet fra 16 til 18 år. I forbindelse med den nye lovgivning i England og Wales er der udsendt en vejledning, *Cannabis enforcement guidance* (ACPO, 2003), som indeholder råd om, hvordan man skal forholde sig til personer, der findes i besiddelse af cannabis på eller i nærheden af lokaliteter som f.eks. skoler, ungdomsklubber og legepladser.

Foranstaltninger i forbindelse med unge stofbrugere omfattede to regeringsbekendtgørelser, som blev vedtaget i Letland i december 2003. Den ene bekendtgørelse fastsatte procedurerne for obligatorisk institutionsbehandling (med forældrenes samtykke) af børn, der tages i at misbruge narkotika, mens den anden præciserede, hvilke foranstaltninger der skal træffes, hvis der bliver fundet narkotika eller andre rusmidler på en skole. I England og Wales får unge under 18 år, der arresteres for cannabisrelaterede lovovertrædelser, fortsat en reprimande eller en sidste advarsel eller sigtes af politiet, afhængigt af lovovertrædelsens grovhed. Efter en sidste advarsel vil den unge lovovertræder blive henvist til et »youth offending team«, som vil sørge for at tilvejebringe behandling eller anden støtte.

I Tjekkiet ændrer loven om retsforfølgning af unge lovovertrædere, som trådte i kraft i 2004, betingelserne for unge, der er involveret i strafferetlige overtrædelser, og de finder anvendelse frem for de almindelige bestemmelser. Straffeforanstaltninger bør kun iværksættes, når det er nødvendigt, og de pædagogiske foranstaltninger kan omfatte forbud mod stofbrug eller en forpligtelse til undergå behandling. Maksimumsgrænserne for ikke-frihedsberøvende straffe udgør nu halvdelen af de grænser, der gælder for voksne. I Polen fastsætter en ministerbekendtgørelse fra januar 2003 specifikke former for pædagogiske og forebyggende aktiviteter blandt

truede børn og unge med hensyn til narkotika. Skoler skal iværksætte pædagogiske og forebyggende strategier.

I oktober 2003 offentliggjorde European Legal Database on Drugs (ELDD) en sammenlignende undersøgelse af lovgivningen om narkotika og unge ⁽¹⁵⁾, der dannede grundlag for et dokument, som indgik i Kommissionens evaluering af EU's handlingsplan for 2000-2004, der blev offentliggjort i oktober 2004 ⁽¹⁶⁾. Ifølge denne evaluering vedrørte i alt 22 love, som var vedtaget af 11 medlemsstater (ud af 15), spørgsmålene i handlingsplanen vedrørende unge. Hovedparten af lovene tog sigte på at anvende alternativer til fængsling, om end seks lande vedtog love, som havde til formål at formindske udbredelsen af stofbrug, navnlig blandt unge. Generelt synes disse punkter i handlingsplanen i femårsperioden imidlertid at have fået forholdsvis ringe oprigtig opmærksomhed i lovgivningsmæssig henseende. En indgående analyse af foranstaltninger målrettet mod unge stofbrugende lovovertrædere findes i forbindelse med det udvalgte tema om alternativer til fængsling.

Skadesreduktion

I løbet af 2003 og 2004 blev der vedtaget mange love, der berørte spørgsmålet om skadesreduktion.

På grundlag af en fransk lov vedtaget i august 2004, hvorved den femårige handlingsplan på folkesundhedsområdet blev indført, er skadesreduktionsindsatsen i forbindelse med stofbrugere blevet omfattet af folkesundhedsbestemmelserne, og skadesreduktion har derved fået en officiel definition og er kommet ind under statens kompetence.

I Finland blev loven om overførbare sygdomme ved et regeringsdekret ændret således, at specialister i overførbare sygdomme på sundhedscentre skal udføre forebyggende arbejde, herunder tilbyde sundhedsrådgivning til intravenøse stofbrugere og foretage nåle- og sprøjtebytning efter behov. I Luxembourg regulerer den storhertugelige anordning fra december 2003 det nationale sprøjteudleveringsprogram og fastsætter, hvilke faciliteter og fagfolk der har tilladelse til at udlevere sprøjter til stofbrugere. Dette fortsætter en tendens, hvor besiddelse og udlevering af sterile sprøjter er tilladt på grundlag af en udtrykkelig lovgivning ⁽¹⁷⁾, hvilket er blevet understøttet af EU's handlingsplan for 2000-2004, hvori der blev opfordret til udvikling af forebyggende foranstaltninger. Yderligere lovgivningsmæssige oplysninger findes i ELDD's emneoversigt »Legal framework of needle and syringe programmes« (Lovgivningsrammer for nåle- og sprøjteprogrammer) ⁽¹⁸⁾.

⁽¹⁵⁾ *Young people and drugs: a legal overview* (Unge og stoffer: en oversigt over lovgivningen) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Drug law and young people 2000-2004* (Narkotikalovgivning og unge 2000-2004) (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Syv lande har lovgivet på området siden 1999: Belgien, Frankrig, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenien og Finland.

⁽¹⁸⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5036>

Den britiske lov om misbrug af narkotiske stoffer blev ændret i august 2003, hvorved læger, farmaceuter og narkotikabehandlere fik mulighed for lovligt at udlevere swabs, sterilt vand, visse former for blandegrej (bl.a. skeer, skåle, kopper og bægre) og citronsyre til stofbrugere, som fik udleveret kontrolleret narkotika uden recept. I juni 2004 vedtog det norske parlament for en periode på tre år en midlertidig lov om en forsøgsordning med fixerum. Denne fritager brugere af et fixerum for straf for besiddelse og brug af en enkelt dosis narkotika, og et specifikt fixerum kunne åbne i februar 2005.

I Tjekkiet tilbyder en række ikke-statslige organisationer (ngo'er) pilletestning, som har til formål at mindske risikoen for, at der indtages et ukendt eller uventet stof, selv om lovligheden af sådanne ordninger er genstand for en intens debat. Der var ingen strafforfølgninger i 2003, og den eneste sag, der hidtil er blevet indbragt af politiet (en sag fra 2002), blev afvist af den offentlige anklager. Den øverste anklagemyndighed har efterfølgende udstedt retningslinjer vedrørende emnet.

I overensstemmelse med denne udvikling på lovgivningsområdet anses skadesreduktionstjenester generelt i den nye EU-strategi og -handlingsplan som et effektivt initiativ i forbindelse med behovet for en øget adgang til nålebytning med henblik på at reducere de narkotikarelaterede risici for den enkeltes helbred og samfundet som helhed.

Straffe

I indberetningsperioden har mange lande også ændret deres narkotikalovgivning med hensyn til de straffe, der kan idømmes for forskellige lovovertrædelser, foruden de straffe, der er behandlet ovenfor, og som specifikt involverer unge. F.eks. blev det rapporteret sidste år, at Belgien og Det Forenede Kongerige i realiteten havde nedsat straffen for ikke-problematisk cannabisbesiddelse. En ny bekendtgørelse, der blev udstedt i februar 2005 i Belgien, præciserede undtagelserne fra denne nedsatte straf og fastsatte omfattende retsforfølgning i sager, hvor der er tale om »forstyrrelse af den offentlige orden«. Dette omfatter besiddelse af cannabis på eller i nærheden af steder, hvor skoleelever færdes (skoler, parker, busstoppesteder), og også »åbenlys« besiddelse på et offentligt sted eller i en offentlig bygning. I Danmark fastslog en ændring af loven om euforiserende stoffer, der blev vedtaget i maj 2004, sammen med en udgave af nyhedsbrevet *Rigsadvokaten informerer*, at besiddelse af stoffer til eget forbrug i almindelighed skulle straffes med bøde frem for advarsel, som der tidligere var meddelt.

Disse følger det mønster af ændringer af mulige straffe for brugere og narkotikasmuglere, der har udviklet sig i de senere år, som det fremgår af et dokument udarbejdet af EONN⁽¹⁹⁾. F.eks. oprettede Belgien i 2003 en ny kategori af lovovertrædelse, som gør det muligt for ikke-problematisk cannabisbrugere at undgå retsforfølgning, Grækenland nedsatte maksimumsstraffen for stofbrug fra 5 til 1 år, og Ungarn fjernede stofbrug fra sin straffelov. I 2002 fjernede Estland gentagende brug eller besiddelse af en mindre mængde illegalt stof til personligt brug (med den hermed forbundne maksimale frihedsstraf på 3 år), mens besiddelse i Litauen blev omfattet af straffeloven med mulighed for frihedsstraf på indtil 2 år. I 2001 afkriminaliserede Luxembourg cannabisbrug og fjernede fængselsstraffen for simpelt stofbrug i tilfælde, hvor der ikke foreligger skærpende omstændigheder, og Finland indførte lovovertrædelsen »stofbruger« med en lavere maksimal fængselsstraf og hurtig strafforfølgning fra anklagemyndighedens side. I 2000 indførte Portugal administrative sanktioner for stofbrug, mens Polen i samme år fjernede den fritagelse for straf, der tidligere var mulig i forbindelse med lovovertrædelsen »besiddelse«. Dette mønster afspejler imidlertid ikke en lempelse af kontrollen med virkningerne af stofbrug på samfundet, som det fremgår af det udvalgte tema om forstyrrelse af den offentlige orden og de ovenfor nævnte begrænsninger for besiddelse i nærheden af unge.

For personer mistænkt for ulovlig narkotikahandel går tendensen mod en forhøjelse af den mulige straf. I Danmark blev strafferammerne for narkotikakriminalitet sat op med over 50 % i marts 2004. I begyndelsen af 2004 indførte Estland strengere straffe med hensyn til de fleste narkotikarelaterede lovovertrædelser, navnlig i forbindelse med skærpende omstændigheder. I Det Forenede Kongerige er den maksimale straf for ulovlig handel med narkotika af klasse C blevet hævet fra 5 til 14 års fængsel. Desuden er der i de senere år blevet lagt større vægt på fængselsstraffe for de specifikke overtrædelser i form af distribution til unge (se ovenfor) og ulovlig handel i Grækenland i 2001, i Litauen i 2000 og i Irland i 1999. Denne generelle skærpelse af straffene for ulovlig narkotikahandel afspejles i Rådets rammeafgørelse fra oktober 2004 om fastsættelse af mindsteregler for gerningsindholdet i straffbare handlinger i forbindelse med ulovlig narkotikahandel og straffene herfor.

Narkotika på arbejdspladsen

To lande meldte om skridt til at lovgive om narkotika på arbejdspladsen. I Finland har loven om beskyttelse af privatlivets fred i arbejdslivet (759/2004) til formål at

⁽¹⁹⁾ Nærmere oplysninger findes i EONN's temadokument *Illicit drug use in the EU: legislative approaches* (Illegalt stofbrug i EU: lovgivningstiltag) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

regulere og forbedre privatlivets fred for arbejdstageren med hensyn til narkotikatestning i arbejdslivet. Ifølge loven skal arbejdsgiveren og de ansatte udarbejde et narkotikabekæmpelsesprogram til arbejdspladsen, herunder forebyggelsesplaner og behandlingsmuligheder og en oversigt over de job, der kræver en attest for narkotikatestning. Under ansættelsesproceduren kan en arbejdsgiver kun anmode den valgte ansøger om en attest for narkotikatestning. Arbejdsgiveren har ret til at anvende oplysningerne på attesten, hvis jobbet kræver præcision, pålidelighed, selvstændig dømmekraft eller god reaktionsevne, og hvis udførelsen under indflydelse eller afhængighed af narkotika kan være til fare for liv eller sundhed eller resultere i betydelige skader. Under ansættelsen er arbejdstageren kun forpligtet til at fremvise en attest, såfremt der er en begrundet anledning til at mistænke den pågældende for at være afhængig af narkotika eller arbejde under indflydelse af narkotika.

I Irland blev lovforslaget om sikkerhed, sundhed og velfærd på arbejdspladsen offentliggjort i juni 2004. Ifølge en af paragrafferne skal arbejdstagere sørge for, at

de under arbejdet ikke er under indflydelse af noget rusmiddel i en sådan grad, at de vil være til fare for deres egen eller enhver anden persons sikkerhed, sundhed eller velfærd. Arbejdstagere skal også, hvis det med rimelighed kræves af arbejdsgiveren, underkaste sig enhver passende, rimelig og forholdsmæssig test foretaget af en kompetent person.

Forebyggelse i specifikke situationer, f.eks. på arbejdspladsen, er nu rykket i forgrunden i den nye EU-handlingsplan. Den øgede fokus på målrettet forebyggelse udgør i givet fald en modvægt til den generelle tendens til at nedsætte straffene for stofbrugere, måske som følge af bekymring over udbredelsen og hyppigheden af stofbrug i EU. Der foreligger imidlertid ingen klare tal for det opfattede problems egentlige omfang, og narkotikatestning til påvisning af alt andet end faktisk påvirkning kan rejse komplekse retlige problemer med hensyn til privatlivets fred i henhold til visse nationale og internationale love. I mellemtiden foretages der fortsat private investeringer med henblik på at forbedre testudstyrets præcision og brugervenlighed.

Narkotikarelateret forstyrrelse af den offentlige orden: tendenser med hensyn til politikker og foranstaltninger, i EONN — Årsberetning 2005: udvalgte temaer

Forstyrrelse af den offentlige orden giver anledning til stigende bekymring i den narkotikapolitiske debat på både nationalt og europæisk plan. De adfærdsmønstre og aktiviteter, der normalt er omfattet af udtrykket »narkotikarelateret forstyrrelse af den offentlige orden«, har længe eksisteret i hovedparten af medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge. Der er således ikke tale om nye fænomener, men snarere om en ny tendens i forbindelse med narkotikapolitikken, som har gjort sig gældende i det mindste i nogle medlemsstater, hvor disse fænomener henføres og samles under et paraplybegreb, og en nedbringelse af forekomsten heraf opstilles som et mål for den nationale narkotikastrategi.

I hvilken udstrækning gør denne tendens sig gældende i de forskellige europæiske lande? Findes der en fælles definition af dette begreb? Hvilken karakter og hvilket

omfang har de fænomener, der skal vurderes? Hvad siger politikkerne mod at opnå, og hvilke former for tiltag gennemføres, uanset om de specifikt og udtrykkeligt er rettet mod at reducere den narkotikarelaterede forstyrrelse af den offentlige orden? Foreligger der allerede evalueringsresultater, og er der fastsat kvalitetsstandarder for indsatsen? Alle disse spørgsmål indgår blandt de centrale spørgsmål, som dette udvalgte tema tager sigte på at besvare.

Med gennemgangen af udviklingen af spørgsmålet om narkotikarelateret forstyrrelse af den offentlige orden i forbindelse med strategidebatten i Europa tilstræber EONN at informere beslutningstagerne og befolkningen i almindelighed om fænomenets karakter samt tendenserne og foranstaltningerne på dette område af narkotikapolitikken.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk og på internettet (»Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures«, i *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Kapitel 2

Skoler, unge og narkotika

Sammenlignelige data om unges brug af alkohol og narkotika stammer især fra undersøgelser af 15-16-årige skoleelever. Som led i det europæiske skoleundersøgelsesprojekt om alkohol og andre rusmidler (ESPAD) blev der gennemført undersøgelser i 1995, 1999 og senest i 2003. Undersøgelsen fra 2003 (Hibell mfl., 2004) indeholder sammenlignelige data fra 22 EU-medlemsstater samt Norge og tre kandidatlande (Bulgarien, Rumænien og Tyrkiet). Andre skoleundersøgelser (f.eks. i Nederlandene, Sverige og Norge) og undersøgelser som led i den internationale undersøgelse om skoleelevers sundhedsadfærd, Health

Behaviour in School-aged Children (HBSC), giver også data om stofbruget blandt skoleelever, og generelt er resultaterne meget ens.

Udbredelse og brugsmønstre

Cannabis

Det fremgår af de seneste data fra ESPAD-undersøgelser fra 2003, at den højeste langtidsprævalens for cannabisbrug blandt 15- og 16-årige skoleelever findes i Tjekkiet (44 %) (figur 1). De laveste skøn over

Den europæiske skoleundersøgelse om alkohol og andre rusmidler (ESPAD): en stadig vigtigere kilde til forståelse af tendenserne i stof- og alkoholbrug blandt unge

ESPAD er en vigtig kilde til information om stof- og alkoholbrug blandt europæiske skoleelever og er af uvurderlig betydning til registrering af tendenser over tid. Der blev gennemført ESPAD-undersøgelser i 1995, 1999 og 2003. Bruget af standardiserede metoder og værktøjer blandt nationalt repræsentative stikprøver af 15-16-årige skoleelever giver et sammenligneligt datasæt af høj kvalitet. Deltagelsen i ESPAD er steget med hver undersøgelse, og både EU-medlemsstater og ikke-EU-lande deltager. I 1995 deltog i alt 26 europæiske lande (herunder de 10 lande, som indtrådte i EU i maj 2004). Dette tal steg til 30 i 1999, mens undersøgelsen i 2003 omfattede så mange som 35 lande, herunder 23 EU-medlemsstater (herunder de 10 lande, der indtrådte i EU i 2004) og 3 kandidatlande (Bulgarien, Rumænien og Tyrkiet) samt Norge. Spanien deltog ikke i undersøgelsen, men ESPAD-rapporten fra 2003 indeholder nationale data fra den spanske skoleundersøgelse (PNSD).

Sammenligneligheden af ESPAD-skoleundersøgelsen er baseret på en standardisering af målgruppe samt dataindsamlingsmetode og -tidspunkt, brug af tilfældig stikprøvetagning, velafprøvet spørgeskemadesign og sikkerhed for anonymitet.

Undersøgelsesspørgsmålene fokuserer på alkoholforbrug (langtidsprævalens, inden for de seneste 12 måneder og

de seneste 30 dage, gennemsnitligt forbrug, »binge drinking«) og brug af illegale stoffer (langtidsprævalens, inden for de seneste 12 måneder og de seneste 30 dage, herunder målinger af, hvor hyppigt stofbruget fandt sted i disse tidsvinduer).

Nogle af hovedresultaterne af undersøgelsen fra 2003 i EU-medlemsstaterne, kandidatlandene og Norge var følgende:

- Cannabis er langt det hyppigst anvendte illegale stof.
- Ecstasy er det andet mest anvendte illegale stof, men erfaringen hermed er forholdsvis lav.
- Erfaringen med amfetaminer og lsd og andre hallucinogener er lav.
- Selv om udbredelsen af bruget er forholdsvis lav, er magiske svampe de hyppigst anvendte hallucinogener i 12 EU-medlemsstater.
- Andre stoffer, der anvendes af skoleelever, omfatter beroligende midler uden lægerecept (med et maksimalt indberettet nationalt niveau på 17 %) og inhalanter (nationalt maksimum på 18 %).
- Prævalensen for »binge drinking« (defineret som indtagelse af 5 eller flere genstand ved en enkelt lejlighed) inden for de seneste 30 dage varierer meget fra land til land.

Oplysninger om ESPAD og tilgængeligheden af den nye rapport findes på ESPAD's websted (<http://www.ESPAD.org>).

langtidsprævalensen (under 10 %) forekommer i Grækenland, Cypern, Sverige, Norge, Rumænien og Tyrkiet. De lande, hvor langtidsprævalensen ligger på over 25 %, omfatter Tyskland, Italien, Nederlandene, Slovakiet og Slovenien (27 og 28 %), mens Belgien, Frankrig, Irland og Det Forenede Kongerige har meldt om de højeste skøn over langtidsprævalensen, nemlig fra 32 til 40 %. I de fleste lande har der siden 1995 været en konstant stigning i antallet af skoleelever, der nogensinde har prøvet cannabis⁽²⁰⁾. Der er imidlertid markante udsving fra land til land.

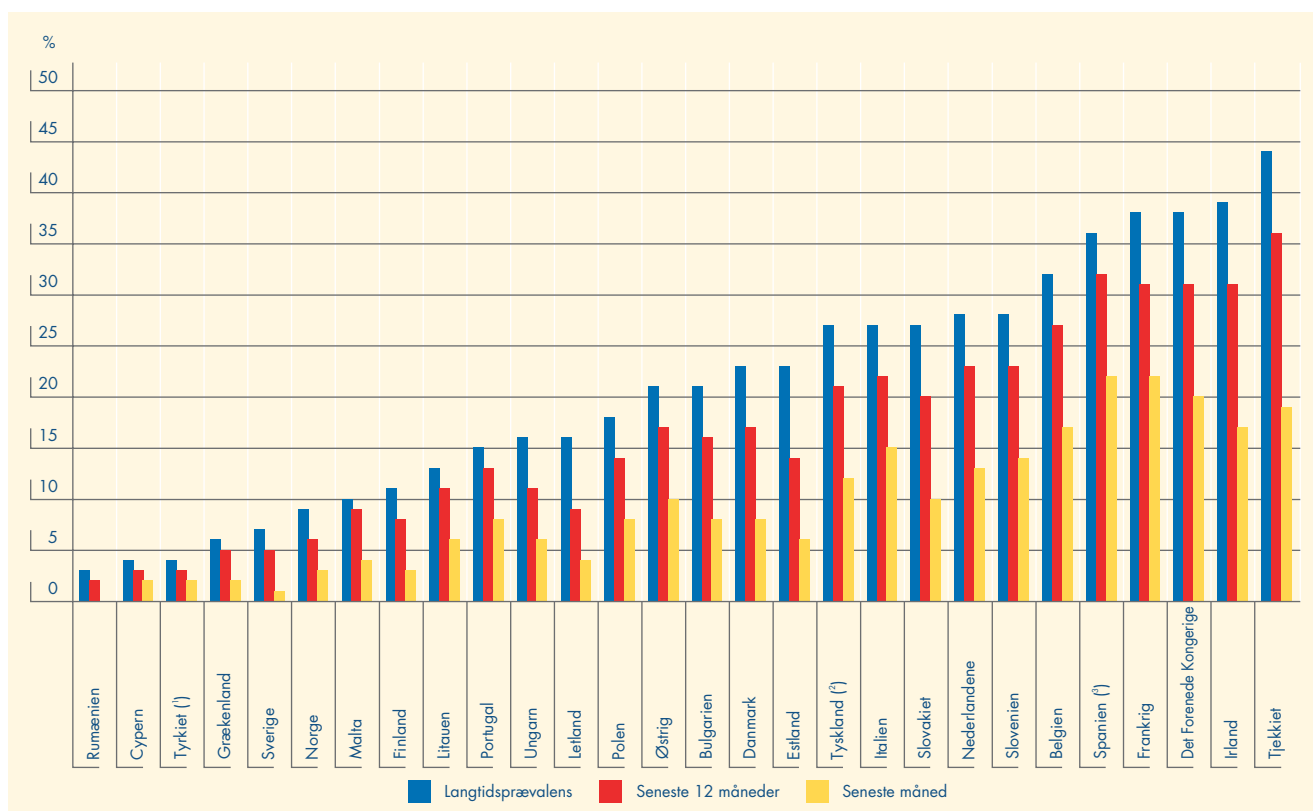
Nye data fra ESPAD-undersøgelser fra 2003 af 15-16-årige skoleelever viser, at langtidsprævalensen for cannabisbrug varierer fra 3 til 44 %. Mellem 2 og 36 % af skoleeleverne angav at have brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, mens bruget inden for den seneste måned varierede fra 0 % i nogle lande til 19 % i andre⁽²¹⁾ (figur 1). Der er relative variationer i de forskellige

prævalenssatser. F.eks. er langtidsprævalensen højest i Tjekkiet, mens det aktuelle brug (seneste måned) er højest i Spanien og Frankrig (22 %).

I næsten alle lande er cannabisbrug mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder. Kønsforskellene er mere markante for elever, som angav at have brugt cannabis 40 eller flere gange i deres liv⁽²²⁾.

Ældre elever (17-18 år) var omfattet af nationale skoleundersøgelser, der blev gennemført i 11 medlemsstater og Bulgarien. Langtidsprævalensen for cannabisbrug i denne aldersgruppe svingede fra under 2 % i Cypern til 56 % i Tjekkiet, mens det aktuelle cannabisbrug (seneste måned) varierede fra under 1 % i Cypern til næsten 30 % i Frankrig. I alle lande, der gennemførte undersøgelser, bortset fra Cypern, var skønnene over den almindelige udbredelse højere blandt ældre elever end blandt de 15-16-årige elever⁽²³⁾.

Figur 1: Langtidsprævalens, brug inden for de seneste 12 måneder og den seneste måned af cannabis blandt 15-16-årige skoleelever i 2003



(¹) De tyrkiske tal er baseret på én storby i hver af 6 forskellige regioner (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir og Samsun).
 (²) De tyske data er baseret på kun 6 delstater (Bayern, Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern og Thüringen).
 (³) Spanien deltog ikke i ESPAD-undersøgelsen. De medtagne data er baseret på en spansk undersøgelse, der blev gennemført i november-december 2002. Spørgsmål vedrørende udbredelsen af stoffer kan anses for at være sammenlignelige med spørgsmålene i ESPAD-undersøgelsen, men andre metodemæssige aspekter betyder, at de spanske data ikke er fuldstændig sammenlignelige.
 Kilde: Hibell mfl., 2004.

(²⁰) Se figur EYE-1 (del ii) og EYE-1 (del ix) i *Statistical bulletin 2005*.
 (²¹) I kapitel 3 findes en mere detaljeret beskrivelse af cannabisbruget blandt skoleelever.
 (²²) Se figur EYE-1 (del iii) i *Statistical bulletin 2005*.
 (²³) Se tabel EYE-1 og EYE-3 i *Statistical bulletin 2005*.

Mellem 1999 og 2003 var der i Tjekkiet en stigning på 5 % i antallet af skoleelever, som angav at have prøvet cannabis i en alder af 13 år eller derunder, og 13 andre EU-lande meldte om mindre stigninger (1-3 %) ⁽²⁴⁾. Kun i Nederlandene og Det Forenede Kongerige blev der meldt om et fald (på 1 %).

Ifølge en nyere Eurobarometer-undersøgelse (2004) ⁽²⁵⁾ steg antallet af unge i alderen 15-24 år, som oplyste, at de var blevet tilbudt cannabis, fra 46 % i 2002 til 50 % i 2004. I samme periode steg antallet af unge, som angav at kende personer, der havde brugt cannabis, ligeledes fra 65 til 68 %.

ESPAD-undersøgelser viser, at der er en meget nøje sammenhæng mellem skoleelevers opfattelser af cannabis — både af de risici, der er forbundet med bruget heraf, og af tilgængeligheden af stoffet — og langtidsprævalensen for cannabisbrug. Der er et omvendt forhold mellem risiko og udbredelse ⁽²⁶⁾, dvs. høj oplevet risiko er forbundet med lav udbredelse af brug og omvendt, mens der er en direkte sammenhæng mellem opfattelsen af tilgængelighed og langtidsprævalensen for brug ⁽²⁷⁾.

Unge i lande med skøn over udbredelsen af cannabis, der ligger over gennemsnittet, kan i stigende grad blive tilbøjelige til at betragte cannabisbrug som »normalt«. De fleste lande, der melder om forholdsvis høje skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug, melder også om forholdsvis høje skøn med hensyn til »binge drinking« (defineret som indtagelse af 5 eller flere genstande ved en enkelt lejlighed) inden for de seneste 30 dage ⁽²⁸⁾, hvilket kunne tyde på, at de to adfærdsmønstre er en del af samme livsstil. Undtagelser fra dette mønster ses i Frankrig, Italien og Bulgarien, hvor cannabisbruget er forholdsvis højt, mens »binge drinking« er forholdsvis lav.

Andre stoffer

Bruget af ecstasy var mere udbredt end bruget af amfetamin i 14 af de EU- og kandidatlande, der indgik i ESPAD-undersøgelsen fra 2003 ⁽²⁹⁾. Den laveste langtidsprævalens for ecstasybrug (2 % og derunder) blev konstateret i Danmark, Grækenland, Cypern, Litauen, Malta, Finland, Sverige, Norge, Rumænien og Tyrkiet. Der blev meldt om højere prævalenssatser, nemlig fra 3 til 4 %,

i Belgien, Tyskland, Frankrig, Italien, Letland, Østrig, Polen, Portugal, Slovenien, Slovakiet og Bulgarien. De lande, der havde den højeste langtidsprævalens for ecstasybrug, var Tjekkiet (8 %) samt Estland, Spanien, Irland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige (alle 5 %).

Med hensyn til prævalenssatser over forskellige perioder var den højeste langtidsprævalens for ecstasybrug i 2003 8 % i forhold til 5 % for brug inden for de seneste 12 måneder (nyligt brug) og 2 % for brug inden for den seneste måned (aktuelt brug).

Det fremgår af på hinanden følgende undersøgelser, at langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15- og 16-årige skoleelever generelt steg i perioden 1995-2003, idet de største stigninger er registreret i Tjekkiet og de fleste af de nye medlemsstater ⁽³⁰⁾. Tallene for langtidsprævalensen fra ESPAD-undersøgelserne fra 1999 viser imidlertid udsving i nogle lande. Faldet i bruget af ecstasy i Det Forenede Kongerige fandt sted inden 1999 og kan til dels tilskrives den omfattende mediedækning af ecstasyrelaterede dødsfald i slutningen af 1990'erne.

Psilocin og psilocybin — Magiske svampe

Psilocin og psilocybin, de psykoaktive stoffer i såkaldte »magiske svampe«, er opført på liste I i FN-konventionen fra 1971 og således underlagt kontrolforanstaltninger i alle medlemsstater. Magiske svampes retlige status såvel som det omfang, hvori eventuelle retlige begrænsninger for dyrkning og forbrug heraf håndhæves, varierer mellem medlemsstaterne, dvs. svampe kan være underlagt kontrol, ikke være underlagt kontrol eller være underlagt kontrol, hvis de er »bearbejdet«, en status, som ikke er helt juridisk klar.

I ESPAD-undersøgelsen blev der meldt om brug af »magiske svampe« for første gang i 2003. Skønnene over udbredelsen af bruget af »magiske svampe« blandt 15-16-årige skoleelever oversteg eller var på niveau med skønnene for lsd eller andre hallucinogener i de fleste af de lande, der deltog ⁽³¹⁾. I forhold til langtidserfaringen med ecstasybrug var langtidsprævalensen for brug af magiske svampe desuden højere i Belgien, Tyskland og Frankrig og den samme i Tjekkiet, Danmark, Italien,

⁽²⁴⁾ Se figur EYE-1 (del vii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽²⁵⁾ En anden Eurobarometer-undersøgelse (Eurobarometer, 2004) om unge og narkotika blev gennemført i 2004. I denne undersøgelse, der var baseret på anden udvælgelse end sandsynlighedsudvælgelse, indgik 7 659 unge i alderen 15-24 år i de 15 medlemsstater, som var omfattet af den tidligere undersøgelse fra 2002.

⁽²⁶⁾ Se figur EYE-1 (del v) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽²⁷⁾ Se figur EYE-1 (del vi) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽²⁸⁾ Se figur EYE-1 (del viii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽²⁹⁾ Se figur EYE-2 (del iv) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽³⁰⁾ Se figur EYE-2 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽³¹⁾ Se figur EYE-2 (del v) i *Statistical bulletin 2005*.

Nederlandene og Polen. Langtidsprævalensen for brug af magiske svampe var nul i Cypern, Finland og Rumænien, stigende til 4 % i Tyskland, Irland og Det Forenede Kongerige og til 5 % i Belgien, Frankrig og Nederlandene. Udbredelsen er størst i Tjekkiet (8 %). Der foreligger ikke tendensdata for bruget af magiske svampe.

Den seneste udvikling inden for forebyggelse

Personers værdier og adfærd påvirkes af det, de opfatter som værende det normale i deres sociale miljø, og dette gælder navnlig for unge. Hvis de opfatter eksperimenterende cannabisbrug som »normalt« og socialt acceptabelt (og forbinder det med en ringe risiko og let tilgængelighed), kan dette i høj grad påvirke deres værdier og adfærd med hensyn til cannabisbrug (Botvin, 2000). Udfordringen i forebyggelsesøjemed består i at give de unge sociale og kognitive strategier til at modstå disse påvirkninger. Det er derfor ikke realistisk at vurdere effektiviteten af forebyggelsespolitikker på grundlag af data om stofbrug blandt unge, navnlig ikke skøn over eksperimenterende brug, da de afspejler samfundsmæssige normer og ikke egentlig problemadfærd.

I stedet bør forebyggelsen evalueres på grundlag af en række klare kriterier: veldefinerede målsætninger, målgrupper og aktioner fastsat i nationale strategier og baseret på den internationale videnbase; kvalitetskontrolforanstaltninger; udvikling af selektive forebyggelsesforanstaltninger og familiebaseret forebyggelse samt lovgivningsforanstaltninger i forbindelse med legale stoffer med henblik på at påvirke de sociale normer, som indebærer tolerance eller billigelse af visse former for forbrugsadfærd.

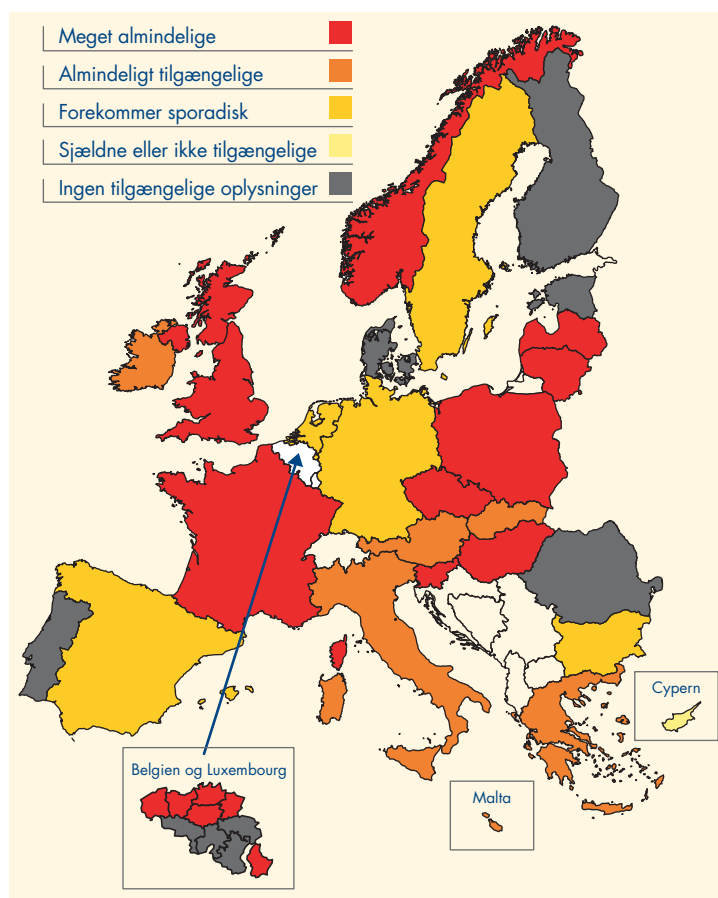
Hvad angår evaluering af forebyggelsesstrategier, er der gjort vigtige fremskridt i de nye nationale strategier i Frankrig og Italien i forhold til de tidligere politikker, idet forebyggelsesindsatsens rolle nu er bedre defineret, og det samme gælder betydningen af strukturerede programmer og prioriterede indsatsområder. I næsten alle medlemsstater kan der ses en tendens til mere strategiske tilgange, og der tages i stigende grad hensyn til udsatte grupper i den overordnede planlægning.

Normative og strukturelle foranstaltninger

Kontrolforanstaltninger i forbindelse med legale stoffer hjælper med til at etablere de normative fundament, som andre forebyggelsesforanstaltninger kan baseres på. Samfundsmæssige normer, som støtter brug af tobak og

alkohol og tolererer disses indflydelse på adfærd, er velkendte risikofaktorer for en velvillig holdning til og brug af illegale stoffer (Becoña, 2002). I modsætning til den gængse opfattelse er samfundsmæssige normer mere påvirket af kontrolpolitikker end af massemediekampagner eller uddannelsesmæssige foranstaltninger (Hawks mfl., 2002; Canning mfl., 2004). Eurostat (2002) sammenlignede foranstaltninger til bekæmpelse af tobaksrygning og indikatorer for rygning blandt børn/unge i EU-medlemsstaterne og konstaterede en sammenhæng mellem strengheden af politikker til bekæmpelse af tobaksrygning (reklameforbud, aldersgrænser for køb, restriktioner osv.) og rygevaner. Andelen af rygere blandt unge var højere i lande med forholdsvis lempelige politikker (f.eks. Danmark, Tyskland og Det Forenede Kongerige) end i lande med strengere kontrolforanstaltninger (f.eks. Frankrig, Sverige og Norge). Det er kendt, at forebyggelsesindsatsen har en begrænset virkning, hvis den modvirkes, eller i det mindste ikke støttes, af samfundsmæssige normer og politikker. EU- og WHO-initiativer (Aspect Consortium, 2004) på dette

Figur 2: Udviklingen af skolepolitikkerne



NB: Tysktalende del af Belgien = sporadiske fund.
Kilder: De nationale Reitox-knudepunkter.

område har vundet frem, og medlemsstaterne knytter nu i stigende grad politikker til bekæmpelse af tobaksrygning sammen med narkotikaforebyggelse.

Skolebaseret forebyggelse

I alle medlemsstater anses skoler for at være det vigtigste miljø for universal forebyggelse, og der er blevet lagt stigende vægt på den skolebaserede forebyggelse i nationale strategier og den strukturerede gennemførelse af denne tilgang. Dette afspejles i udvidelsen af skolernes narkotikapolitikker (figur 2) og udviklingen af specifikke modulopbyggede narkotikaforebyggelsesprogrammer til skoler samt forbedret læreruddannelse.

Flere lande end tidligere har indført (Danmark med sit først skolebaserede »life skills-program«), udvidet (Tyskland) eller er ved at planlægge (Frankrig og Italien i deres nationale strategier) mere strukturerede forebyggelsesprogrammer. F.eks. blev der i 2003 gennemført forebyggelsesprogrammer i 60 % af skolerne i Polen.

Grækenland er et særligt godt eksempel på et land, hvor man med hensyn til forebyggelsesindsatsen har bevæget sig væk fra traditionelle informationsbaserede og individualistiske (rådgivning) tilgange og i stedet har gennemført en egentlig folkesundhedsstrategi, som kan gøre dækningen størst mulig gennem programbaserede tilgange. Antallet af skolebaserede forebyggelsesprogrammer i Grækenland blev mere end fordoblet mellem 2000 og 2003, og antallet af familiebaserede programmer blev tredoblet i samme periode. Malta og Det Forenede Kongerige har også lagt større vægt på programbaserede tilgange i deres forebyggelsespolitikker: Blueprint-programmet har til formål at fastslå, hvordan den internationale forskning i effektiv narkotikaforebyggelse kan tilpasses det britiske skolesystem, og tager udgangspunkt i, at det er mere effektivt at kombinere skolebaseret oplysning om narkotika med forældreinddragelse, mediekampanjer, lokale sundhedsinitiativer og partnerskaber mellem lokalsamfund end blot at gennemføre en indsats på skolerne. Der er bevilget 6 mio. GBP (8,5 mio. EUR) til dette program over en periode på 5 år ⁽³²⁾.

Overvågning og kvalitetskontrol

For at kunne kontrollere og forbedre forebyggelsens kvalitet er det i vidt omfang nødvendigt først at få et hensigtsmæssigt overblik over de eksisterende aktiviteter og indholdet heraf. Medlemsstaterne tillægger derfor overvågningen af forebyggelsesprogrammer stadig større

betydning, som det illustreres af de nye projekter i Tyskland ⁽³³⁾ og Norge ⁽³⁴⁾ samt af det ungarske forskningsprojekt »Lights and Shadows«, hvor der blev indsamlet oplysninger om indhold, målsætninger, metode, målgrupper og dækning af skolebaserede forebyggelsesprogrammer. Overvågning gennemføres også i Tjekkiet og via Ginger i Flandern. Desværre har Spanien opgivet IDEA Prevención, som i mange år var det bedst udviklede overvågnings- og kvalitetssystem i forbindelse med forebyggelse i Europa.

Informationssystemer i forbindelse med forebyggelse bidrager også til at afdække ineffektive foranstaltninger og programkomponenter. F.eks. er enkeltstående informationsmøder eller foredrag holdt af eksperter eller politifolk stadig almindelige i mange medlemsstater, trods den samstemmende konklusion fra forskningen, at sådanne tiltag i bedste fald er ineffektive, hvis ikke skadevoldende (Canning mfl., 2004).

Kun ved systematisk at registrere forebyggelsesaktiviteterne er det muligt at få et overblik over indholdet af forebyggelsesprogrammerne og som resultat heraf at målrette dem mod specifikke befolkningsgrupper på grundlag af den eksisterende viden med hensyn til effektivitet. Retningslinjer eller standarder for gennemførelsen af forebyggelsesprogrammer er af afgørende betydning, navnlig i lande, hvor forebyggelsesindsatsen i vidt omfang er decentraliseret.

Indholdet af programmer og aktiviteter

En stigning i de programbaserede tilgange og en forbedret, standardiseret informationsindsamling har gjort det muligt at få et overblik over og sammenligne indholdet af og tendenserne i forebyggelsespolitikkerne i EU som helhed. Oplysningerne kommer normalt fra nationale eksperter eller ekspertgrupper, som har et så pålideligt overblik over situationen i deres land, at de kan foretage standardiserede vurderinger, eller fra kvantitative data om overvågede, programbaserede tiltag, der foreligger i nogle medlemsstater, f.eks. Grækenland og Ungarn.

F.eks. har de fleste medlemsstater som en forebyggelsesindsats indført træning i personlige og sociale færdigheder på skolerne. Blandt emnerne indgår beslutningstagning, evnen til at kunne klare sig, målsætning og selvhævdelse, kommunikation og evne til at vise empati. Denne evidensbaserede teknik, som stammer fra sociale læringsteorier ⁽³⁵⁾, synes nu at være en vigtig metode i de fleste medlemsstater, selv i lande, hvor der ikke findes

⁽³²⁾ <http://www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint>

⁽³³⁾ PrevNet (<http://www.preynet.de>).

⁽³⁴⁾ <http://www.forebyggingstiltak.no>

⁽³⁵⁾ Adfærd ses som et resultat af social indlæring gennem rollemøder, normer, holdninger blandt »vigtige andre« (Bandura, 1977). Negative holdninger til stofbrug og beskyttende handlekompetence (self-efficacy) kan indlæres eller betinges. Dette begreb danner grundlag for peer-modeller og den specifikke livsfærdighedsmodel.

programbaserede tilgange (Frankrig, Luxembourg og Sverige) (tabel 2). Estland melder om udbredt anvendelse af en undervisningsbog om sociale færdigheder.

Oplysning spiller fortsat en central rolle i narkotikaforebyggelsen i mange medlemsstater (se tabel 2). Den begrænsede værdi af oplysning i

forbindelse med forebyggelsen af narkotikabrug er kun langsomt ved at blive erkendt (se f.eks. Sveriges nationale rapport). Tilgange, der udelukkende er baseret på sundhedsoplysning, er også begrænset til at påvirke kognitive processer og mangler ofte konkrete komponenter i form af adfærdstræning og træning i social interaktion. Disse tilgange er imidlertid stadig udbredte i nogle lande

Tabel 2: Skolebaseret forebyggelse i Europa

	Kvalitetsstandarder/retningslinjer (!)			Personlige sociale færdigheder	Mål	
	Iværksat	Obligatorisk	Forudsætning for finansiering		Primære	Sekundære
Belgien fl	Ja	Ja	Ja	Meget almindeligt	Livsfærdigheder	Oplysning
Belgien fr	Ja	Ja	Ja	n.a.	Beskyttende miljø	Pædagogisk forhold
Tjekkiet	Planlagt		Ja	Meget almindeligt	Selværd	Beskyttende miljø
Danmark	Nej			Nej	Oplysning	
Tyskland	Nej			Meget almindeligt	Livsfærdigheder	Oplysning
Estland	Nej			Sporadisk	n.a.	
Grækenland	Ja	Ja	Ja	Meget almindeligt	Livsfærdigheder	Pædagogisk forhold
Spanien	Planlagt	Ja	Ja	Meget almindeligt	Livsfærdigheder	Selværd
Frankrig	Ja			Sjældent	Oplysning	Livsfærdigheder
Irland	Ja	Ja		Meget almindeligt	Livsfærdigheder	Selværd
Italien	Ja			Almindeligt	Oplysning	Livsfærdigheder
Cypern	Planlagt	Ja	Ja	Sporadisk	Beskyttende miljø	Livsfærdigheder
Lettland	Planlagt			Sporadisk	Oplysning	Livsfærdigheder
Litauen	Nej			Almindeligt	Oplysning	
Luxembourg	Ja		Ja	Almindeligt	Pædagogisk forhold	Livsfærdigheder
Ungarn	Planlagt			Almindeligt	Oplysning	Livsfærdigheder
Malta	Nej			Meget almindeligt	Oplysning	Livsfærdigheder
Nederlandene	Ja			Nej	Oplysning	
Østrig	Ja		Nej	Sporadisk	Livsfærdigheder	Beskyttende miljø
Polen	Nej			Almindeligt	Livsfærdigheder	Oplysning
Portugal	Ja	Ja	Ja	Sporadisk	Oplysning	Livsfærdigheder
Slovenien	Planlagt			Sporadisk	Oplysning	Livsfærdigheder
Slovakiet	Nej			Sjældent		
Finland	n.a.			n.a.	Sociale tjenesteydelser	Oplysning
Sverige	Nej			Almindeligt	Beskyttende miljø	Social integration
Det Forenede Kongerige	Ja			Meget almindeligt	Oplysning	Livsfærdigheder
Bulgarien	n.a.			Sporadisk	Oplysning	Beskyttende miljø
Rumænien	n.a.			Sporadisk		
Norge	Nej			Almindeligt	Oplysning	Selværd

NB: n.a. = ingen tilgængelige data.

(!) Det bemærkes, at der ikke findes en fælles europæisk definition af »kvalitetsstandarder og retningslinjer«, og at detaljeringsgraden varierer, hvilket påvirker sammenligneligheden.

trods vores nuværende forståelse af effektiv narkotikaforebyggelse.

Der er to forklaringer på, hvorfor sådanne tilgange til narkotikaforebyggelse videreføres. Den ene er den umiddelbare og traditionelle antagelse, at oplysning om narkotika og de risici, der er forbundet med stofbrug, vil have en præventiv virkning. Den anden forklaring afspejler en helt ny tendens, der er inspireret af skadesreduktionsbevægelser og baseret på den overbevisning, at kognitive færdigheder er vigtigere end adfærdsmæssige tilgange med hensyn til at lære unge at træffe kvalificerede beslutninger og valg i livet. Fortalerne for denne metode mener, at adfærdsmæssige tilgange til narkotikaforebyggelse, f.eks. ved at forbedre livsfærdighederne, patroniserer og dæmoniserer stofbrug (Ashton, 2003; Quensel, 2004), og at den bedste metode er at give unge de kognitive værktøjer, de behøver, gennem oplysning. Trods de forskellige traditioner anser begge tilgange sundhedsadfærd, og specifikt stofbrug, som et personligt rationelt valg, mens der inden for sundhedsvidenskaberne er bred enighed om, at sociale faktorer (lokalmiljø, kammeratskabsgruppe, normer) og personlige faktorer (temperament, akademiske og følelsesmæssige færdigheder) i højere grad er med til at påvirke sundhedsadfærden og stofbruget end den blotte erkendelse.

Den fejlagtige opfattelse af stofbrug som normalt og socialt acceptabelt blandt jævnaldrende er det vigtigste kognitive element, som kan påvirkes gennem forebyggelse. En langtidspævalens for cannabisbrug blandt unge voksne på 30 % betyder således, at over to tredjedele af denne befolkningsgruppe aldrig har brugt cannabis, og at dette er den ægte »normalitet«. Trods den dokumenterede fordel ved teknikker, der er rettet mod unges normative overbevisninger (Reis mfl., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers mfl., 2002), anvendes de imidlertid sjældent i Europa.

Selektiv forebyggelse

I nationale narkotikastrategier og handlingsplaner omtales i stigende grad udtrykkeligt forebyggelsesforanstaltninger, der er specielt målrettet mod udsatte grupper. Dette fokus er endnu stærkere i de nye medlemsstater: Estland (gadebørn, specialskoler), Cypern, Ungarn, Malta, Polen (forsømte børn og unge fra dysfunktionelle familier) og Slovenien.

Da de udsatte grupper, som den selektive forebyggelse er målrettet mod, ofte har betydelig erfaring med legale og illegale stoffer, er de fleste forebyggelsestiltag begrænset

til skræddersyet information, individuel rådgivning og kreative aktiviteter eller sportsmuligheder. Det skal imidlertid bemærkes, at de metoder, der anvendes i de omfattende programmer med fokus på social indflydelse som led i den universale forebyggelse, er lige så effektive, hvis ikke mere effektive, i forbindelse med den selektive forebyggelse. Normativ restrukturering (f.eks. oplysning om, at de fleste jævnaldrende er imod bruget), træning i selvhævdelse, motivation og målsætning samt myteaflivning har vist sig at være meget effektive metoder blandt udsatte unge (Sussman mfl., 2004), men anvendes sjældent i den selektive forebyggelse i EU. Tiltagene i fritidsmiljøer (se »Forebyggelse i fritidsmiljøer«, s. 48) er imidlertid hovedsageligt i form af målrettet information.

Selektiv forebyggelse på skoler

Den selektive forebyggelse på skoler er især koncentreret om kriseintervention og tidlig identificering af elever med problemer. Formålet er at finde løsninger på skoleplan for at undgå, at truede elever dropper ud eller bortvises og derved får forværret deres situation. Programbaserede tilgange findes i Tyskland, Irland, Luxembourg og Østrig (Leppin, 2004), mens Polen og Finland afholder læreruddannelseskurser eller udsteder retningslinjer for, hvordan man kan identificere elever med problemer, herunder stofbrug, og træffe passende foranstaltninger. Traditionelle individualistiske tilgange omfatter pædagogisk-psykologiske tilbud (som i Frankrig og Cypern), der er baseret på (selv-)henvisninger. Irland har en ny intensiv pædagogisk socialtjeneste, som arbejder med skoler og familier i uddannelsesmæssigt dårligt stillede områder for at sikre, at børnene går regelmæssigt i skole.

Selektive lokalsamfundsbaseede tilgange

Selektive lokalsamfundsbaseede tilgange er for det meste målrettet mod udsatte unge på gaden. I de nordiske lande er der som led i natteravneordninger oprettet forældregrupper, som patruljerer i gaderne. Østrig har foretaget store investeringer for at forbedre balancen mellem narkotikaforebyggelse, socialpædagogisk arbejde og socialarbejde gennem kurser, kvalitetsstandarder og fælles seminarer, f.eks. for ungdomsarbejdere i fritidsmiljøer. Formålet er også at anvende strukturerne for det sociale ungdomsarbejde til professionel narkotikaforebyggelse. På samme måde har Norge øget samarbejdet og styrket den tværfaglige indsats mellem skole, børneforsorgstjenester og sociale tjenester. RAR-metoder (»rapid assessment and response«) ⁽³⁶⁾ — hurtig indsamling af information (statistisk materiale) kombineret med interview (spørgeskemaer, fokusgrupper) og/eller

⁽³⁶⁾ Verdenssundhedsorganisationen (WHO): *The rapid assessment and response guide on psychoactive substance use and especially vulnerable young people* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

iagttagelser af problemområdet — anvendes i disse projekter i Norge, men også i Tyskland og Nederlandene.

Der er tradition for tiltag med fokus på højrisikomiljøer i Irland, Det Forenede Kongerige og, i mindre omfang, Nederlandene og Portugal. Tyskland (Stöver og Kolte, 2003, omtalt i Tysklands nationale rapport) og Frankrig har imidlertid nu også planer om en indsats på dette område. Det er nyt for disse lande at målrette narkotikaforebyggelsen mod bestemte geografiske områder på grundlag af sociale kriterier.

Medlemsstaternes selektive forebyggelse er også i stigende grad målrettet mod specifikke etniske grupper (f.eks. Irland, Luxembourg, Ungarn). F.eks. er etnicitet et vigtigt aspekt i Ungarn, hvor romabefolkningen har stor risiko for at få narkotikarelaterede problemer på grund af dens sociale og kulturelle kendetegn og dårlige levevilkår. Her forstås peer-uddannelse, selvhjælpsgrupper, supervision, forskellige forebyggelsesprogrammer og lavtærskeltjenester for romaer af ikke-statslige organisationer (ngo'er).

Udsatte familier

Universal familiebasert forebyggelse, hovedsageligt aftenarrangementer, foredrag, seminarer og workshops for forældre, er stadig populær i mange medlemsstater (Tyskland, Frankrig, Cypern og Finland), selv om der mangler bevis for effektiviteten heraf (Mendes mfl., 2001). I Grækenland, Spanien, Irland og Norge har der imidlertid været en interessant udvikling inden for selektiv forebyggelse med familier gennem indførelsen af innovative koncepter, som går videre end familier/forældre med narkotikaproblemer og anerkender den rolle, som sociale, økonomiske og kulturelle faktorer spiller i forbindelse med stofbrug. I Nederlandene blev det konkluderet i forbindelse med evalueringen af narkotikaforebyggelsesprojekter for indvandrerforældre, at en standardiseret indsats via indvandreretværk, hvor kvinder og mænd deltager hver for sig, kunne være en realistisk ny mulighed (Terweij og Van Wamel, 2004). I Norge har man i tre kommuner gennemført og evalueret forældretræningsprogrammet Parent Management Training

(PMTO, Oregon-modellen), oprindeligt en træningsmetode til brug i familier med børn med alvorlige adfærdsforstyrrelser. I to andre lande har man gennemført Iowa Strengthening Families Program (ISFP). Dette intensive familieinterventionsprogram for truede familier kombinerer undervisningsmetoder for skoleelever (10-14 år) med uddannelsesprogrammer for deres forældre med henblik på narkotikaforebyggelse gennem styrket familiekompetence og styrkede familieband (Kumpfer mfl., 2003).

Behovet for indiceret forebyggelse

Indiceret forebyggelse fokuserer på enkeltpersoner, hvor der foreligger risikofaktorer for narkotikaproblemer, f.eks. opmærksomhedsforstyrrelser/hyperaktivitetsforstyrrelser (ADHD). Det er imidlertid kun Tyskland og Sverige, der har angivet at have gennemført foranstaltninger inden for narkotikaforebyggelse blandt unge med ADHD. I Tyskland viser aktuelle skøn over udbredelsen af ADHD, at det drejer sig om 2-6 % af børn og unge mellem 6 og 18 år. ADHD er dermed et af de mest almindelige kroniske sygdomsbilleder hos børn og unge. I Sverige omfatter forebyggelsesstrategien for disse børn kognitiv og social træning, og metoderne formidles gennem uddannelse af fagfolk inden for forebyggelse. Da den primære sundhedspleje når ud til næsten alle førskolebørn, og de fleste går i underskole, kunne hovedparten af de truede børn identificeres gennem systematisk screening og efterfølgende individualiserede tiltag.

Den italienske handlingsplan er stærkt fokuseret på psykopatologiske tilstande og alvorlige adfærdsproblemer hos børn og unge, som kan medføre stofbrug og -misbrug, hvis der ikke tages fat på dem på et tidligt tidspunkt. De problemer, der er identificeret, er bl.a. adfærdsproblemer, hyperaktivitet og opmærksomhedsforstyrrelser, angst ledsaget af affektive forstyrrelser, bulimi og psykogen obesitet, personlighedsforstyrrelser, interpersonelle kommunikationsproblemer, posttraumatiske stressforstyrrelser og panikanfald. Indsatsen omfatter både universale og selektive forebyggelsestiltag.



Kapitel 3 Cannabis

Udbredelse og mønstre

Cannabis er absolut det hyppigst anvendte illegale stof i Europa. De seneste befolkningsundersøgelser viser, at mellem 3 og 31 % af de voksne (i alderen 15-64 år) har prøvet stoffet mindst én gang (langtidsprævalens). Den laveste langtidsprævalens findes i Malta (3,5 %), Portugal (7,6 %) og Polen (7,7 %) og den højeste i Frankrig (26,2 %), Det Forenede Kongerige (30,8 %) og Danmark (31,3 %). I de fleste lande (15 af 23 lande, hvor der foreligger oplysninger) varierer langtidsprævalensen mellem 10 og 25 %.

Mellem 1 og 11 % af de voksne angav at have brugt cannabis inden for de seneste 12 måneder, idet de laveste prævalenssatser er registreret i Malta, Grækenland og Sverige og de højeste i Tjekkiet, Frankrig, Spanien og Det Forenede Kongerige. De fleste lande (14) meldte om prævalenssatser for nyligt brug på mellem 3 og 7 %.

Der kan dannes et skøn over det samlede antal voksne (15-64 år) cannabisbrugere i EU som helhed på grundlag af de foreliggende nationale skøn. Det fremgår heraf, at ca. 20 % af den samlede befolkning, eller over 62 millioner personer, nogensinde har prøvet cannabis. Dette tal falder til ca. 6 % af de voksne, eller mere end 20 millioner personer, når det nylige brug af cannabis tages i betragtning (sidste års prævalens). Dette skal sammenholdes med resultaterne af den amerikanske nationale undersøgelse om narkotikabrug og sundhed fra 2003 (SAMHSA, 2003), hvoraf det fremgår, at 40,6 % af de voksne (defineret som 12 år og derover) havde prøvet cannabis eller marihuana mindst én gang, mens 10,6 % havde brugt disse stoffer inden for de seneste 12 måneder. Blandt de 18-25-årige var tallene 53,9 % (nogensinde), 28,5 % (de seneste 12 måneder) og 17 % (seneste måned) ⁽³⁷⁾.

Som det er tilfældet med andre stoffer, angiver unge voksne altid en højere brugsfrekvens. Mellem 11 og 44 % af unge europæere i alderen 15-34 år har prøvet cannabis mindst én gang, idet de laveste prævalenssatser er registreret i Grækenland, Portugal og Polen og de højeste i

Skøn over stofbruget i befolkningen

Stofbruget i den almindelige befolkning vurderes gennem undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en del af befolkningen der har brugt stoffer i nærmere bestemte tidsrum: langtidsprævalens (forsøg), de seneste 12 måneder (nyligt brug) eller de seneste 30 dage (aktuelt brug) ⁽¹⁾.

EONN har udviklet en række fælles kerneelementer (»europæisk modelspørgeskema«), som gennemføres i eller er kompatible med de fleste undersøgelser i EU-medlemsstaterne. Det europæiske modelspørgeskema findes på EONN's websted ⁽²⁾. »Langtidsprævalens« kan have begrænset værdi som indikator for den nuværende situation blandt voksne (selv om den kunne være en hensigtsmæssig indikator blandt skoleelever), men sammen med andre mål kan den give et indblik i aspekter af brugsmønstre (fortsat brug eller ophør med brug) og generationsdynamikken med hensyn til udbredelsen af stofbrug. »De seneste 12 måneder« giver en indikation af nyligt stofbrug, selv om dette brug ofte vil være lejlighedsvist, og »de seneste 30 dage« giver en indikation af mere aktuelt brug, som omfatter personer, der anvender stoffet hyppigt.

⁽¹⁾ Flere oplysninger om metoden i forbindelse med befolkningsundersøgelser og den metode, der er anvendt i hver national undersøgelse, findes i *Statistical bulletin 2005*.

⁽²⁾ *Handbook for surveys about drug use among the general population* (Håndbog vedrørende undersøgelser af stofbrug i den almindelige befolkning) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380>).

Frankrig (39,9 %), Det Forenede Kongerige (43,4 %) og Danmark (44,6 %). Nyligt brug blev angivet af 3-22 % af unge voksne, idet de laveste tal er registreret i Grækenland, Sverige, Polen og Portugal og de højeste i Det Forenede Kongerige (19,5 %), Frankrig (19,7 %) og Tjekkiet (22,1 %) og 11 lande, der angav en prævalens for nyligt brug på mellem 7 og 15 %.

Blandt de 15-24-årige europæere havde 9-45 % angiveligt prøvet cannabis, idet tallene i de fleste lande lå på

⁽³⁷⁾ Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, der anvendes af EONN i EU-undersøgelser (15-64 år). På den anden side er aldersfordelingen i forbindelse med unge voksne (18-25 år) snævrere end den fordeling, der anvendes i de fleste EU-undersøgelser (15-24 år).

20-35 %. Nyligt brug (de seneste 12 måneder) blev angivet af 4-32 %, idet tallene i de fleste lande lå på 9-21 %⁽³⁸⁾.

Som med andre illegale stoffer er andelen af cannabisbrugere betydeligt højere blandt mænd end blandt kvinder, selv om størrelsen af denne forskel varierer fra land til land. Forholdet mellem mænds og kvinders langtidserfaring varierer fra 1,25:1 til 4:1 (mellem 1,25 og 4 mænd for hver kvinde) og for aktuelt brug fra ca. 2:1 til 6:1. Det fremgår endvidere af undersøgelser, at cannabisbrug er mere udbredt i byområder eller i områder med høj befolkningstæthed. Nogle af de nationale forskelle kan derfor til dels afspejle forskelle i urbaniseringsgraden, selv om det ser ud til, at fritidsstofbruget er ved at sprede sig fra byområder til landdistrikter.

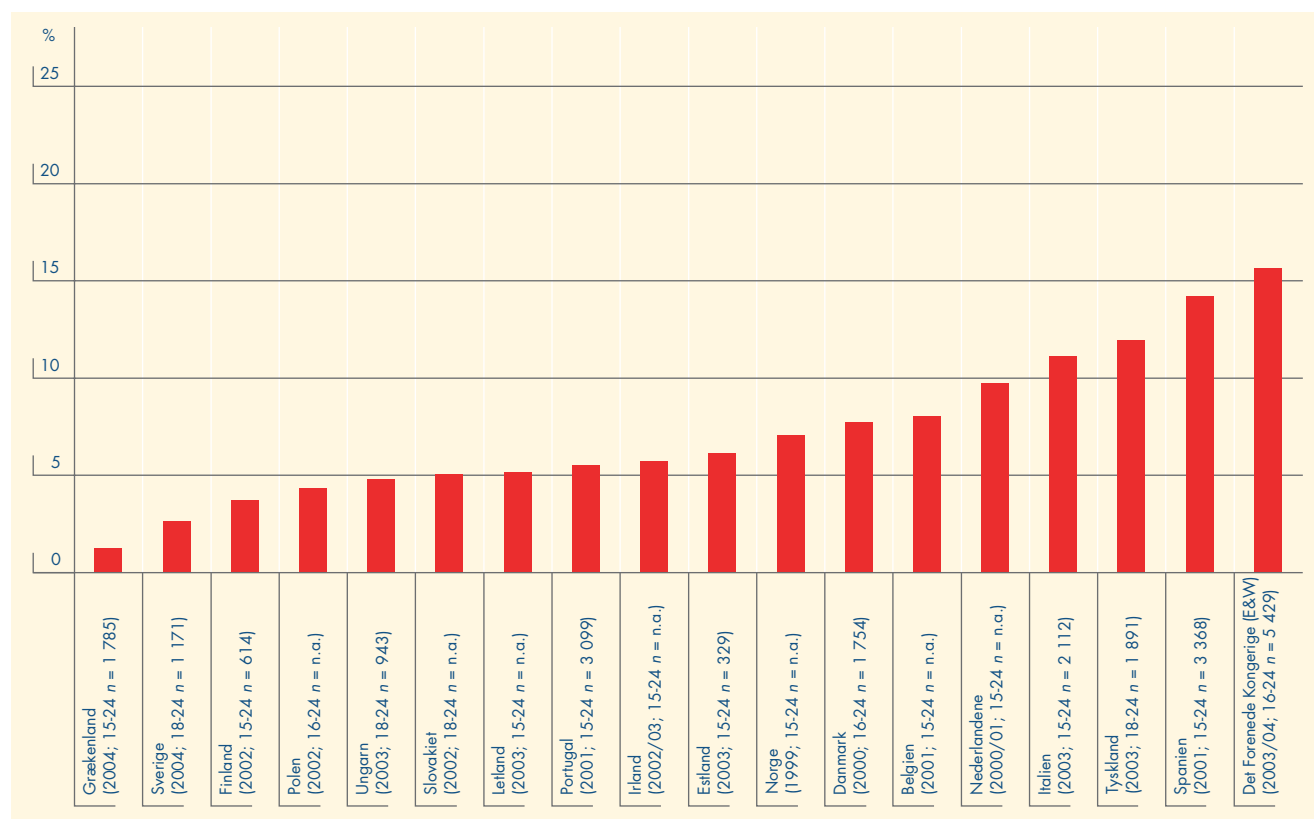
Det forhold, at tallene for nyligt brug og aktuelt brug er væsentligt lavere end for langtidserfaring, viser, at brugen af cannabis har en tendens til at være lejlighedsvis eller blive afbrudt efter nogen tid. I de fleste EU-lande beretter 20-40 % af de voksne, som nogensinde har prøvet

cannabis, at de har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder, mens ca. 10-20 % angiver at have brugt cannabis inden for de seneste 30 dage («fortsættelsesfrekvenser»).

I nyere undersøgelser blev brug inden for den seneste måned angivet af 0,5-9 % af alle voksne (mange lande med en procentsats på 2-4 %), af 1,5-13 % af unge voksne (mange lande med en procentsats på 3-8 %) og af 1,2-16 % af de 15-24-årige (mange lande med en procentsats på 5-10 %) (figur 3). Ifølge et meget groft skøn er én ud af 10-20 unge europæere aktuel cannabisbruger. De lande, der havde de laveste prævalenssatser for aktuelt brug, var Malta, Grækenland, Sverige, Polen og Finland, mens Det Forenede Kongerige og Spanien havde de højeste satser.

I årsberetningen for 2004 (EONN, 2004a) fremgik det af data om hyppigheden af cannabisbrug inden for de seneste 30 dage, at ca. en fjerdedel (19-33 %) af dem, der havde brugt cannabis inden for den seneste måned, havde et dagligt eller næsten dagligt forbrug⁽³⁹⁾, de fleste

Figur 3: Aktuelt brug (seneste måned) af cannabis blandt unge voksne (15-24 år), målt ved nationale undersøgelser



NB: Data er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land. En række lande anvender en lidt anden aldersinddeling for unge end den aldersinddeling, EONN normalt anvender. Ændringer i aldersgrupperne kan i mindre omfang forklare forskelle mellem landene.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽³⁸⁾ Se figur GPS-2 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽³⁹⁾ Se årsberetningen for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Oplysningerne henviser til »brug i 20 eller flere af de seneste 30 dage«, også udtrykt som »dagligt eller næsten dagligt brug«.

af dem unge mænd. Det blev anslået, at blandt de 15-34-årige europæere var 0,9-3,7 % daglige brugere af cannabis, og at ca. 3 millioner personer i Europa således kan være daglige eller næsten daglige brugere af stoffet.

Tendenser

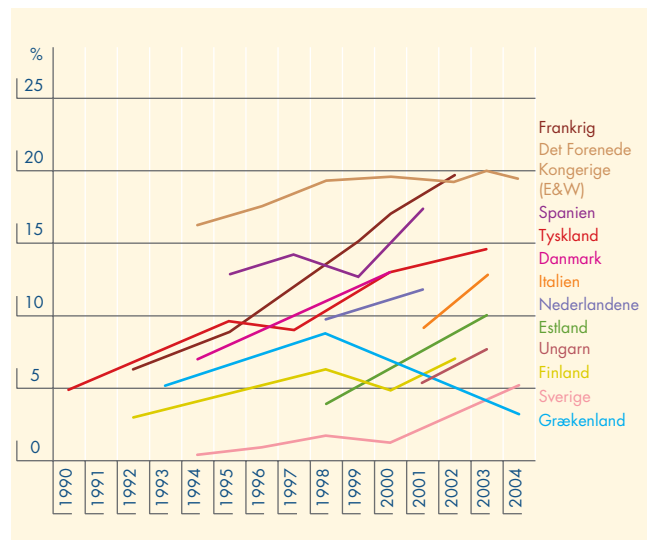
Der er kun foretaget ensartede undersøgelsesserier i få EU-lande og i få år, hvilket gør det vanskeligt at pege på pålidelige tendenser. Mange lande foretager på hinanden følgende undersøgelser, men der er ikke tale om serier i snæver forstand — trods harmoniseringsfremskridt anvendes forskellige metoder og stikprøvestørrelser i undersøgelse, og hyppigheden kan være uregelmæssig. Desuden gennemføres undersøgelserne i forskellige år i forskellige lande, hvilket gør det vanskeligt at identificere europæiske tendenser. Ideelt ville de nationale befolkningsundersøgelser blive gennemført i alle medlemsstater på samme tid; dette ville gøre det meget lettere at sammenligne resultaterne på nationalt plan (over tid) og på europæisk plan (mellem landene) og også lette evalueringen af resultaterne af EU's narkotikahandlingsplan.

De foreliggende resultater fra forskellige undersøgelser (nationale eller lokale husstandsundersøgelser, undersøgelser af værnepligtige og skolebørn) viser, at brugen af cannabis, især blandt unge, steg markant i 1990'erne i næsten alle EU-lande, og at cannabisbruget fortsat er steget i de senere år i nogle lande (figur 4). I Det Forenede Kongerige, som indtil 2000 havde de højeste tal, forblev cannabisbruget blandt unge voksne på et forholdsvis stabilt niveau mellem 1998 og 2003-2004, mens andre lande (Frankrig og Spanien⁽⁴⁰⁾) var ved at komme op på samme niveau. I Grækenland blev der meldt om et fald mellem 1998 og 2004.

Med hensyn til de nye medlemsstater fremgår det af det foreliggende materiale, hovedsageligt fra skoleundersøgelser, at mange af dem har oplevet en væsentlig stigning i brugen af cannabis i de senere år. Dette har navnlig gjort sig gældende siden midten af 1990'erne og har været koncentreret i byområder og blandt mænd og unge voksne. I Estland og Ungarn har det på grundlag af på hinanden følgende undersøgelser blandt voksne været muligt at identificere de seneste tendenser (figur 4).

En sammenligning af resultaterne af ESPAD-skoleundersøgelserne fra 1995, 1999 og 2003 (Hibell mfl., 2004) viser, at i næsten alle medlemsstater og kandidatlande, der deltog i undersøgelsen, steg langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever med 2 % eller mere (figur 5). I mere end halvdelen af disse lande er prævalensskønnene blevet

Figur 4: Tendenser i nyligt brug (seneste 12 måneder) af cannabis blandt unge voksne (15-34 år), målt ved nationale undersøgelser⁽¹⁾



(1) Stikprøvestørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15-34 år for hvert land og år fremgår af tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.

NB: Data fra tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land. Tal og metodebeskrivelse for hver undersøgelse kan ses i tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.

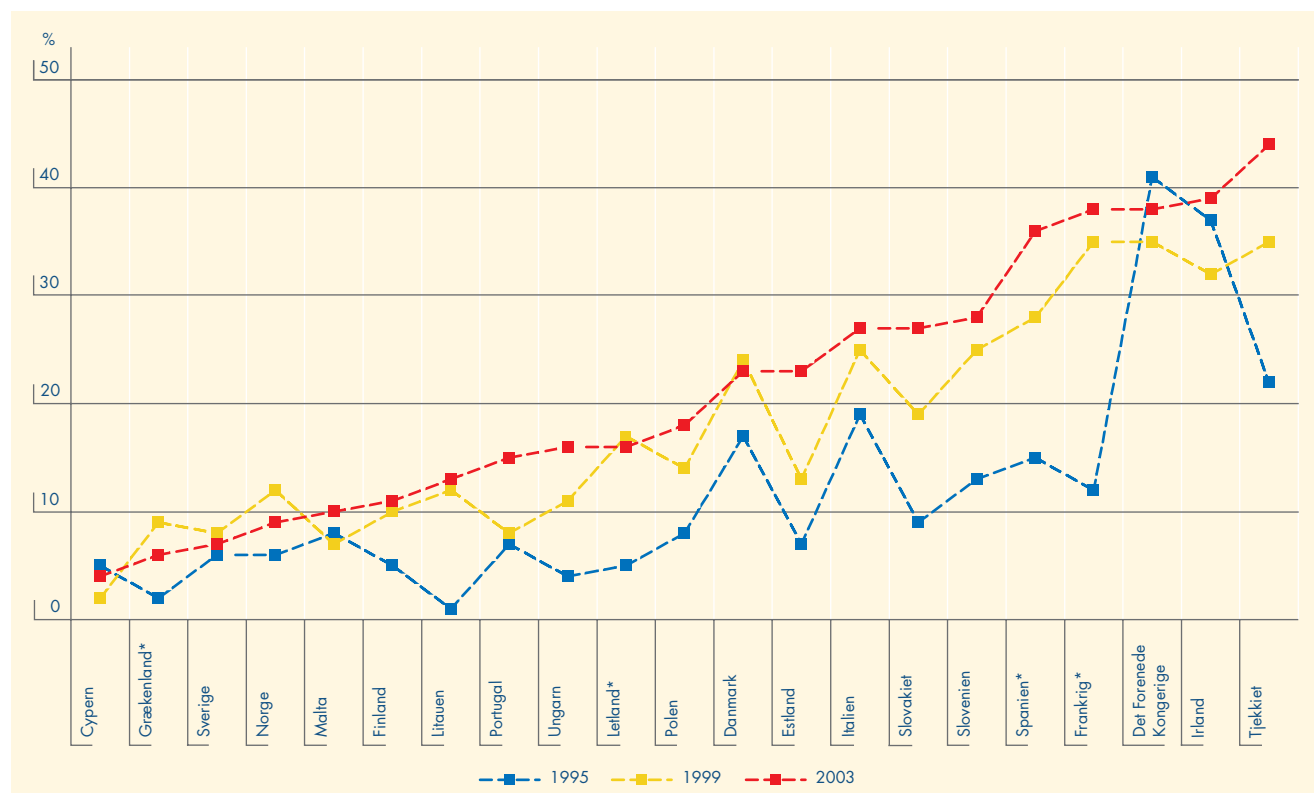
For unge voksne anvender EONN aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Det Forenede Kongerige fra 16 år, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18 år). I Frankrig anvendtes aldersgruppen 25-34 år i 1992 og 18-39 år i 1995.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

fordoblet eller tredoblet siden 1995. De højeste relative stigninger forekom hovedsageligt i de østeuropæiske medlemsstater, som havde indberettet en langtidsprævalens for cannabisbrug på under 10 % i 1995. I ingen af de lande, der var omfattet af ESPAD-undersøgelserne, var der et kontinuerligt og mærkbart fald i langtidsprævalensen for cannabisbrug i løbet af de tre undersøgelser.

Det fremgår af skoleundersøgelser, at EU-medlemsstaterne kan henføres til tre forskellige grupper med hensyn til tendenserne i fritidsbrug og lejlighedsvist brug af cannabis. I den første gruppe (som omfatter Irland og Det Forenede Kongerige) er langtidsprævalensen høj (ca. 38-39 %), men har været stabil gennem de seneste 8 år. I disse lande er der blevet brugt cannabis meget længe, og der udviklede sig høje prævalenssatser for cannabisbrug i løbet af 1980'erne og 1990'erne. I den anden gruppe lande er langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt skoleelever steget markant i perioden (med op til 26 procentpoint). Denne gruppe omfatter alle de nye østeuropæiske medlemsstater såvel som Danmark, Spanien, Frankrig, Italien og Portugal. I den tredje gruppe er skønnene for langtidsprævalensen blandt skoleelever forblevet på et forholdsvis lavt niveau (ca. 10 % og

(40) Ifølge oplysninger, som blev modtaget for sent til at blive medtaget i beretningen, var der en sidste års prævalens blandt unge voksne i Spanien på 20,1 % i undersøgelsen fra 2003.

Figur 5: Langtidsprævalens for cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever ifølge ESPAD-undersøgelserne i 1995, 1999 og 2003

NB: I 1995 var undersøgelser i lande markeret med en asterisk ikke fuldstændig sammenlignelige med ESPAD-undersøgelserne. Spanien deltog ikke i ESPAD-undersøgelsen. De medtagne data er baseret på en spansk undersøgelsesserie i 1996, 1998 og 2002. Spørgsmål vedrørende udbredelsen af stoffer kan anses for at være sammenlignelige med spørgsmålene i ESPAD-undersøgelsen, men andre metodemæssige aspekter betyder, at de spanske data ikke er fuldstændig sammenlignelige.

Kilde: Hibell mfl., 2004.

derunder). Denne gruppe omfatter medlemsstater fra både Nord- og Sydeuropa (Finland, Sverige og Norge samt Grækenland, Cypern og Malta).

Blandt voksne er billedet mindre klart, da der foreligger færre oplysninger, og de oplysninger, der foreligger, er mere heterogene, men der fremkommer et lignende mønster, hvor nyligt brug (de seneste 12 måneder) af cannabis var højt, men stabilt, i Det Forenede Kongerige, nogle lande (f.eks. Danmark, Tyskland, Estland, Spanien og Frankrig) har registreret betydelige stigninger i de senere år, mens prævalensskønnene var lavere og tendenserne mindre klare i andre lande (f.eks. Grækenland, Finland og Sverige). Nye skole- og voksenundersøgelser i de kommende 2-3 år vil bidrage til at kaste mere lys over det komplekse spørgsmål om udviklingen i tendenserne i forbindelse med stofbrug.

Forebyggelse af cannabisbrug

Bekymring i nogle lande over et stigende cannabisforbrug blandt unge har afstedkommet overvejelser om, hvorvidt narkotikatestning kunne være en hensigtsmæssig kontrolforanstaltning. Nogle lande har taget skridt i denne

retning, selv om sådanne tiltag fortsat ikke er almindelige. I Tjekkiet har der været forlydender i pressen om brug af urintestning og narkohunde på skoler. Selv om der er en vis støtte til disse foranstaltninger, konkluderede et ekspertpanel, at sådanne metoder ikke bør indgå i en effektiv primær forebyggelsesstrategi. I Det Forenede Kongerige er der i nye retningslinjer for skolerne anført en række vigtige problemstillinger, som skal tages i betragtning, inden der indføres et program for narkotikatestning. Det skal bl.a. sikres, at der er indhentet behørigt samtykke fra forældrene (og eleverne, hvis de skønnes kompetente), og overvejes, om testning er i overensstemmelse med skolens omsorgsopgave, og om der findes passende støttetjenester eller ej. En eventuel beslutning om at underkaste elever narkotikatestning skal omfattes af skolens narkotikapolitik. På EONN's websted findes en kort rapport om narkotikatestning i skoler i EU ⁽⁴¹⁾.

Cannabis er næsten altid omfattet af universale (ikke-målrettede) narkotikaforebyggelsesprogrammer. Mediernes opmærksomhed omkring det stigende brug af cannabis blandt unge, med den antydning, at

⁽⁴¹⁾ <http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7022>

cannabisbrug er stadig mere »normalt«, understreger behovet for at sætte fokus på unges normative overbevisninger. Bekymring for den stigende accept af cannabisbrug blandt unge er resulteret i, at der er indført forebyggelsesprogrammer, som har til formål at påvirke deres overbevisninger med hensyn til, hvad der er normal eller acceptabel adfærd. Dette emne behandles mere udførligt i kapitel 2. Mange tiltag består hovedsageligt i at give information om cannabis gennem mediekampanjer, foldere eller websteder. Der er imidlertid en række interessante eksempler på selektiv forebyggelse, og disse findes i EONN's database over evaluerede forebyggelsesprojekter, EDDRA ⁽⁴²⁾. Disse projekter er hovedsageligt målrettet mod unge cannabisbrugere, som har begået narkotikalovovertrædelser, og tilbyder rådgivning, træning af personlige kompetencer og støtte fra flere instanser. Eksempler på disse projekter er FRED i Tyskland, MSF-Solidarité Jeunes i Luxembourg, Ausweg i Østrig og »youth offending teams« (YOTs) i Det Forenede Kongerige.

Den høje udbredelse af cannabisbrug blandt unge betyder, at brugen af stoffet ofte er en central problemstilling for dem, der arbejder med børn i skolealderen. En potentielt lovende selektiv skolebaseret forebyggelsestilgang er det Step by Step-program, der er blevet iværksat i Tyskland og Østrig. Dette program hjælper lærerne med at identificere og håndtere narkotikaforbrug og problemadfærd blandt deres elever ⁽⁴³⁾.

Det er en vanskelig problemstilling for dem, der arbejder inden for forebyggelse af cannabisbrug, at afgøre, hvor grænsen mellem forebyggelse og behandling skal trækkes. Cannabisbrug er påvirket af sociale, kammeratskabsmæssige og personlige faktorer, og disse faktorer spiller en vigtig rolle for den enkeltes risiko for at udvikle et narkotikaproblem på længere sigt; forebyggende arbejde fokuserer således ofte snarere på disse områder end på selve stoffet (Morrall mfl., 2002). F.eks. fremgik det af en evaluering af det østrigske Ausweg-projekt, at unge, der blev anmeldt for førstegangsovertrædelser i forbindelse med cannabis, i mindre grad end forventet udviste personlighedsforstyrrelser, hvilket illustrerer, at det snarere er situationsmæssige, sociale og kammeratskabsmæssige

forhold end individuelle psykologiske problemer, der influerer på stofbrug (Rhodes mfl., 2003; Butters, 2004). Der findes imidlertid en række projekter, som fokuserer på cannabis og rådgiver unge om, hvordan de kan nedsætte deres stofbrug. Et eksempel fra Tyskland er »Quit the Shit«-webstedet (<http://www.drugcom.de>), som er et innovativt, internetbaseret rådgivningsprogram for cannabisbrugere.

Data om behandlingsefterspørgsel

Blandt de ca. 480 000 behandlingsanmodninger, der er indberettet i alt, angives cannabis som det primære stof i ca. 12 % af tilfældene, hvorved det indtager en andenplads efter heroin. I otteårsperioden 1996-2003 blev andelen af cannabisklienter blandt nye klienter, der søgte behandling for brug af alle stoffer, mindst fordoblet i mange lande ⁽⁴⁴⁾ med en tilsvarende stigning i antallet af klienter. Denne analyse bør dog behandles med forsigtighed, da den er baseret på et begrænset antal lande, der kan fremvise de fornødne data til en sammenligning af tidstendenser.

Generelt er cannabis, efter heroin, også det stof, der nævnes næsthøjest i rapporterne om klienter, der kommer i behandling for første gang ⁽⁴⁵⁾. Der er store udsving fra land til land, idet cannabis kun nævnes af 2-3 % af alle klienter i Bulgarien og Polen, men af over 20 % af alle klienter i Danmark, Tyskland, Ungarn og Finland ⁽⁴⁶⁾. I alle lande, for hvilke der foreligger data, er andelen af klienter, der søger behandling for cannabisbrug, højere blandt nye klienter end blandt alle klienter, med kun nogle få undtagelser, hvor andelen er stort set lige store ⁽⁴⁷⁾. I otteårsperioden 1996-2003 steg andelen af cannabisklienter blandt klienter, der søgte behandling for brug af alle stoffer, imidlertid fra 9,4 til 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Denne analyse bør dog behandles med forsigtighed, da den er baseret på et begrænset antal lande, der kan fremvise de fornødne data til en sammenligning af tidstendenser.

Blandt stofbrugere i behandling er der langt flere mænd end kvinder. Den største forskel i forholdet mellem mandlige og kvindelige stofbrugere findes blandt nye klienter, der søger behandling for cannabisbrug (4,8:1). Antallet af mænd i forhold til kvinder i behandling er større

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

⁽⁴³⁾ Se EONN's websted for yderligere oplysninger: »Step by Step« (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) og »Early detection and intervention with regard to problematic drug use and addiction« (Tidlig påvisning og indsats med hensyn til problematisk stofbrug og -afhængighed) (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Se tabel TDI-2 (del i) og TDI-3 (del iii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁴⁵⁾ Se tillige det udvalgte tema om efterspørgsel efter cannabisbehandling i EONN's årsberetning for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/>). Dataanalysen er baseret på klienter, der søger behandling på alle behandlingscentre med hensyn til den generelle fordeling og tendenserne og på ambulatorier med hensyn til klientprofil og brugsmønstre.

⁽⁴⁶⁾ Se tabel TDI-2 (del ii) og TDI-5 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁴⁷⁾ Se tabel TDI-4 (del ii) og TDI-5 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁴⁸⁾ Se tabel TDI-3 (del iii) i *Statistical bulletin 2005*.

Indikator for behandlingsefterspørgsel

Oplysninger om antallet af personer, der søger behandling for et stofproblem, giver et nyttigt indblik i de generelle tendenser inden for problematisk stofbrug og også i tilrettelæggelsen og udnyttelsen af behandlingsfaciliteter i Europa. EONN's indikator for behandlingsefterspørgsel (TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ sikrer en ensartet indberetning af antallet af klienter, der henvises til narkotikabehandlingsfaciliteter, og af deres kendetegn. Selv om TDI-data kan siges at give en rimelig god og nyttig viden om, hvad der kendetegner de klienter, der henvises til specialiserede narkotikatjenester, bør man af en række tekniske årsager være forsigtig med at ekstrapolere resultaterne til alle behandlingsudbydernes klienter. Antallet af lande, der foretager indberetninger, varierer således hvert år, hvorfor tendenser, der er identificeret på europæisk plan, bør fortolkes med forsigtighed. Endvidere bør det tages i betragtning, at datadækningen kan være forskellig fra land til land (oplysninger om de elementer, der indgår, fremgår af *Statistical bulletin*), og dataene om behandlingsefterspørgsel afspejler til dels adgangen til narkotikabehandling i landene.

For at gøre det lettere at fortolke og sammenligne dataene om behandlingsefterspørgsel bør følgende punkter tages i betragtning:

- Klienter, der for første gang påbegynder behandling for stofbrug, omtales som »nye klienter«. Denne gruppe anses i analytisk henseende for vigtigere som en

indikator for tendenserne i stofbruget. Analyser indberettes også for alle klienter. Denne gruppe omfatter nye klienter såvel som klienter, der efter at have afbrudt eller afsluttet behandlingen i et tidligere år har genoptaget den i indberetningsåret. Data om klienter, der i indberetningsperioden uden afbrydelse fortsatte en behandling, som var blevet påbegyndt i tidligere år, registreres ikke.

- Der indsamles to former for data: summariske data om alle former for behandlingscentre og detaljerede data om de enkelte typer behandlingscentre (ambulatorier, døgnbehandlingscentre, lavtærskeltjenester, praktiserende læger, behandlingsafdelinger i fængsler, andre typer centre). For de fleste lande findes der imidlertid kun meget få data for andre typer centre end ambulatorier og døgnbehandlingscentre. Af denne grund er analysen ofte begrænset til ambulatorier, hvor datadækningen er bedst.
- Kvalitative og kontekstuelle oplysninger fra de nationale Reitox-rapporter for 2004 er også medtaget som en hjælp ved fortolkningen af TDI-data.

⁽¹⁾ Yderligere oplysninger findes på EONN's webside om behandlingsefterspørgsel (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) og gennem linket til »Joint Pompidou Group-EMCDDA Treatment Demand Indicator Protocol version 2.0«.

⁽²⁾ Nærmere oplysninger om datakilder pr. land findes i tabel TDI-1 i *Statistical bulletin 2005*.

i Tyskland, Cypern, Ungarn og Slovakiet, mens forskellen er mindre i Tjekkiet, Slovenien, Finland og Sverige. Disse forskelle mellem landene kan afspejle kulturelle faktorer eller eventuelt forskelle i den måde, behandlingstjenesterne er organiseret på ⁽⁴⁹⁾.

De personer, der behandles for cannabisproblemer, er normalt forholdsvis unge; praktisk talt alle cannabis-klienter, der er nye i behandlingssystemet, er under 30 år. Det er mere sandsynligt, at teenagere i specialiseret narkotikabehandling vil blive registreret som havende et primært cannabisproblem end klienter i andre aldersgrupper, og cannabis tegner sig således for 65 % af behandlingsanmodningerne blandt unge under 15 år og for 59 % blandt unge i alderen 15-19 år ⁽⁵⁰⁾.

Der er markante forskelle mellem landene med hensyn til hyppigheden af cannabisbrug blandt nye klienter. Den højeste andel af daglige cannabisbrugere er i Danmark og Nederlandene blandt nye cannabis-klienter, og den højeste andel af lejlighedsvis brugere eller personer, som ikke har

brugt cannabis inden for den seneste måned inden behandlingen, findes i Tyskland og Grækenland ⁽⁵¹⁾, hvilket formentlig afspejler forskelle med hensyn til henvisning til behandling. I Tyskland bruger ca. en tredjedel af de nye cannabis-klienter stoffet lejlighedsvist eller har ikke brugt det inden for den sidste måned inden behandlingen, mens denne gruppe andre steder udgør ca. 11 % af klienterne, og ca. 60 % bruger det dagligt.

Beslaglæggelser og markedsinformation

Produktion og ulovlig handel

I 2003 var cannabis fortsat det illegale stof, som der blev produceret mest af, og det var genstand for den største ulovlige handel på verdensplan. Da cannabisproduktionen er spredt over hele verden, og det er vanskeligt at overvåge den, er det svært at anslå, hvor stor produktionen er (UNODC, 2003a).

⁽⁴⁹⁾ Se tabel TDI-22 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁵⁰⁾ Se tabel TDI-10 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁵¹⁾ Se tabel TDI-18 (del iv) i *Statistical bulletin 2005*.

Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation

Antallet af narkotikabeslaglæggelser i et land betragtes sædvanligvis som en indirekte indikator for forsyning og tilgængelighed af narkotika, selv om det også afspejler retshåndhævelsesmyndighedernes ressourcer, prioriteringer og strategier samt den udstrækning, hvori omsætningsleddene er udsat for at blive omfattet af nationale og internationale udbudsbegrænsende strategier. Mængderne, som beslaglægges, kan variere meget fra år til år, f.eks. hvis nogle af beslaglæggelserne et år er meget store. Af den grund betragter mange lande antallet af beslaglæggelser som en bedre indikator for tendenser. I alle lande omfatter antallet af beslaglæggelser en stor andel af små beslaglæggelser i detalledet. Oprindelsen af og destinationen for beslaglagte stoffer kan give en indikation af smuglerruter og produktionsområder, men disse oplysninger foreligger ikke altid. De fleste medlemsstater rapporterer om renhed og priser for stoffer i detalledet. Oplysningerne kommer imidlertid fra en række forskellige kilder, som ikke altid er sammenlignelige eller pålidelige, og dette gør det vanskeligt at foretage nøjagtige sammenligninger landene imellem.

Produktion af cannabisbark i stor målestok er koncentreret i nogle få lande, navnlig i Marokko, mens den ulovlige handel er udbredt over en lang række lande (CND, 2004, 2005). På grundlag af en undersøgelse af cannabisproduktionen i Marokko gennemført af UNODC og Marokkos regering (2003) anslås det, at Rif-regionen tegnede sig for ca. 40 % af den globale produktion af cannabisbark i 2003 (INCB, 2005). Det meste af den cannabisbark, der forbruges i EU, stammer fra Marokko og kommer hovedsageligt ind i Europa via Den Iberiske Halvø, selv om Nederlandene er et vigtigt sekundært distributionscenter, hvorfra stoffet videretransporteres til andre EU-lande (Bovenkerk og Hogewind, 2002). Andre lande, der blev nævnt i 2003 som kilde til cannabisbark, der blev beslaglagt i EU, omfatter Albanien, Afghanistan, Iran, Pakistan, Nepal og Indien (nationale Reitox-rapporter, 2004; INCB, 2005).

Produktionen af cannabisblade er fortsat spredt ud over hele verden, og den potentielle produktion blev anslået til mindst 40 000 tons (CND, 2005). De mængder cannabisblade, der blev beslaglagt i EU i 2003, stammede angiveligt fra flere lande, herunder Nederlandene og Albanien, men også fra afrikanske

lande (Malawi, Sydafrika, Nigeria) og USA (nationale Reitox-rapporter, 2004). Endvidere finder der i en vis udstrækning lokal (indendørs eller udendørs) dyrkning og produktion af cannabis sted i de fleste EU-medlemsstater (nationale Reitox-rapporter, 2004).

Beslaglæggelser

I 2003 blev der globalt beslaglagt i alt 1 347 tons cannabisbark og 5 821 tons cannabisblade. Vest- og Centraleuropa (70 %) og Sydvestasien og Det Nære Østen og Mellemøsten (21 %) tegnede sig for størstedelen af den beslaglagte cannabisbark, mens beslaglæggelserne af cannabisblade var koncentreret i Nord-, Mellem- og Sydamerika (68 %) og Afrika (26 %) (CND, 2005). Cannabis er det narkotikum, der målt i mængde beslaglægges mest af i samtlige EU-lande undtagen Estland og Letland, hvor antallet af amfetaminbeslaglæggelser i 2003 var større. Med hensyn til mængde er cannabis også normalt det narkotikum, der beslaglægges mest af i EU, selv om mængderne af andre beslaglagte stoffer i 2003 blev angivet at være højere i nogle få lande — amfetaminer i Estland og Luxembourg, heroin i Ungarn og kokain i Polen. Traditionelt er de fleste beslaglæggelser af cannabis i EU sket i Det Forenede Kongerige, efterfulgt af Spanien og Frankrig, og dette er formentlig stadig tilfældet ⁽⁵²⁾. I de seneste 5 år har Spanien dog mængdemæssigt tegnet sig for over halvdelen af den samlede beslaglagte cannabis i EU. På EU-plan har antallet af cannabisbeslaglæggelser ⁽⁵³⁾ vist en mere eller mindre stigende tendens siden 1998, om end en delvis indberetning af data fra nogle få lande skaber usikkerhed om denne tendens, mens de beslaglagte mængder ⁽⁵⁴⁾ synes at være steget siden 2000.

Pris og styrke

I 2003 svingede den gennemsnitlige detailpris for cannabisbark i EU mellem 1,4 EUR/g i Spanien og 21,5 EUR/g i Norge, mens prisen for cannabisblade varierede fra 1,1 EUR/g i Spanien til 12 EUR/g i Letland ⁽⁵⁵⁾.

Cannabisprodukternes styrke bestemmes ud fra deres indhold af den primære aktive ingrediens tetrahydrocannabinol (THC). I 2003 er der i de lande, for hvilke der foreligger data, meldt om cannabisbark i detalledet med et gennemsnitligt indhold af THC fra under 1 % (Polen) til 25 % (Slovakiet), mens styrken i cannabisblade varierede fra 1 % (Ungarn, Finland) til 20 % (lokalt dyrket cannabis i Nederlandene) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2003 foreligger. Oplysninger om antallet af cannabisbeslaglæggelser i 2003 mangler for Italien, Cypern, Nederlandene og Rumænien; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2003 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige.

⁽⁵³⁾ Se tabel SZR-1 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁵⁴⁾ Se tabel SZR-2 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁵⁵⁾ Se tabel PPP-1 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁵⁶⁾ Se tabel PPP-5 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.



Kapitel 4

Stimulanser af amfetamintypen, lsd og andre syntetiske stoffer

Med hensyn til udbredelse af brug er en eller anden form for syntetisk stof i næsten alle lande det næsthøypigst brugte stof. Generelt er brugen af disse stoffer ikke udbredt i den almindelige befolkning, mens udbredelsen blandt yngre aldersklasser er betydeligt større, især i visse sociale sammenhænge og/eller subkulturer.

Blandt de syntetiske stoffer, der bruges i Europa, er både stimulanser og hallucinogener. Af sidstnævnte er lysergsyrediætylamid (lsd) langt det mest kendte, men det samlede forbrug har i længere tid været lavt og ret stabilt. Der er dog noget, der tyder på en stigende interesse for naturligt forekommende hallucinogener, og dette emne behandles andetsteds i denne beretning.

Stimulanser af amfetamintypen (ATS) omfatter både amfetaminer og stoffer i ecstasygruppen. Amfetaminer er en generisk betegnelse, som anvendes til at beskrive en række kemisk beslægtede stoffer, som stimulerer det centrale nervesystem, hvoraf de to vigtigste, for så vidt angår det europæiske illegale narkotikamarked, er amfetamin og metamfetamin. Af disse stoffer er amfetaminer absolut de mest tilgængelige, selv om metamfetaminbruget stiger på verdensplan. Hidtil synes det i Europa kun at være Tjekkiet, der har et større forbrug af metamfetaminer, om end sporadiske indberetninger andre steder fra understreger betydningen af overvågning, da dette stof er kendt for at være forbundet med en række alvorlige helbredsproblemer.

Det mest kendte stof i ecstasygruppen er 3,4-methylenedioxy-metamfetamin (MDMA), men ofte findes andre beslægtede analogstoffer også i ecstasytabletterne. Disse stoffer omtales undertiden som entaktogener, dvs. at »berøre indvendigt«, og omfatter syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men som virker på en lidt anden måde, da de kombinerer nogle af de virkninger, der mere typisk findes i hallucinogener.

Udbredelse og brugsmønstre

Befolkningsundersøgelser har traditionelt vist, at det efter cannabis er amfetamin, der er det mest anvendte illegale stof, selv om udbredelsen af amfetamin generelt er klart

mindre end udbredelsen af cannabis. Dette mønster ser nu ud til at være ved at ændre sig i mange lande, idet ecstasy har overhalet amfetaminer og indtaget andenpladsen efter cannabis i både nyere generelle befolkningsundersøgelser og skoleundersøgelser. F.eks. fremgik det af ESPAD-skoleundersøgelserne fra 2003 (Hibell mfl., 2004), at skønnene over langtidspævalensen for ecstasybrug lå over skønnene for amfetamin i 14 af EU-landene, Norge og kandidatlandene ⁽⁵⁷⁾. Det er imidlertid værd at huske, at ecstasy blev populært i løbet af 1990'erne, mens amfetamin er blevet brugt i længere tid. Dette afspejles i nyere voksenundersøgelser, som viste højere tal for langtidserfaring med amfetaminbrug i 11 lande og for ecstasybrug i 10 lande, men højere tal for nyligt brug (de seneste 12 måneder) af ecstasy i 15 lande og af amfetaminer i kun 5 lande (i 2 lande var de indberettede tal ens).

Ifølge nyere undersøgelser varierer langtidserfaringen med ecstasybrug blandt alle voksne (15-64 år) fra 0,1 til 6 % i EU-medlemsstaterne, undtagen Det Forenede Kongerige, hvor tallet ligger helt oppe på 12 %. Nyligt brug ligger klart lavere, nemlig 0-1,5 %, idet Danmark, Estland og Det Forenede Kongerige ligger i den højere ende af skalaen.

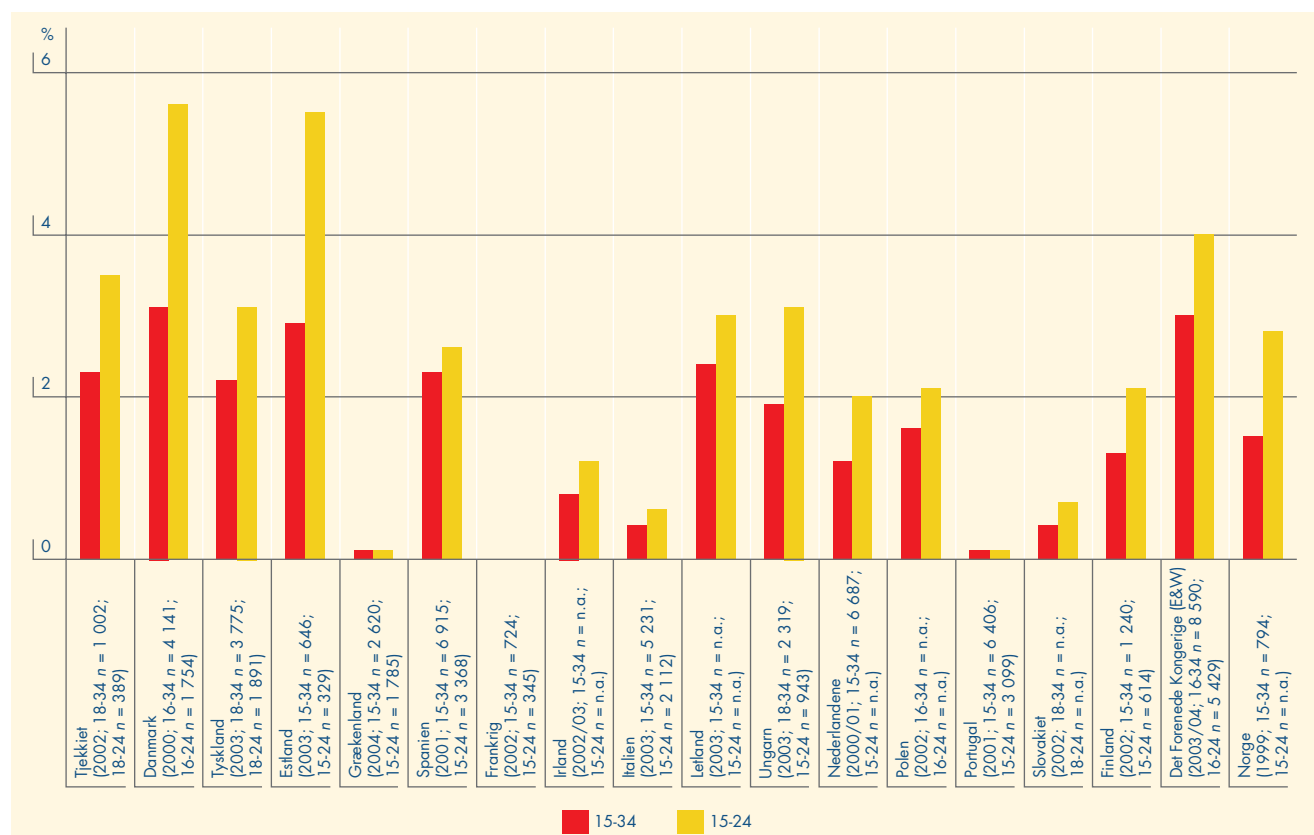
Et lignende billede viser sig i befolkningsundersøgelser med hensyn til gruppen af unge voksne (15-34 år), hvor langtidserfaringen med amfetaminbrug varierer fra 0,1 til 10 %, idet Det Forenede Kongerige har indberettet et usædvanligt højt tal på 18,4 %. Nyligt brug varierer fra 0 til 3 %, og Danmark, Estland og Det Forenede Kongerige befinder sig igen i den højeste ende af skalaen (figur 6). Selv om tallene for langtidspævalensen for Det Forenede Kongerige er betydeligt højere end tallene i andre lande, ligger prævalensen for nyligt amfetaminbrug (brug inden for de seneste 12 måneder) i vidt omfang på niveau med de satser, der er indberettet i andre lande, og fortsætter generelt med at falde.

Nye data om brugen af amfetaminer blandt 15-16-årige skoleelever angives i ESPAD-undersøgelserne fra 2003 ⁽⁵⁸⁾. Langtidspævalensen for amfetaminbrug varierer fra under 1 % til 7 %; de højeste nationale skøn over nyligt brug og

⁽⁵⁷⁾ Se figur EYE-2 (del iv) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁵⁸⁾ I kapitel 2 findes en udførlig analyse af resultaterne af ESPAD-skoleundersøgelsen fra 2003.

Figur 6: Nyligt brug (seneste 12 måneder) af amfetaminer blandt unge voksne i udvalgte aldersgrupper, 15-34 år og 15-24 år, målt ved befolkningsundersøgelser



NB: Data er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land (se tabel GPS-4 med hensyn til aldersgruppen 15-34 år). En række lande anvender en lidt anden aldersinddeling for unge end den aldersinddeling, EONN normalt anvender. Ændringer i aldersgrupperne kan i mindre omfang forklare forskelle mellem landene.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

aktuelt brug (de seneste 30 dage) af stoffet ligger på henholdsvis 4 og 3 %.

Ca. 0,2-6,5 % af den voksne befolkning har prøvet ecstasy, og tallene for de fleste lande ligger på 1-4 %. Nyligt brug er angivet af 0-2,5 % af de voksne, og de højeste prævalenstal findes i Tjekkiet, Spanien og Det Forenede Kongerige.

Blandt unge voksne (15-34 år) har 0,6-13,6 % erfaring med ecstasybrug. Nyligt brug (de seneste 12 måneder) er angivet af 0,4-6 %, og de højeste prævalenstal findes i Tjekkiet, Estland, Spanien og Det Forenede Kongerige (figur 7).

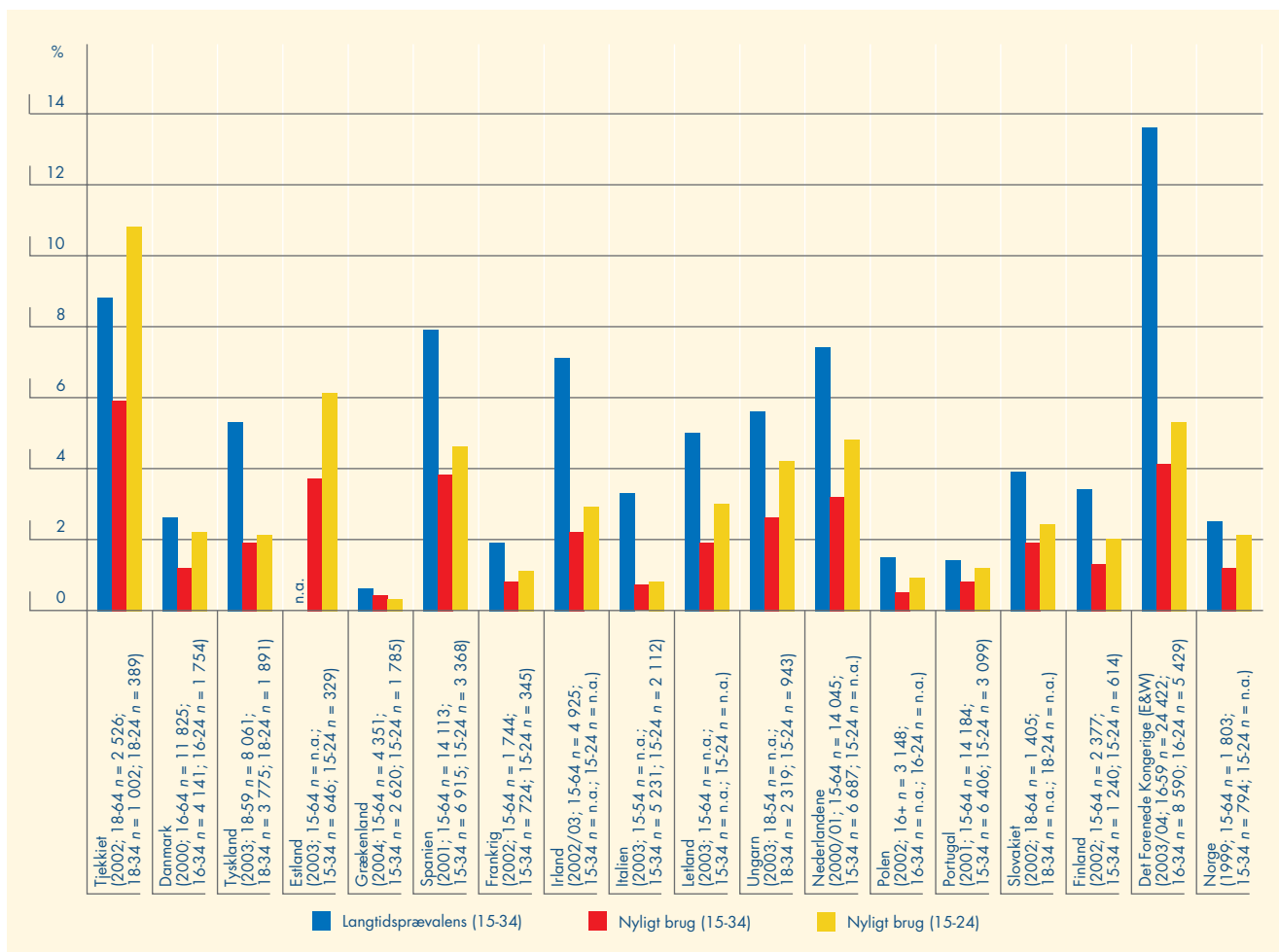
Da ecstasybrug primært er et ungdomsfænomen, er det hensigtsmæssigt at analysere prævalensen blandt 15-24-årige samt 15-16-årige skoleelever. Blandt de 15-24-årige varierer langtidserfaringen fra 0,4 til 13 %, mens nyligt brug varierer fra 0,3 til 11 %. Endvidere er stofbruget i denne aldersgruppe mere udbredt blandt mænd end kvinder, og de fleste lande angiver, at langtidserfaringen

blandt 15-24-årige mænd ligger på 4-16 % og tallene for nyligt brug blandt mænd på 2-8 %. Endelig blev tal for aktuelt brug (inden for de seneste 30 dage), hvori indgår regelmæssigt brug, angivet af 7 lande, og de lå på mellem 2 og 5 %, hvilket tyder på, at 1 ud af 20-50 mænd i alderen 15-24 år bruger ecstasy regelmæssigt. Disse tal er sandsynligvis højere i byområder og navnlig blandt personer, der frekventerer diskoteker, klubber eller dansearrangementer (Butler og Montgomery, 2004).

Skønnene over prævalensen for ecstasybrug er væsentligt lavere for 15-16-årige skoleelever end for de 15-24-årige. Langtidspævalensen for ecstasybrug blandt de undersøgte skoleelever varierer fra 0 til 8 %, med endnu lavere tal for nyligt brug (0-4 %) og aktuelt brug (0-3 %). I de fleste lande ligger skønnene over aktuelt brug på 1-2 %, uden den store forskel mellem kønnene (Hibell mfl., 2004).

Dette skal sammenholdes med resultaterne af den amerikanske undersøgelse om narkotikabrug og sundhed fra 2003 (SAMHSA, 2003), hvoraf det fremgår, at langtidserfaringen med ecstasybrug blandt voksne (personer

Figur 7: Langtidsprævalens og nyligt brug (seneste 12 måneder) af ecstasy blandt unge voksne i udvalgte aldersgrupper, 15-34 og 15-24 år, målt ved befolkningsundersøgelser



NB: Data er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land (se tabel GPS-2 i *Statistical bulletin 2005* med hensyn til langtidsprævalens og tabel GPS-4 med hensyn til nyligt brug blandt aldersgruppen 15-34 år).

En række lande anvender en lidt anden aldersinddeling for unge end den aldersinddeling, EONN normalt anvender. Ændringer i aldersgrupperne kan i mindre omfang forklare forskelle mellem landene.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

på 12 år og derover) var på 4,6 % og det nylige brug på 0,9 %. Samme undersøgelse viste, at langtids erfaringen blandt de 18-25-årige lå på 14,8 %, nyligt brug på 3,7 % og aktuelt brug (seneste måned) på 0,7 %⁽⁵⁹⁾.

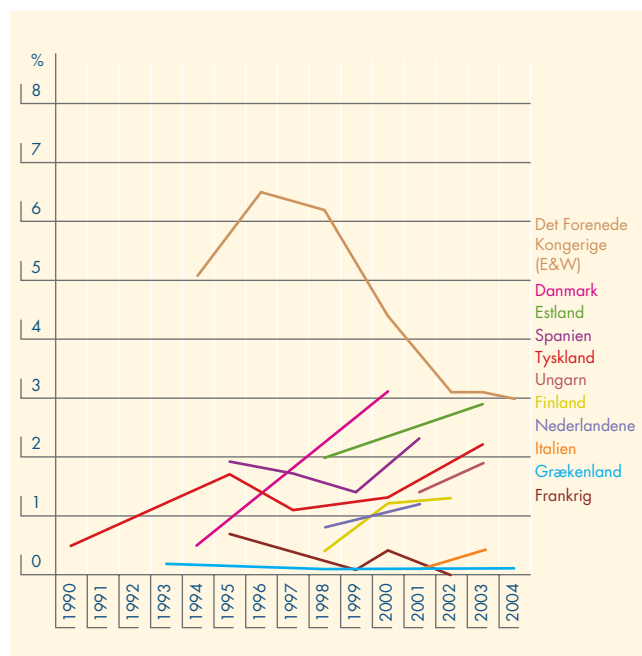
Tendenser

Befolkningsundersøgelser viser en stigning i nyligt brug af amfetamin (figur 8) og ecstasy (figur 9) blandt unge voksne i de fleste lande med oplysninger fra på hinanden følgende undersøgelser. Med hensyn til ecstasy er undtagelserne Tyskland og Grækenland, hvor der ikke har været en stigning, og Det Forenede Kongerige, hvor brugen af disse stoffer for nylig har stabiliseret sig (2002/2003), om end det er på et forholdsvis højt niveau (figur 9).

Brugen af ecstasy overstiger som nævnt nu niveauet for brug af amfetamin i mange lande; dette er imidlertid langt fra udtryk for et fald i amfetaminbruget. I de fleste lande, der er i stand til at fremlægge oplysninger fra på hinanden følgende undersøgelser, er brugen af amfetamin (nyligt brug blandt unge voksne) faktisk steget. En væsentlig undtagelse er Det Forenede Kongerige, hvor der er konstateret et betydeligt fald i amfetaminbruget siden 1998. Dette kan måske forklare, hvorfor langtidsprævalensen i Det Forenede Kongerige er høj i forhold til den mere moderate prævalens for nyligt brug, der er registreret. Man kan stille sig det spørgsmål, om faldet i amfetaminbrug i et vist omfang er blevet opvejet af stigninger i brugen af kokain og ecstasy (se figur 8 og 9).

⁽⁵⁹⁾ Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, der anvendes af EONN i EU-undersøgelser (15-64 år). På den anden side er aldersfordelingen i forbindelse med unge voksne (18-25 år) snævrere end den fordeling, der anvendes i de fleste EU-undersøgelser (15-24 år).

Figur 8: Tendenser i nyligt brug (seneste 12 måneder) af amfetaminer blandt unge voksne (15-34 år), målt ved befolkningsundersøgelser (1)



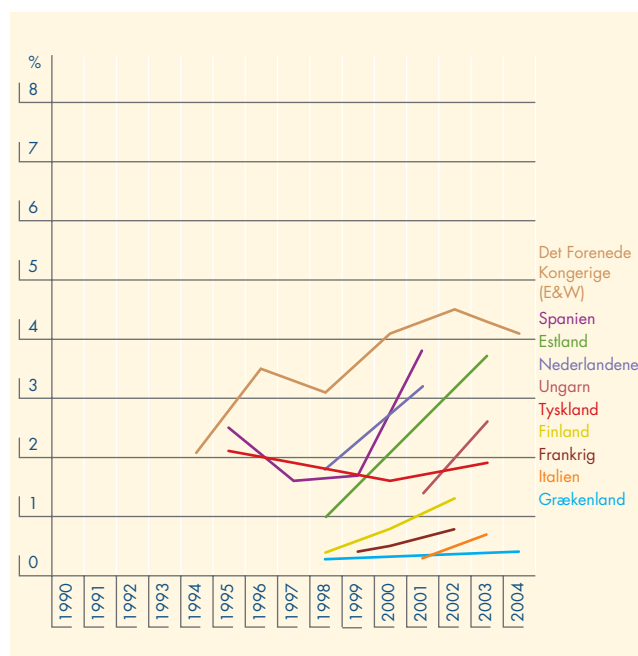
(1) Stikprøvestørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15-34 år for hvert land og år fremgår af tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.
 NB: Data fra tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land. Tal og metodebeskrivelse for hver undersøgelse kan ses i tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.
 For unge voksne anvender EONN aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Det Forenede Kongerige fra 16 år, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18 år). I Frankrig anvendtes aldersgruppen 18-39 år i 1995.
 Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

Data om behandlingsefterspørgsel

Brug af ATS er sjældent den primære grund til at søge narkotikabehandling. Der er dog visse undtagelser: I Tjekkiet, Finland og Sverige tegner ATS, især snarere amfetaminer end ecstasy, sig for alt mellem 18 % og over 50 % af alle de primære stoffer, der søges behandling for. I Tjekkiet vedrører over 50 % af de indberettede anmodninger om behandling et primært metamfetaminproblem. Dette afspejles også i nye behandlingsanmodninger, med tilføjelse af Slovakiet (60). Endvidere nævner 11 % af nye europæiske klienter, der søger behandling og giver oplysninger, ATS som et sekundært stof (61).

En sammenligning af data fra 2002 og 2003 viser, at den stigende tendens i antallet af ATS-brugere fortsatte (+ 3,5 %); mellem 1996 og 2003 steg antallet af klienter,

Figur 9: Tendenser i nyligt brug (seneste 12 måneder) af ecstasy blandt unge voksne (15-34 år), målt ved befolkningsundersøgelser (1)



(1) Stikprøvestørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15-34 år for hvert land og år fremgår af tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.
 NB: Data fra tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land. Tal og metodebeskrivelse for hver undersøgelse kan ses i tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.
 For unge voksne anvender EONN aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Det Forenede Kongerige fra 16 år, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18 år).
 Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

der søgte behandling for brug af ATS, fra 2 204 til 5 070 i 12 EU-lande.

Blandt nye klienter, der søger ambulante behandling for brug af ATS, bruger 78,5 % amfetaminer og 21,4 % MDMA (ecstasy) (62). Den højeste andel af ecstasyklienter findes i Ungarn, Nederlandene og Det Forenede Kongerige.

Næsten en tredjedel af de ATS-brugere, der søger behandling, er i alderen 15-19 år, og en anden tredjedel er mellem 20 og 24 år (63). Langt hovedparten af ATS-klienter brugte stoffet første gang, da de var mellem 15 og 19 år (64).

Blandt ATS-klienter i behandling er antallet af lejlighedsvis og daglige brugere det samme. I de lande, hvor andelen af amfetaminklienter er højere, bruger de fleste klienter stoffet 2-6 gange om ugen (65).

(60) Se tabel TDI-4 (del ii) og TDI-5 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

(61) Se tabel TDI-24 i *Statistical bulletin 2005*.

(62) Se tabel TDI-23 i *Statistical bulletin 2005*.

(63) Se tabel TDI-11 (del i) og TDI-11 (del v) i *Statistical bulletin 2005*.

(64) Se tabel TDI-10 (del i) og TDI-10 (del v) i *Statistical bulletin 2005*.

(65) Se tabel TDI-18 (del iii) i *Statistical bulletin 2005*.

Amfetaminer og ecstasy indtages hovedsageligt oralt (58,2 %); ca. 15 % af klienterne indtager imidlertid stoffet ved injektion; i nogle lande er mere end 60 % af ATS-klienterne aktuelle intravenøse brugere af amfetaminer (Tjekkiet og Finland) ⁽⁶⁶⁾.

Ecstasyrelaterede dødsfald

Sammenlignet med opiatrelaterede dødsfald er dødsfald, hvor ecstasy er involveret, forholdsvis ualmindelige, men i nogle lande ikke ubetydelige, og overvågningen af disse dødsfald kan forbedres. Udtrykket »ecstasyrelateret dødsfald« kan forstås således, at ecstasy er nævnt i dødsattesten eller er blevet fundet ved den toksikologiske analyse (ofte sammen med andre stoffer) ⁽⁶⁷⁾.

Selv om indberetningen ikke er harmoniseret, fremgår det af data fra de nationale Reitox-rapporter for 2004, at ecstasyrelaterede dødsfald er sjældne i de fleste EU-lande, navnlig dødsfald, som tilskrives ecstasy alene. I 2003 meldte en række lande om ecstasyrelaterede dødsfald: Østrig (1 dødsfald, hvor ecstasy var involveret alene), Tjekkiet (1 dødsfald, som formentlig kunne tilskrives en overdosis af MDMA), Frankrig (8 tilfælde, hvor ecstasy var involveret), Tyskland (2 tilfælde, hvor ecstasy var involveret alene, og 8, som kunne tilskrives ecstasy sammen med andre stoffer — med tilsvarende tal på 8 og 11 i 2002), Portugal (påvist i 2 % af de narkotikarelaterede dødsfald) og Det Forenede Kongerige (ecstasy »omtalt« i 49 dødsattester i 2000, 76 i 2001 og 75 i 2002). Nederlandene meldte om 7 dødsfald forårsaget af akut forgiftning med psykostimulanser, selv om det ikke blev angivet, hvilket stof der var involveret.

Kun få lande fremlægger data om akutte hospitalsindlæggelser i forbindelse med ecstasy. I Amsterdam forblev antallet af akutte episoder, som ikke havde døden til følge (Nederlandenes nationale rapport), og som kunne tilskrives ecstasybrug, stabilt mellem 1995 og 2003 (og det samme var tilfældet med hensyn til episoder relateret til amfetaminer), mens antallet af akutte episoder forårsaget af hallucinogene svampe og gammahydroxybutyrat (GHB) steg. I Danmark (national rapport) steg antallet af sygehuskontakter efter forgiftning med centralstimulerende stoffer fra 112 tilfælde i 1999 til 292 tilfælde i 2003; af disse sygehuskontakter steg antallet i forbindelse med ecstasybrug markant fra 1999 til 2000, men uden nogen klar tendens herefter, mens antallet af kontakter i forbindelse med amfetaminbrug har været støt stigende i perioden.

Forebyggelse

Mobile forebyggelsesprojekter tilpasses den fragmenterede karakter, »rave«-kulturen har, således at målgruppen i form af unge fritidsstofbrugere stadig kan nås, f.eks. gennem kontaktpunkter for hvert »miljø«. Blandt de lande, hvor der tidligere fandtes pilletestning, er man ophørt med denne praksis i Tyskland og Portugal. I Nederlandene udføres pilletestning kun på laboratorier, og i Frankrig er der stillet forslag om at opgive pilletestning på stedet. Blandt årsagerne til disse ændringer er, at der ikke længere så hyppigt forekommer forfalskede piller i Vesteuropa, og der fortsat er betænkeligheder med hensyn til lovligheden af denne praksis. I Tjekkiet blev pilletestningsprojekterne imidlertid videreført og var faktisk genstand for debat i medierne.

Forebyggelse i fritidsmiljøer

Selektive forebyggelsesprojekter i fritidsmiljøer angives i stigende grad af de nye medlemsstater, navnlig Tjekkiet, Cypern (mobil informationsenhed i nattelivet), Ungarn (tre organisationer), Polen og Slovenien.

Foranstaltningernes indhold forbliver typisk uændret og er omtrent det samme i de fleste medlemsstater, f.eks. stoffrie diskoteker, kunstforestillinger, teater, mediestøtte (film, tegnefilm osv.), seminarer, mobile udstillinger og rejseerfaringer (Luxembourgs nationale rapport).

Strukturbaserede tiltag er fortsat vigtige. I Italien, Nederlandene og Skandinavien betragtes etablering af netværk som en forudsætning for narkotikaforebyggelse, og målet er at påvirke nattelivskulturen. Med henblik herpå etablerer fagfolk inden for forebyggelse kontakt til ejerne af lokaler, der typisk anvendes til fritidsstofbrug (herunder »coffee shops« i Nederlandene), samt til andre, der arbejder i nattelivet, f.eks. dørmænd og barpersonale. I Sverige er sådanne tiltag blevet udbredt til andre store byer end Stockholm. En undersøgelse af lignende ordninger i Nederlandene konkluderede, at »festdeltagere og -arrangører opfører sig væsentligt mere ansvarligt i forbindelse med illegale stoffer end forventet« (Pijlman mfl., 2003). Integrerede tilgange som disse har også den fordel, at de afleder offentlighedens opmærksomhed fra episoder og nødsituationer i forbindelse med illegale stoffer ved store fester og fokuserer opmærksomheden på de generelle risici, som klubmiljøet frembyder. Retningslinjer for et mere sikkert natteliv falder ind under denne kategori, men er endnu ikke udbredt i Europa (Calafat mfl., 2003).

⁽⁶⁶⁾ Se tabel TDI-17 (del iii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁶⁷⁾ I EONN's årsberetning for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/da/page038-da.html>) behandles ecstasyrelaterede dødsfald mere udførligt.

Individuel onlinerådgivning via websteder er en forholdsvis ny metode, der er indført i Østrig og Tyskland (<http://www.drugcom.de>). Ligeledes findes der en e-post-rådgivning hos Wiener Drogenhilfes nye callcenter, og der er udviklet kvalitetsstandarder (FSW, 2004). De fleste websteder i forbindelse med narkotikaforebyggelse tilbyder imidlertid blot ekspertrådgivning og omfatter ikke diskussionsfora, da der ikke foreligger solide beviser for, at sådanne forbrugerstyrede peer-to-peer-grupper er effektive (Eysenbach mfl., 2004).

Beslaglæggelser og markedsinformation ⁽⁶⁸⁾

Ifølge FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet (UNODC, 2003a) er produktionen af ATS — »syntetiske stoffer, herunder de kemisk beslægtede amfetaminer, metamfetaminer og ecstasy« — vanskelig at kvantificere, fordi »produktionen starter med let tilgængelige kemikalier i laboratorier, der let kan skjules«. Dog anslås den samlede årlige produktion af ATS på verdensplan til ca. 520 tons (UNODC, 2003b). ATS-beslaglæggelserne på globalt plan toppede i 2000 ved 46 tons, faldt derefter, men steg igen til 34 tons i 2003 (CND, 2004, 2005).

Amfetaminer

Ud fra antallet af lukkede laboratorier er den globale produktion af amfetaminer fortsat koncentreret i Europa. I 2003 blev der afsløret amfetaminlaboratorier i 8 EU-lande (Belgien, Tyskland, Estland, Litauen, Luxembourg, Nederlandene, Polen, Det Forenede Kongerige). Det meste af den amfetamin, der blev beslaglagt i EU i 2003, stammede fra Nederlandene, efterfulgt af Polen og Belgien. Endvidere er der rapporteret om produktion af amfetaminer i Estland og Litauen bestemt til nordiske lande. Den ulovlige handel med amfetamin finder fortsat hovedsageligt sted inden for de enkelte regioner (nationale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005).

Ligeledes finder de fleste amfetaminbeslaglæggelser sted i Europa. Vest- og Centraleuropa tegnede sig for 82 % af den samlede mængde amfetamin, der blev beslaglagt på verdensplan i 2003, mens Øst- og Sydøsteuropa tegnede sig for 13 % og lande i Det Nære Østen og Mellemøsten for 3 % (CND, 2005). I EU er det land, der igennem de seneste 5 år har haft flest amfetaminbeslaglæggelser,

Det Forenede Kongerige ⁽⁶⁹⁾. I EU som helhed toppede antallet af amfetaminbeslaglæggelser ⁽⁷⁰⁾, som tidligere havde vist en stigende tendens, i 1998, mens de beslaglagte mængder ⁽⁷¹⁾ toppede i 1997. Antallet af amfetaminbeslaglæggelser steg igen i 2001 og 2002, men kan på grundlag af tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, have stabiliseret sig eller være faldet i 2003. De beslaglagte mængder har også varieret, men synes at have været stigende siden 2002 ⁽⁷²⁾.

I 2003 varierede de gennemsnitlige amfetaminpriser på brugerniveau fra under 10 EUR/g i Belgien, Estland, Grækenland, Letland, Ungarn, Nederlandene og Slovakiet til 37,5 EUR/g i Norge ⁽⁷³⁾. Den gennemsnitlige renhedsgrad for amfetaminer i detailledet varierede i 2003 fra 7,5 % (Tyskland) til 50 % (Norge) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetaminer

Ser man på de mængder, der fremstilles og smugles på verdensplan, er metamfetaminer den vigtigste ATS. I 2003 blev de største mængder fortsat produceret og beslaglagt i Øst- og Sydøstasien (Kina, Myanmar, Filippinerne, Thailand), efterfulgt af Nordamerika (Det Forenede Stater) (CND, 2005). Metamfetaminproduktionen i Europa sker i meget mindre målestok. I 2003 blev hemmelige metamfetaminlaboratorier opdaget og indberettet af Tjekkiet, Tyskland, Litauen og Slovakiet (nationale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). I Tjekkiet angives produktionen af metamfetamin at have fundet sted siden begyndelsen af 1980'erne (UNODC, 2003a). Det meste af produktionen er bestemt til lokalt forbrug, men en del smugles til Tyskland og Østrig (Tjekiets nationale rapport, 2004). I 2003 meldte de tjekkiske myndigheder om en stigning i produktionen af »pervitin« (lokal metamfetamin) på grundlag af farmaceutiske mærkevarerprodukter som følge af mangel på efedrin (metamfetamins prækursor) på det lokale sorte marked. Selv om information om metamfetaminer ikke systematisk indberettes til EONN, har Tjekkiet, Tyskland, Litauen og Norge meldt om beslaglæggelser af metamfetaminer i 2003. Endvidere har Danmark angivet, at metamfetamin i stigende grad optræder på det illegale narkotikamarked, og Letland har meldt om, at der var beslaglagt en øget mængde (0,8 tons) efedrin i 2003 (i forhold til 2002) (nationale Reitox-rapporter, 2004).

⁽⁶⁸⁾ Se »Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation«, s. 42.

⁽⁶⁹⁾ Bør kontrolleres, når Det Forenede Kongeriges data for 2003 foreligger. Oplysninger om antal amfetaminbeslaglæggelser i 2003 mangler for Italien, Cypern, Nederlandene og Rumænien; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2003 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige.

⁽⁷⁰⁾ Se tabel SZR-7 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁷¹⁾ Se tabel SZR-8 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁷²⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2003 — især fra Det Forenede Kongerige — foreligger.

⁽⁷³⁾ Se tabel PPP-4 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁷⁴⁾ Se tabel PPP-8 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

I 2003 svigede detailprisen for »pervitin« i Tjekkiet mellem 16 og 63 EUR/g ⁽⁷⁵⁾, mens renhedsgraden varierede mellem 50 og 75 % ⁽⁷⁶⁾.

Ecstasy

På internationalt plan er Europa fortsat den verdensdel, der har den største ecstasyproduktion, men dette er tilsyneladende ved at ændre sig, idet ecstasyproduktionen i de senere år har bredt sig til andre dele af verden, især Nordamerika og Øst- og Sydøstasien (CND, 2005; INCB, 2005). I 2003 faldt antallet af ecstasylaboratorier, der blev opdaget i hele verden (CND, 2005); i EU blev sådanne laboratorier afsløret i Belgien, Estland, Litauen og Nederlandene (nationale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Den ecstasy, der er beslaglagt i EU, angives at stamme især fra Nederlandene, efterfulgt af Belgien, selv om Estland og Det Forenede Kongerige også nævnes som producerende lande (nationale Reitox-rapporter, 2003).

Ulovlig handel med ecstasy finder fortsat primært sted i Vesteuropa, men i de senere år har den ulovlige handel i lighed med produktionen bredt sig til resten af verden (UNODC, 2003a). Med hensyn til beslaglagte mængder tegnede Vest- og Centraleuropa sig i for 58 %, efterfulgt af Oceanien med 23 % (CND, 2005). I 2002 overhalede Nederlandene for første gang Det Forenede Kongerige som det EU-land, der beslaglagde mest ecstasy ⁽⁷⁷⁾.

Antallet af ecstasybeslaglæggelser ⁽⁷⁸⁾ på EU-plan var hastigt stigende i perioden 1998-2001. Siden 2002 er antallet af beslaglæggelser imidlertid faldet, og tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, tyder på, at dette fald formentlig er fortsat i 2003. De beslaglagte ecstasymængder ⁽⁷⁹⁾ voksede hastigt i perioden 1998-2000 og siden langsommere. I 2003 faldt de beslaglagte mængder imidlertid i de fleste af de lande, der indberetter data herom. Det tilsyneladende fald i ecstasybeslaglæggelser på EU-plan (både antal og mængder) i 2003 bør imidlertid kontrolleres, når de manglende data for 2003 — især fra Det Forenede Kongerige — foreligger.

I 2003 kostede en ecstasytablet på gadeplan i gennemsnit fra under 5 EUR (Ungarn, Nederlandene) til 20-30 EUR (Grækenland, Italien) ⁽⁸⁰⁾.

I 2003 indeholdt de fleste analyserede tabletter solgt som illegale stoffer kun ecstasy (MDMA, det aktive stof) og ecstasylignende stoffer (MDEA, MDA) som de psykoaktive stoffer. Dette var tilfældet i Danmark, Spanien, Ungarn, Nederlandene, Slovakiet og Norge, hvor over 95 % af de analyserede tabletter indeholdt disse stoffer. To lande, Estland og Litauen, angav imidlertid, at en høj procentdel (henholdsvis 94 og 76 %) af de analyserede tabletter indeholdt amfetamin og/eller metamfetamin som de eneste psykoaktive stoffer. MDMA-indholdet i ecstasytabletter varierer meget fra parti til parti (også selv om partierne bærer det samme logo), såvel landene imellem som inden for de enkelte lande. I 2003 lå det gennemsnitlige MDMA-indhold i ecstasytabletter på mellem 54 og 78 mg ⁽⁸¹⁾. Andre psykoaktive stoffer, der i 2003 blev fundet i tabletter solgt som ecstasy, var MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5-MeO-DIPT, 4-MTA og 1-PEA (nationale Reitox-rapporter, 2004).

Lsd

Lsd produceres og smugles i meget mindre omfang end ATS. Indtil 2000 fandt de fleste lsd-beslaglæggelser i EU sted i Det Forenede Kongerige, men siden da har Tyskland ⁽⁸²⁾ tegnet sig for det højeste antal beslaglæggelser ⁽⁸³⁾. I perioden 1998-2002 var såvel antallet af lsd-beslaglæggelser ⁽⁸⁴⁾ som de beslaglagte mængder ⁽⁸⁵⁾ støt faldende på EU-plan — bortset fra en periode i 2000, hvor kurven fladede ud. I 2003 steg såvel antallet af beslaglæggelser som beslaglagte mængder imidlertid for første gang i 9 år. Usædvanligt store mængder blev beslaglagt i Spanien, Frankrig og Polen. Dette kunne tyde på en fornyet stigning i den ulovlige handel med (og eventuelt brug af) lsd i EU. I 2003 betalte brugeren af en lsd-enhed i gennemsnit fra 4 EUR i Det Forenede Kongerige til 25 EUR i Italien ⁽⁸⁶⁾.

⁽⁷⁵⁾ Se tabel PPP-4 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁷⁶⁾ Se tabel PPP-8 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁷⁷⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2003 foreligger. Oplysninger om antallet af ecstasybeslaglæggelser i 2003 mangler for Italien, Cypern, Nederlandene og Rumænien; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2003 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige.

⁽⁷⁸⁾ Se tabel SZR-9 (del iv) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁷⁹⁾ Se tabel SZR-10 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁸⁰⁾ Se tabel PPP-4 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁸¹⁾ Dette er baseret på data fra nogle få lande, nemlig Danmark, Tyskland, Frankrig, Luxembourg og Nederlandene.

⁽⁸²⁾ For at undgå en overfortolkning af ændringerne fra det ene år til det næste bør det bemærkes, at der er tale et lille antal lsd-beslaglæggelser.

⁽⁸³⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2003 foreligger. Oplysninger om antallet af lsd-beslaglæggelser i 2003 mangler for Italien, Cypern, Nederlandene og Polen; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2003 mangler for Irland, Malta, Slovenien, Det Forenede Kongerige, Bulgarien og Rumænien.

⁽⁸⁴⁾ Se tabel SZR-11 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁸⁵⁾ Se tabel SZR-12 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁸⁶⁾ Se tabel PPP-4 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

Det tidlige varslingsystem

Hovedformålet med det europæiske tidlige varslingsystem (EWS) inden for rammerne af EU's fælles aktion om nye former for syntetisk narkotika fra 1997⁽⁸⁷⁾ er hurtig indsamling, analyse og udveksling af oplysninger om nye syntetiske stoffer, så snart de dukker op i det europæiske narkotikamiljø. EWS hører under EONN's auspicer via Reitox-netværket og opererer i nært samarbejde med Europol, som stiller relevante oplysninger fra retshåndhævende myndigheder til rådighed via sit netværk af nationale enheder.

I 2004 underrettede medlemsstaterne EONN om 6 nye syntetiske stoffer, hvorved det samlede antal overvågede stoffer nåede op på over 25. Disse omfatter ringsubstituerede phenetylaminer (hovedsageligt fra 2C-gruppen samt TMA-2, 4-MTA, PMMA osv.), tryptaminer (f.eks. DMT, AMT, DIPT og forskellige derivativer) og piperaziner (herunder BZP, mCPP). Der blev ligeledes indsamlet og udvekslet oplysninger om andre stoffer, herunder en række cathinoner (f.eks. substituerede pyrrolidiner). Europa-Kommissionen og Det Europæiske Råd blev imidlertid ikke anmodet om at godkende en risikovurdering af ethvert nyt stof, da der ikke forelå tilstrækkelige beviser for individuelle/ folkesundhedsmæssige eller sociale risici.

Ketamin og GHB, som begge blev underkastet en risikovurdering i 2000, overvåges fortsat via EWS. Selv om der er tegn på, at bruget af disse to stoffer i fritidsmiljøer kunne udbredes betydeligt, er det foreliggende materiale endnu ikke tilstrækkeligt til at kvantificere udbredelsen eller identificere tendenser på EU-plan.

Der blev fundet ketamin i Belgien, Danmark, Grækenland, Frankrig, Ungarn, Nederlandene, Sverige, Det Forenede Kongerige og Norge. De fleste af beslaglæggelserne var i form af hvidt pulver, men Frankrig og Det Forenede Kongerige meldte også om beslaglæggelser/erhvervelser af ketamin i flydende form. De højeste antal påvisninger i legemsvæsker og prøver blev angivet af Sverige og Norge (henholdsvis 51 og 30), men ingen af landene sondrede mellem medicinsk og illegalt brug.

Identificeringer af GHB, herunder beslaglæggelser af prækursorerne GBL og 1,4-BD (kemikalier, som er lette at få fat på), blev indberettet af Belgien, Tjekkiet, Danmark, Estland, Frankrig, Nederlandene, Sverige, Finland, Det

Forenede Kongerige og Norge. GHB er blevet beslaglagt både som pulver og i flydende form.

I de sidste to måneder af 2004 blev der i Belgien, Frankrig, Italien og Nederlandene meldt om mange forgiftningstilfælde som følge af indtagelse af kokain blandet med forholdsvis høje doser atropin⁽⁸⁸⁾. Så snart risikoen for kombineret kokain-/atropinforgiftning blev klar, udsendte EONN en advarsel til parterne i EWS med opfordring til at informere deres netværk og navnlig de relevante sundhedsmyndigheder om tegn på kokain-/atropinforgiftning, således at den kan diagnosticeres på et tidligt stadium. Som følge heraf valgte flere medlemsstater også at udsende tidlige varslinger til deres netværk eller offentlige sundhedsmyndigheder.

I maj 2005 blev EWS yderligere styrket gennem Rådets afgørelse (2005/387/RIA), som trådte i stedet for den fælles aktion fra 1997. Rådets afgørelse udvider anvendelsesområdet til alle nye psykoaktive stoffer (både narkotiske og syntetiske stoffer). Endvidere giver mekanismen mulighed for, at lægemidler omfattes af udvekslingen af oplysninger om nye psykoaktive stoffer.

International indsats mod produktion af og ulovlig handel med syntetiske stoffer

EU og det internationale samarbejde har i stigende grad erkendt betydningen af overvågning og kontrol af de prækursorer, der er nødvendige til produktionen af kontrollerede stoffer. Ved at øge agtpågivenheden over for de kemikalier, der er nødvendige til produktionen af stoffer som heroin, kokain og ecstasy, kan der gennemføres foranstaltninger til at modvirke eller hæmme udbuddet. For øjeblikket findes der tre vigtige internationale programmer på dette område: Operation Purple, som vedrører kaliumpermanganat, der anvendes til produktion af kokain, Operation Topaz, som overvåger den internationale handel med eddikesyreanhydrid, en prækursor, som anvendes til produktion af heroin, og Prisme-projektet, som er fokuseret på sporingsefterforskninger i forbindelse med beslaglæggelser af prækursorer af stimulanser af amfetamintypen ved indgangssteder eller illegale narkotikalaboratorier. I alt 20 227 transaktioner er blevet indberettet til Det Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB) og undersøgt som led i disse operationer i de seneste to år, og der er noget, der tyder på, at disse foranstaltninger har påvirket narkotikaproduktionen.

⁽⁸⁷⁾ I den fælles aktion fra 1997 vedrørende udveksling af oplysninger, risikovurdering og kontrol med nye former for syntetisk narkotika (EFT L 167 af 25.6.1997) defineres nye syntetiske narkotika som »syntetiske narkotika, der ikke på nuværende tidspunkt er opført på nogen af listerne i FN-konventionen af 1971 om psykotrope stoffer, og som udgør en lige så stor trussel for folkesundheden som stofferne på liste I og II, og som har en begrænset terapeutisk virkning«. Aktionen vedrører det færdige produkt, til forskel fra prækursorer.

⁽⁸⁸⁾ Atropin, et antikolinergisk stof, er et naturligt forekommende alkaloid af *Atropa belladonna*. Alvorlig forgiftning kan være dødelig.

Prisme-projektet er navnlig vigtigt i relation til produktionen af syntetiske stoffer inden for EU. Dette er et område med store udfordringer, da der blandt den lange række kemikalier, som kan anvendes til produktionen af ATS, findes mange stoffer, som er nødvendige til eller er biprodukter af lovlige kommercielle aktiviteter. Områder af interesse for Prisme-projektet omfatter overvågning af den internationale handel med safrol, der anvendes i produktionen af ecstasy, forhindring af ulovlig anvendelse af farmaceutiske præparater, der indeholder pseudoefedrin, og lokalisering af laboratorier, der er involveret i illegal fremstilling af 1-phenyl-2-propanon. Trods de vanskeligheder, der er forbundet med at arbejde på dette område, synes Prisme-projektet at have fremmet et bedre internationalt samarbejde, der er resulteret i vellykkede forbudsforanstaltninger. Et eksempel herpå, som INCB (2005) omtalte i sin nylige rapport, var samarbejdet mellem Kina og Polen, som førte til identificering af omfattende smugling af 1-phenyl-2-propanon til Polen.

Indsats mod produktion af og ulovlig handel med syntetiske stoffer i Europa

I overensstemmelse med gennemførelsesplanen vedrørende foranstaltninger, der skal træffes med hensyn til udbuddet af syntetiske stoffer, udarbejdede Kommissionen i samarbejde med Europol i december 2003 en rapport, som beskriver, hvilke fremskridt der er gjort inden for de multilaterale projekter med at kortlægge distributionsnet samt de erfaringer, der er høstet på EU-plan, i medlemsstaterne og i kandidatlandene. Rapporten pegede på de centrale elementer i sådanne projekter, som synes afgørende for at opnå operationelle fordele. Den konkluderede tillige, at der er en »potentiell fordel ved at kombinere oplysninger og efterretninger fra en række forskellige områder i forbindelse med syntetiske stoffer inden for rammerne af en samlet og integreret strategi«.

I december 2004 slog Europol projekterne Case og Genesis sammen til projektet Synergy, der består af en analysedatabase, som understøttes af 20 medlemsstater og en række tredjestater, Europolis system til

sammenligning af ulovlige laboratorier (Europol Illicit Laboratory Comparison System — EILCS) og Europolis system for ecstasylogoer (Europolis Ecstasy Logo System — EELS). Projektet støtter fortsat Case-projektet (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe), et svensk initiativ vedrørende amfetaminprofilering samt den europæiske fællesinstans for prækursorer (European Joint Unit on Precursors — EJUP), der består af eksperter fra seks medlemsstater.

Med analysedatabasen sikres indsamling og analyse af kriminalefterretninger af høj kvalitet i forbindelse med syntetiske stoffer og prækursorer. Hovedvægten lægges på at undersøge kriminelle grupper og/eller markante modi operandi.

Som led i EILCS sammenstilles fotografisk og teknisk information fra produktionssteder for syntetisk narkotika og tilknyttede kemikalieaffaldsdepoter, hvorved det bliver muligt at efterforske forbindelser mellem beslaglagt udstyr, materialer og kemikalier, iværksætte udveksling af oplysninger, sporingsefterforskninger, retsmedicinske undersøgelser som bevismateriale samt identificering af og fokusering på smuglere og tilknyttede kriminelle grupper. Europol er via EILCS det europæiske knudepunkt for den del af Prisme-projektet, der vedrører udstyr (Project Prism — Equipment), INCB's globale sporingsprogram vedrørende tabletmaskiner og andet udstyr til produktion af syntetiske stoffer.

Som led i EELS sammenlignes modi operandi, fotografisk og grundlæggende retsmedicinsk information om betydelige beslaglæggelser, hvorved det bliver muligt at identificere sammenfald mellem beslaglæggelser og, med beslaglagte stempler, iværksætte udveksling af oplysninger mellem retshåndhævende myndigheder, yderligere undersøgelser og retsmedicinsk profilering som bevismateriale og fokusering på kriminelle grupper.

Europolis *Synthetic drug production equipment catalogue* (oversigt over udstyr til produktion af syntetiske stoffer) og *Ecstasy logo catalogue* (oversigt over ecstasylogoer) opdateres og offentliggøres regelmæssigt.



Kapitel 5

Kokain og crackkokain

Udbredelse af kokainbrug og brugsmønstre

Ifølge nyere nationale befolkningsundersøgelser angiver mellem 0,5 og 6 % af den voksne befolkning at have prøvet kokain mindst én gang (dvs. langtidspævalens), idet Italien (4,6 %), Spanien (4,9 %) og Det Forenede Kongerige (6,8 %) ligger højest på listen. Under 1 % af de voksne melder generelt om nyligt kokainbrug (de seneste 12 måneder); i de fleste lande er tallet på mellem 0,3 og 1 %. I Spanien og Det Forenede Kongerige ligger prævalensen på over 2 %.

Selv om prævalenstallene for kokainbrug ligger meget lavere end de sammenlignelige tal for cannabisbrug, kan prævalensen blandt yngre voksne være højere end gennemsnittet for befolkningen som helhed. Langtidserfaringen blandt 15-34-årige ligger på 1-1,6 %, og de højeste niveauer findes igen i Spanien (7,7 %) og Det Forenede Kongerige (11,6 %). Nyligt brug varierer mellem 0,2 og 4,6 %; Danmark, Irland, Italien og Nederlandene har således alle en prævalens på ca. 2 %, mens tallet i Spanien og Det Forenede Kongerige er over 4 %.

Bruget af kokain er højere blandt mænd. F.eks. viste undersøgelser fra Danmark, Tyskland, Spanien, Italien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige, at langtidserfaringen blandt 15-34-årige mænd lå på mellem 5 og 13 %. I 6 lande lå tallene for nyligt brug over 3 %, og Spanien og Det Forenede Kongerige har indberettet tal på 6-7 % (figur 10).

I befolkningen i almindelighed afbrydes kokainbrug efter en forsøgsperiode i starten af voksenlivet, eller kokainbruget er lejlighedsvist og især begrænset til weekender og fritidsmiljøer (barer og diskoteker). I nogle lande kan visse former for regelmæssigt brug dog være ikke ubetydeligt. Aktuelt brug (inden for de seneste 30 dage) er angivet af 1,5-4 % af unge mænd (15-34 år) i Spanien, Italien, Nederlandene og Det Forenede

Kongerige. Det er sandsynligt, at bruget af kokain er væsentligt mere udbredt i byområder.

Det fremgik af en nyere undersøgelse af en række byer, at langt hovedparten (95 %) af de personer, som blev defineret som socialt integrerede brugere (rekrutteret på diskoteker, i klubber eller via private kontakter), sniffede kokain; kun en meget lille del havde nogensinde røget eller injiceret stoffet (Prinzleve mfl., 2004).

Et meget groft skøn over nyligt brug (sidste års prævalens) af kokain vil, på grundlag af en gennemsnitlig prævalens på ca. 1 % af alle voksne, give et tal på mellem 3 og 3,5 millioner personer i Europa. Tallene for aktuelt brug resulterer i et groft skøn på ca. 1,5 millioner brugere ⁽⁸⁹⁾.

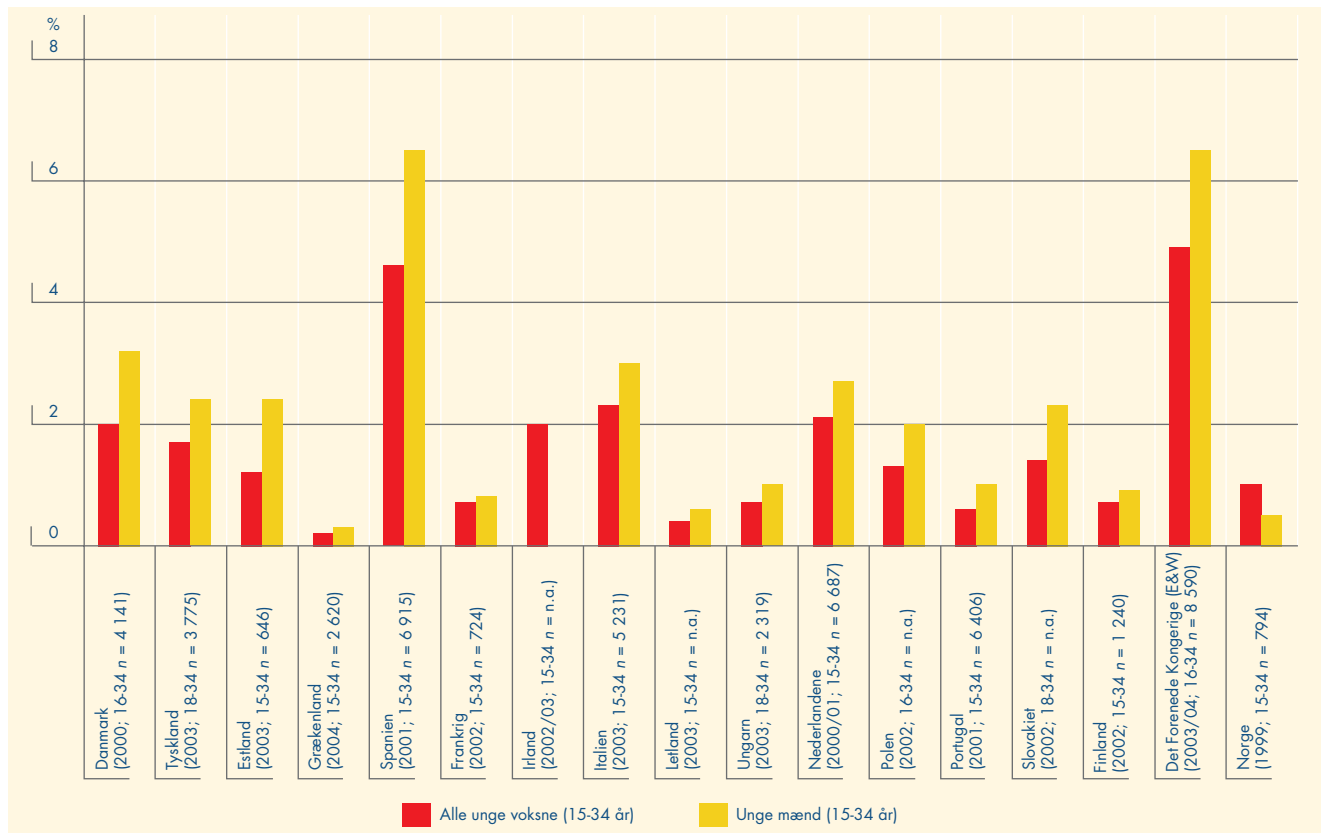
Uden for Europa viser den amerikanske nationale undersøgelse om narkotikabrug og sundhed fra 2003 (SAMHSA, 2003), at 14,7 % af de voksne (12 år og derover) har angivet langtidserfaring med kokainbrug, og 2,5 % har angivet at have brugt kokain inden for de seneste 12 måneder ⁽⁹⁰⁾. Blandt 18-25-årige var tallene 15 % (nogensinde), 6,6 % (de seneste 12 måneder) og 2,2 % (seneste måned). For 18-25-årige mænd var tallene henholdsvis 17,4; 8,2 og 2,9 %. Generelt er langtidspævalensen for kokainbrug højere i befolkningen i almindelighed i USA end i de lande i Europa, hvor bruget er mest udbredt. Denne forskel fremgår imidlertid ikke så klart i forbindelse med nyligt brug, da nogle europæiske lande nu melder om skøn, der overstiger de amerikanske tal.

Tendenser i kokainbruget

Det er stadig vanskeligt at identificere klare europæiske tendenser i kokainbruget på grundlag af befolkningsundersøgelser (se afsnittet om tendenser for cannabis). Der er imidlertid kommet advarsler om stigninger i kokainbruget i Europa fra flere kilder, herunder lokale rapporter, fokusundersøgelser gennemført i dansemiljøer, meldinger om stigninger i indikatorerne for

⁽⁸⁹⁾ Disse meget grove skøn er blot beregnet ved at tage prævalenstal i midten af intervallet af nationale prævalenssatser (se tabel GPS-1 i *Statistical bulletin* 2005). Bemærk, at en række lande med store befolkninger (Tyskland, Spanien, Italien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige) har forholdsvis høje prævalenssatser, i mange tilfælde højere end det interval, der anvendes til beregningen.

⁽⁹⁰⁾ Bemærk, at aldersfordelingen i den amerikanske undersøgelse (12 år og derover) er bredere end den aldersfordeling, der anvendes af EONN i EU-undersøgelser (15-64 år). På den anden side er aldersfordelingen i forbindelse med unge voksne (18-25 år) snævrere end den fordeling, der anvendes i de fleste EU-undersøgelser (15-24 år).

Figur 10: Nyligt brug (seneste 12 måneder) af kokain blandt alle unge voksne og blandt unge mænd, målt ved nationale undersøgelser

NB: Data er fra de senest tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land (se tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*). En række lande anvender en lidt anden aldersinddeling for unge end den aldersinddeling, EONN normalt anvender. Ændringer i aldersgrupperne kan i mindre omfang forklare forskelle mellem landene.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

beslaglæggelser og nogle stigninger i indikatorerne i forbindelse med problemer (dødsfald, akutte episoder).

Nyligt brug af kokain blandt unge steg markant i Det Forenede Kongerige i perioden 1996-2000, men er siden da forblevet forholdsvis stabilt, selv om der er registreret moderate stigninger i de senere år, og i Spanien⁽⁹¹⁾ i perioden 1999-2001. Mindre markante stigninger blev registreret i Danmark, Italien, Ungarn, Nederlandene og Østrig (i lokale undersøgelser) og, med udsving i løbet af 1990'erne, i Tyskland (figur 11).

Kokainrelaterede dødsfald

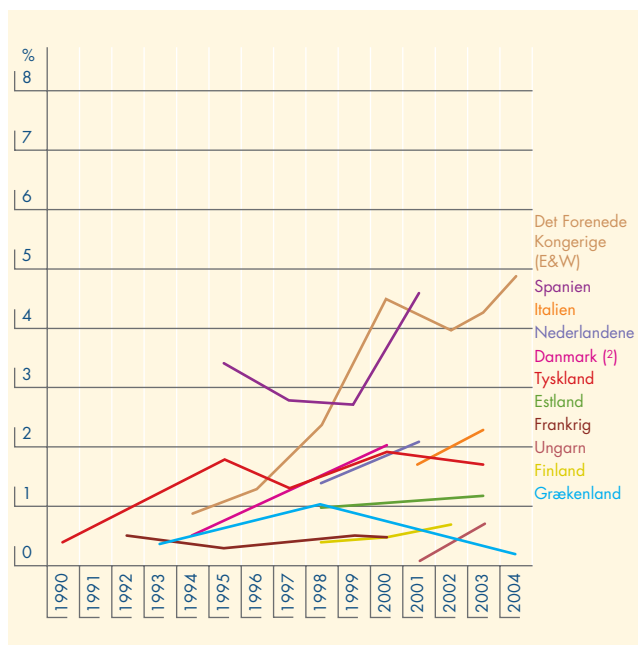
Sundhedsrisiciene ved kokainbrug har givet anledning til stigende bekymring, navnlig på grund af den tendens til øget brug i fritiden, der er registreret i nogle lande, især i miljøer (diskoteker, klubber), der frekventeres af ungdomsgrupper. Trods vanskelighederne ved at anslå antallet af kokainrelaterede dødsfald kan dette tal fungere som en værdifuld indikator for øget risiko eller hjælpe med at identificere risikofyldte brugsmønstre. Selv om akutte dødsfald, der involverer kokain uden opiater, synes at være

sjældne i Europa, er det sandsynligt, at de nuværende statistikker ikke giver fyldestgørende oplysninger om kokainrelaterede dødsfald. De oplysninger, der foreligger om dødsfald forårsaget af kokain på europæisk plan, er begrænsede og indberettes i forskellige former. Kokainbrug er udbredt blandt opiatbrugere, og det er almindeligt at finde kokain i toksikologiske analyser af tilfælde af opiatoverdoser, foruden andre stoffer som f.eks. alkohol og benzodiazepiner.

En række lande indberettede oplysninger om kokainrelaterede dødsfald i 2003 (nationale Reitox-rapporter): Tyskland (25 tilfælde, der alene kunne tilskrives kokain, og 93 tilfælde, hvor kokain forekom sammen med andre stoffer; i 2002 var de tilsvarende tal 47 og 84), Frankrig (10 dødsfald forårsaget af kokain alene og 1 i forbindelse med et lægemiddel), Grækenland (2 tilfælde som følge af kokain), Ungarn (4 dødsfald forårsaget af en overdosis af kokain), Nederlandene (17 kokainrelaterede dødsfald i 2003, med en stigende tendens mellem 1994, 2 tilfælde, og 2002, 37 tilfælde), Østrig (kokain blev fundet i 30 % af de narkotikarelaterede dødsfald, men alene i kun 3 tilfælde og i 1 tilfælde i forbindelse med gas), Portugal (kokain blev fundet i 37 % af de

⁽⁹¹⁾ Oplysninger, som blev modtaget for sent til at blive medtaget i beretningen, tyder på en stabilisering i undersøgelserne fra 2003 (sidste års prævalens blandt unge voksne på 4,8 % i forhold til 4,6 % i 2001).

Figur 11: Tendenser i nyligt brug (seneste 12 måneder) af kokain blandt unge voksne (15-34 år), målt ved befolkningsundersøgelser ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Stikprøvestørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15-34 år for hvert land og år fremgår af tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽²⁾ I Danmark vedrører værdien for 1994 »hårde stoffer«.

NB: Data fra tilgængelige nationale undersøgelser i hvert land. Tal og metodebeskrivelse for hver undersøgelse kan ses i tabel GPS-4 i *Statistical bulletin 2005*.

For unge voksne anvender EONN aldersgruppen 15-34 år (Danmark og Det Forenede Kongerige fra 16 år, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18 år). I Frankrig anvendtes aldersgruppen 25-34 år i 1992 og 18-39 år i 1995.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i befolkningsundersøgelser, rapporter eller videnskabelige artikler. Se tillige tabel GPS-0 i *Statistical bulletin 2005*.

narkotikarelaterede dødsfald) og Det Forenede Kongerige («omtaler» af kokain i dødsattester steg fra 85 i 2000, til 115 i 2001 og 171 i 2002, med en 8-dobling i perioden 1993-2001). I sin nationale Reitox-rapport for 2003 har Spanien angivet, at kokain i 2001 var involveret i 54 % af alle narkotikarelaterede dødsfald; i 39 tilfælde (8 % af alle narkotikarelaterede dødsfald) var der tale om dødsfald, uden at opiat er involveret, hvoraf 21 var forårsaget af kokain alene og 5 af kokain og alkohol.

Trods begrænsningerne med hensyn til de foreliggende oplysninger synes kokain at have spillet en afgørende rolle i 1-15 % af de narkotikarelaterede dødsfald i de lande, der var i stand til foretage en sondring mellem de stoftyper, der har forårsaget dødsfald, og flere lande (Tyskland, Spanien, Frankrig og Ungarn) har indberettet tal på ca. 8-12 % af de narkotikarelaterede dødsfald. Selv om det er meget vanskeligt at ekstrapolere disse resultater til hele Europa, kunne dette betyde flere hundreder

kokainrelaterede dødsfald pr. år på EU-plan. Selv om tallene er meget lavere end for dødsfald forårsaget af opiat, er kokainrelaterede dødsfald et alvorligt og muligvis stigende problem; i de få lande, hvor det er muligt at vurdere tendenserne, går de i retning af en stigning.

Endvidere er kokain muligvis en medvirkende årsag til dødsfald som følge af hjerte-kar-problemer (arrhythmia, hjerteinfarkt og hjerneblødninger; se Ghuran og Nolan, 2000), især i tilfælde af foruddisponerede brugere, og mange af disse dødsfald bliver ikke nødvendigvis indberettet.

Data om behandlingsefterspørgsel ⁽⁹²⁾

Efter opiat og cannabis er kokain det stof, der nævnes hyppigst som hovedstof af klienter i narkotikabehandling, og det tegner sig for ca. 10 % af alle behandlingsanmodninger i EU som helhed. Dette samlede tal afspejler imidlertid store udsving fra land til land: I de fleste lande er behandlingsefterspørgslen i forbindelse med kokainbrug forholdsvis lav, men i Spanien og Nederlandene er andelen af alle klienter, som søger behandling for kokainbrug, henholdsvis 26 og 38 % ⁽⁹³⁾. I de fleste lande ligger procenttallene for nye klienter, der søger behandling for primært kokainbrug, højere end for alle klienter som helhed ⁽⁹⁴⁾. Kokain angives også som sekundært stof af 13 % af de nye klienter, der søger ambulans behandling ⁽⁹⁵⁾.

Mange lande melder om stigninger i kokainbruget blandt klienter, der søger behandling; i perioden 1996-2003 steg andelen af nye klienter, der søgte behandling for kokainbrug fra 4,8 til 9,3 %, og antallet af nye klienter, der søgte behandling for primært kokainbrug, steg fra 2 535 til 6 123. I Nederlandene oversteg antallet af nye klienter, der søgte behandling for kokainbrug, i 2003 for første gang antallet af nye klienter, der søgte behandling for opiatbrug. Det fremgår af en analyse af behandlingsdata produceret i London, at antallet af klienter, der brugte kokain, blev mere end fordoblet i perioden fra 1995-1996 til 2000-2001 (GLADA, 2004), om end fra et lavt udgangspunkt (735 til 1 917).

Disse data er formentlig påvirket af et lille, men voksende, problem med crackkokain (kokainbase, der kan rygtes), som der har været tegn på i både Nederlandene og Det Forenede Kongerige, hvor antallet af crackkokainklienter er steget i de senere år. Selv om der er forholdsvis få problematiske brugere, er der en tendens til, at de er koncentreret i nogle få større byområder og derfor er mere synlige i indberetninger fra overvågninger i byer.

⁽⁹²⁾ Dataanalysen er baseret på klienter, der søger behandling på alle behandlingscentre, med hensyn til den generelle fordeling og tendenserne og på ambulatorier med hensyn til klientprofiler og brugsmønstre.

⁽⁹³⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*. Data for Spanien henviser til 2002.

⁽⁹⁴⁾ Se tabel TDI-4 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽⁹⁵⁾ Se tabel TDI-24 i *Statistical bulletin 2005*.

Crackkokainbrugere har normalt en anden social baggrund end brugere af kokainpulver. Det er mere sandsynligt, at crackbrugere er socialt dårligt stillede, og noget tyder på, at etniske minoritetsbefolkninger især er udsat for problemer med crackkokain: To tredjedele af den sorte befolkningsgruppe, der søger narkotikabehandling i London, er primært crackkokainbrugere (GLADA, 2004), og 30 % af crackkokainklienterne i Nederlandene har en ikke-nederlandsk baggrund. Trods bekymringer over crackkokain skal det bemærkes, at selv om stoffet er forbundet med særlige skader for både de personer, der bruger det, og de lokalsamfund, de bor i, er dette problem fortsat i vidt omfang begrænset til bestemte områder i Europa. Det skal bemærkes, at crackkokainklienter hovedsageligt er angivet af to lande (Nederlandene og Det Forenede Kongerige).

I Europa vedrører de fleste behandlingsanmodninger i forbindelse med kokain generelt ikke crackkokain. Ca. 70 % af de nye kokainklienter bruger kokainklorid (kokainpulver) (de fleste sniffer stoffet), og de resterende 30 % bruger crackkokain. Ca. 5 % af de nye kokainklienter angiver, at de injicerer kokain.

De nye klienter, der søger behandling for primært kokainbrug, er primært mænd (forholdet mellem mandlige og kvindelige klienter er 3,7:1). Der er forskelle mellem landene med hensyn til kønsfordelingen⁽⁹⁶⁾. Det fremgår af en kvalitativ forskningsundersøgelse foretaget i Italien af klienter, der søger behandling for brug af stimulanser, hovedsageligt kokain, at kvinder næsten ligger på niveau med mænd blandt brugerne, mens der blandt personer, der søger behandling for kokain og andre stimulanser, er en stærk overvægt af mænd i forhold til kvinder (Macchia mfl., 2004).

De nye klienter, der bruger kokain som primært stof, er gennemsnitligt ældre end andre stofbrugere (gennemsnitsalder på 30 år, med hovedparten i aldersgruppen 20-34 år); en mindre, om end vigtig, andel af klienterne angives at være mellem 35 og 39 år⁽⁹⁷⁾.

Kokain bruges ofte sammen med et andet stof, ofte cannabis (40 %) eller alkohol (37 %). Lokale undersøgelser af intravenøse stofbrugere viser, at blandingen af heroin og kokain i samme sprøjte er ved at blive mere populær i nogle områder (af intravenøse stofbrugere undertiden kaldet en »speedball«). Hvis dette er tilfældet, fremgår det ikke klart af dataene om den generelle behandlingsefterspørgsel fra de fleste lande, hvor kun en lille andel af klienterne angiver kombineret brug af heroin og kokain. Dette gælder imidlertid ikke for alle lande; f.eks. i Nederlandene viser en analyse af data om behandlingsefterspørgsel blandt kokainbrugere, at mange kokainklienter er blandingsbrugere, og at den

største gruppe består af personer, der bruger både kokain og heroin (Mol mfl., 2002).

Behandling af problematisk kokainbrug

Der findes ingen gennemprøvet og almindelig udbredt farmakologisk behandling for brugere med kokainproblemer som for personer med problemer forårsaget af opiater. Undertiden kan kokainbrugere få ordineret medicin til systematisk lindring, men den er normalt af kort varighed og målrettet mod at mindske problemerne i forbindelse med kokainbruget, f.eks. angst eller søvnforstyrrelser. Mere langsigtede behandlingstilbud til kokainbrugere findes normalt inden for generelle narkotikatjenester. Der synes imidlertid generelt ikke at være særlig mange behandlingsmuligheder for personer med kokainproblemer (Haasen, 2003). Dette er måske ved at ændre sig, efterhånden som nogle lande begynder at udvikle nye behandlingstilbud til personer med kokainproblemer; et eksempel herpå er de specifikke tjenester for crackkokainbrug, der er ved at blive udviklet i England (NTA, 2003).

Hovedparten af den videnskabelige litteratur om behandling af kokainproblemer er fra amerikanske undersøgelser og afspejler derfor muligvis ikke den europæiske kontekst. Der foreligger desværre fortsat kun få evalueringer af behandling for problematisk kokainbrug i EU, hvilket til dels blot er en afspejling af, at behandlingstjenesterne tidligere forholdsvis sjældent kom ud for personer med kokainproblemer. Det fremgik af en europæisk systematisk gennemgang af litteraturen om kokainbehandling (Rigter mfl., 2004), at viljen til at undergå behandling generelt er lav blandt problematiske kokainbrugere, og at der ofte sker tilbagefald. Noget tyder på, at psykoterapi kan hjælpe med at nedsætte forbruget, men der er ingen overbevisende data, der tyder på, at akupunktur er effektiv til at behandle kokainproblemer. Disse resultater bør imidlertid ansues på den baggrund, at der ganske enkelte mangler et stærkt europæisk evidensgrundlag, som behandlingsindsatsen på dette område kan baseres på. F.eks. ved man ikke med sikkerhed, om specifikke tiltag, der er målrettet mod kokain, er mere effektive, end hvis man lader personer med kokainproblemer deltage i mere generelle ikke-narkotikaspecifikke behandlingsprogrammer. Endvidere er det fortsat et åbent spørgsmål, om det er muligt at udvikle en farmakologisk behandling af problematisk kokainbrug, som kan blive »standardbehandlingen«, på samme måde som metadon og buprenorphin er blevet standardmetoder i behandlingen af problematisk opiatbrug. Det skal bemærkes, at der er væsentlige forskelle med hensyn til de mekanismer, hvormed opiater og stimulanser som kokain virker på kroppen, hvilket betyder, at de terapeutiske

⁽⁹⁶⁾ Se tabel TDI-22 i *Statistical bulletin 2005* og *Differences in patterns of drug use between women and men* (Forskelle i stofbrugsmønstre mellem kvinder og mænd) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Se tabel TDI-10 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

muligheder for at behandle narkotikaproblemerne sandsynligvis vil være forskellige. I USA pågår der for øjeblikket interessant forskning, som tager sigte på at udvikle indgreb, som midlertidigt vil blokere virkningen af kokainbrug på brugeren, og det bliver interessant at se, om dette arbejde resulterer i nye behandlingsmuligheder i fremtiden.

Reduktion af helbredsskader

I de senere år er antallet af foranstaltninger til forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med brugen af kokain og crackkokain steget hastigt, og der er udarbejdet nye kokain- og crackspecifikke oplysninger, navnlig på internettet. Telefonhjelpe-linjer i Belgien, Frankrig og Portugal har modtaget flere anmodninger om oplysninger om kokain- og crackkokainbrug end nogensinde før, selv om antallet af disse opkald stadig er meget lavere end opkald vedrørende legale stoffer og cannabis. Personale, der arbejder i narkotikatjenester, tilbydes mere uddannelse i, hvordan de kan reagere hensigtsmæssigt på problemer forårsaget af brug af kokain og crackkokain i en række miljøer, hvor dette er et nyere fænomen (weekendmiljøet i Dublin eller technomiljøet i Wien).

Specialiseret rådgivning og tilbud om behandling for kokain- og crackkokainbrugere findes i store bycentre, f.eks. i Frankfurt (Suchthilfeszentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-ij.de), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Wien (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) og London (www.cracklondon.org.uk).

Beslaglæggelser og markedsinformation ⁽⁹⁸⁾

Produktion og ulovlig handel

Colombia er langt den største kilde til illegal coca i hele verden, efterfulgt af Peru og Bolivia. Den globale produktion af kokain i 2003 er blevet anslået til 655 tons, hvoraf Colombia tegnede sig for 67 %, Peru for 24 % og Bolivia for 9 % (CND, 2005). Det meste af den kokain, der beslaglægges i Europa, kommer direkte fra Sydamerika (Colombia) eller via Mellemamerika og Caribien. I 2003 blev navnlig Brasilien og Venezuela angivet som transitlande for kokain, der blev importeret til EU, ved siden af Argentina, Costa Rica og Curaçao (nationale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Andre

transitområder var det sydlige og vestlige Afrika (INCB, 2005). De vigtigste indgange i EU var fortsat Spanien, Nederlandene og Portugal (nationale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Beslaglæggelser

Det fremgår af oplysninger om beslaglæggelser, at kokain er det tredjemest smuglede stof i verden efter cannabisblade og cannabisharpiks. Målt i beslaglagte mængder — 490,5 tons på verdensplan i 2003 — fandt størstedelen af den ulovlige handel med kokain i 2003 fortsat sted i Nord-, Mellem- og Sydamerika (82 %) samt Europa. Europa tegnede sig for 17 % af den samlede beslaglagte mængde kokain på verdensplan, en stigning i forhold til det foregående år (CND, 2005). I Europa foretages de fleste kokainbeslaglæggelser i de vestlige lande. I de seneste 5 år har Spanien konsekvent været det EU-land, der havde det største antal kokainbeslaglæggelser. I 2003 tegnede Spanien sig for over halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser og de samlede beslaglagte mængder ⁽⁹⁹⁾.

I perioden 1998-2002 steg antallet af kokainbeslaglæggelser ⁽¹⁰⁰⁾ i samtlige lande, undtagen Tyskland og Portugal. I den samme periode svingede mængden af beslaglagt kokain i EU ⁽¹⁰¹⁾, om end tendensen har været stigende. Ud fra tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, synes antallet af kokainbeslaglæggelser på EU-plan imidlertid at være faldet i 2003 (navnlig i Spanien), mens mængden af beslaglagt kokain steg betydeligt (især i Spanien og Nederlandene). Der synes at være blevet beslaglagt særligt store mængder kokain i EU i 2003.

Selv om en række EU-lande har meldt om beslaglæggelser af crackkokain, kan det være vanskeligt at sondre mellem disse beslaglæggelser og kokainbeslaglæggelser. Dette betyder, at der i ovennævnte tal for kokainbeslaglæggelser kan indgå crackkokain.

Pris og renhed

Gennemsnitsprisen ⁽¹⁰²⁾ for kokain på detailplan varierede meget i EU i 2003, nemlig fra 34 EUR/g i Spanien til 175 EUR/g i Norge.

Sammenlignet med heroin er gennemsnitsrenheden for kokain på brugerniveau høj, idet renheden i 2003 varierede fra 32 % i Tjekkiet og Tyskland til 83 % i Polen ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁸⁾ Se »Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation«, s. 42.

⁽⁹⁹⁾ Bør kontrolleres, når de manglende data for 2003 foreligger. Oplysninger om antallet af kokainbeslaglæggelser i 2003 mangler for Italien, Cypern, Nederlandene og Rumænien; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2003 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabel SZR-5 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁰¹⁾ Se tabel SZR-6 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁰²⁾ Se tabel PPP-3 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁰³⁾ Se tabel PPP-7 (del i) i *Statistical bulletin 2005*. Bemærk, at skønnene over den gennemsnitlige renhedsgrad for kokain i Tjekkiet og Polen i 2003 er baseret på et lille antal prøver (n = henholdsvis 5 og 6).



Kapitel 6

Heroin og intravenøst brug

Regelmæssigt og vedvarende heroinbrug, intravenøst brug og i visse lande intensivt brug af stimulanser tegner sig for en væsentlig del af Europas narkotikarelaterede sundhedsproblemer og sociale problemer. Antallet af personer, der udviser denne form for adfærd, er forholdsvis lavt i forhold til den samlede befolkning, men problematisk stofbrug har store konsekvenser. For at hjælpe med at forstå problemets omfang og gøre det muligt at registrere tidstendenser er EONN sammen med medlemsstaterne i færd med at omdefinere begrebet »problematiske stofbrug« og udarbejde strategier til at måle omfanget og konsekvenserne heraf.

Problematiske stofbrug

Arbejdsdefinitionen på problematiske stofbrug er »intravenøst brug eller langvarigt/regelmæssigt brug af opiater, kokain og/eller amfetaminer«⁽¹⁰⁴⁾. Definitionsforskelle og metodemæssig usikkerhed gør det vanskeligt at udarbejde pålidelige skøn på dette område, og forskellene mellem landene eller over tid bør derfor fortolkes forsigtigt.

Problematiske stofbrug kan opdeles i store delkategorier. Der kan sondres generelt mellem heroinbrug, som traditionelt har tegnet sig for størstedelen af det problematiske stofbrug i de fleste EU-medlemsstater, og problematiske brug af stimulanser, som dominerer i Finland og Sverige, hvor størstedelen af de problematiske stofbrugere er primære amfetaminbrugere. På samme måde har metamfetaminbrugere i Tjekkiet traditionelt udgjort en væsentlig andel af de problematiske stofbrugere.

Der er ved at ske en diversificering af det problematiske stofbrug. F.eks. er problemer med blandingsbrug efterhånden blevet mere fremherskende i de fleste lande, mens en del lande, hvor opiatproblemerne traditionelt har domineret, nu melder om et skift til andre stoffer. I Spanien falder skønnene over problematiske opiatbrugere, og der er registreret en stigning i kokainrelaterede stofproblemer. Der foreligger dog ingen pålidelige oplysninger om tidstendenser for problematiske stofbrug, som omfatter problematiske kokainbrug. Tyskland og Nederlandene

melder om forholdsvis flere crackkokainbrugere blandt problematiske stofbrugere, selv om det samlede skøn over problematiske stofbrugere i Nederlandene forbliver uændret.

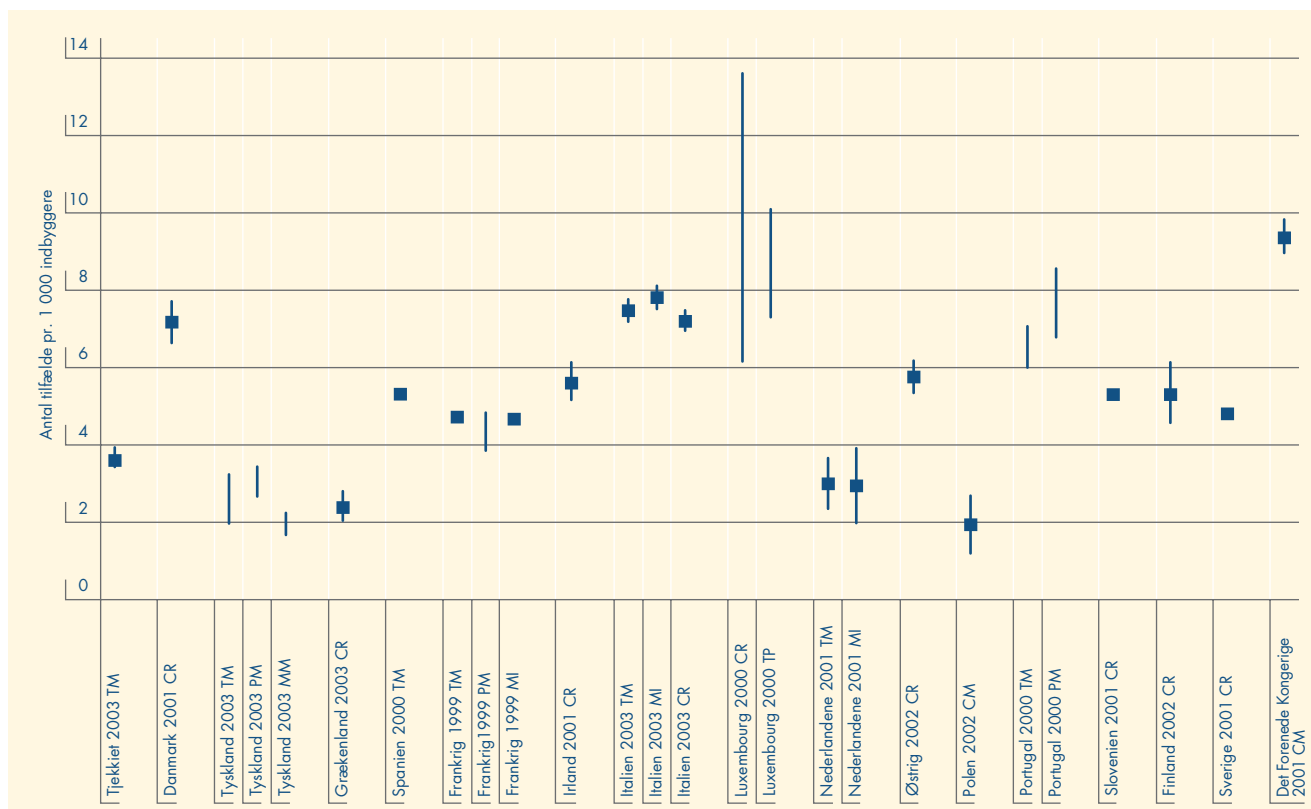
Udbredelse

Skønnene over udbredelsen af problematiske stofbrug på nationalt plan i perioden 1999-2003 ligger på 2-10 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (ved brug af midtpunkterne i skønnene) svarende til op til 1 % af den voksne befolkning⁽¹⁰⁵⁾. Udbredelsen synes at være meget forskellig fra land til land, selv om resultaterne er stort set konsistente, når forskellige metoder er blevet anvendt inden for ét land. Skønnene er højere for Danmark, Irland, Italien, Luxembourg, Østrig, Portugal, Spanien og Det Forenede Kongerige (6-10 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år), mens de er lavere for Tyskland, Grækenland, Nederlandene og Polen (under 4 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år) (figur 12). Blandt de nye EU-medlemsstater og kandidatlandene foreligger der kun velunderbyggede skøn fra Tjekkiet, Polen og Slovenien, hvor tallene ligger i lav- og middelklassen, nemlig henholdsvis 3,6; 1,9 og 5,3 pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Det vægtede gennemsnit af udbredelsen af problematiske stofbrug i EU ligger sandsynligvis på mellem 4 og 7 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, hvilket giver 1,2-2,1 millioner problematiske stofbrugere i EU, hvoraf ca. 850 000 til 1,3 millioner er aktive intravenøse brugere. Disse skøn er dog langtfra solide og vil skulle justeres, efterhånden som der foreligger flere data fra de nye medlemsstater.

Lokale og regionale skøn tyder på, at udbredelsen af problematiske stofbrug kan variere meget fra by til by og region til region. De højeste lokale skøn over udbredelsen i perioden 1999-2003 er indberettet af Irland, Portugal og Det Forenede Kongerige, med tal pr. 1 000 indbyggere på 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro), 25 (dele af London) og op til 29 (Dundee) og 34 (Glasgow) (figur 13). Der er imidlertid markante geografiske udsving på lokalt plan, idet udbredelsen i en anden del af London anslås til 6 pr.

⁽¹⁰⁴⁾ Nærmere oplysninger findes i metodebeskrivelsen vedrørende problematiske stofbrug i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁰⁵⁾ Se tabel PDU-1 i *Statistical bulletin 2005*.

Figur 12: Skøn over udbredelsen af problematisk stofbrug, 1999-2003 (antal tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)

NB: CR = capture-recapture; TM = treatment multiplier; PM = police multiplier; MI = multivariate indicator; TP = truncated Poisson; CM = combined methods. Flere oplysninger findes i tabel PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i *Statistical bulletin 2005*. Symbolet angiver et punkttestimat, og en streg angiver et usikkerhedsinterval, som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse (se tabel PDU-3). Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Det spanske skøn inkluderer ikke problematisk kokainbrug; et højere skøn fremgår af tabel PDU-2 og PDU-3, som inkluderer denne gruppe, men som måske ikke er så pålidelige.

Kilder: Nationale knudepunkter. Se tillige EONN (2003).

1 000 indbyggere. Dette viser, at der er behov for at øge tilgængeligheden af pålidelige lokale prævalensskøn i mange andre lande, hvor særligt høje (eller lave) lokale eller regionale prævalenssatser kan foreligge, men ikke måles.

Selv om estimeringsmetoderne er blevet væsentligt forbedret, vanskeliggør mangelen på pålidelige og konsistente historiske data vurderingen af tendenserne i problematisk stofbrug. Indberetninger fra en række lande om ændringer i skønnene samt andre indikatordata tyder på, at der siden midten af 1990'erne har været en stigning i det problematiske stofbrug (EONN, 2004a); i nogle lande synes dette imidlertid at have stabiliseret sig i de senere år. Gentagne skøn foreligger for perioden 1999-2003 fra 16 lande (herunder Danmark og Sverige, begge med data fra 1998-2001, og Det Forenede Kongerige, hvor dataene er for perioden 1996-2001). Af disse 16 lande meldte 6 om en stigning i skønnene over problematisk stofbrug (Danmark, Finland, Østrig, Sverige, Det Forenede Kongerige og Norge), 5 meldte om en stabil udbredelse eller et fald (Tjekkiet, Tyskland, Grækenland,

Irland og Slovenien), og 5 (Spanien, Italien, Luxembourg, Nederlandene og Portugal) meldte om forskellige tendenser, afhængigt af den anvendte metode, som til dels kan henvise til forskellige målgrupper blandt problematiske stofbrugere ⁽¹⁰⁶⁾.

Intravenøst stofbrug

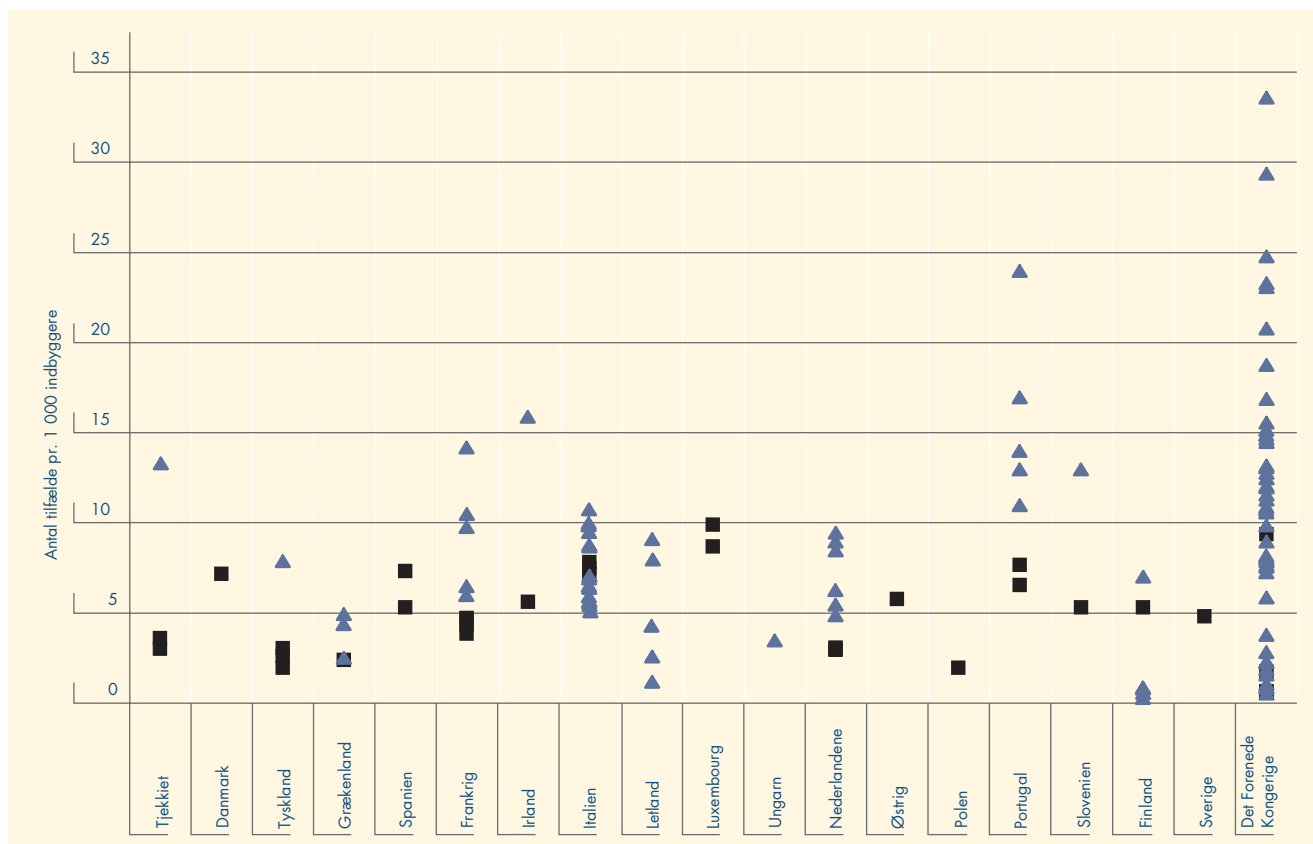
Intravenøse stofbrugere er en højrisikogruppe. Det er derfor vigtigt at betragte intravenøst stofbrug som en vigtig delkategori under samlet problematisk stofbrug.

Trods betydningen for folkesundheden er det kun få lande, der stiller nationale eller lokale skøn over intravenøst stofbrug til rådighed. Tilgængelige nationale skøn varierer mellem 1 og 6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, hvilket tyder på, at udbredelsen af intravenøst stofbrug er meget forskellig fra land til land ⁽¹⁰⁷⁾. Luxembourg har angivet de højeste nationale skøn over intravenøst stofbrug med tal på ca. 6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år, mens Grækenland har angivet det laveste skøn med godt 1 tilfælde pr. 1 000 indbyggere. Selv om der ikke foreligger

⁽¹⁰⁶⁾ Se figur PDU-4 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁰⁷⁾ Se figur PDU-2 i *Statistical bulletin 2005*.

Figur 13: Nationale og lokale skøn over udbredelsen af problematisk stofbrug, 1999-2003 (antal tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år)



NB: Sort firkant = stikprøver med national dækning; blå trekant = stikprøver med lokal/regional dækning. Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Flere oplysninger findes i tabel PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i *Statistical bulletin 2005*. Mønsteret for lokale prævalensskøn afhænger meget af tilgængeligheden og lokaliseringen af undersøgelser; hvis der imidlertid foreligger lokale skøn, kan det fremgå, at prævalensen adskiller sig fra det nationale gennemsnit i bestemte byer eller regioner.

Kilder: Nationale knudepunkter. Se tillige EONN (2003).

mange skøn over udbredelsen af intravenøst stofbrug, er der tegn på en øget udbredelse efter 1999 i Norge, mens forskellige estimeringsmetoder i Portugal viser forskellige tendenser ⁽¹⁰⁸⁾.

En undersøgelse af tallene for intravenøst brug blandt heroinbrugere, der er i behandling, tyder på markante forskelle mellem landene med hensyn til udbredelsen og varierende tendenser over tid ⁽¹⁰⁹⁾. I visse lande (Spanien, Nederlandene og Portugal) er en forholdsvis lille andel af heroinbrugerne intravenøse brugere, mens intravenøst heroinbrug stadig er normen i de fleste andre lande. I en række af de »gamle« EU-lande, for hvilke der foreligger data (Danmark, Spanien, Grækenland, Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige), er tallene for intravenøst brug blandt heroinbrugere, der er i behandling, faldet. I de fleste nye medlemsstater, i hvert fald dem, for hvilke der foreligger data, er næsten alle heroinbrugere i behandling dog intravenøse brugere.

Data om behandlingsefterspørgsel

Af den samlede efterspørgsel efter behandling udgør 60 % behandling i forbindelse med opiat, selv om det primære stof i mange tilfælde ikke registreres — og over halvdelen (54 %) af disse opiatklienter er intravenøse brugere, mens den intravenøse status for 10 % er ukendt. Opiater angives også at være det sekundære stof for ca. 10 % af de nye klienter ⁽¹¹⁰⁾.

I mange lande er opiat (især heroin) fortsat det stof, som klienterne primært søger behandling for, men der er konstateret relevante forskelle mellem landene. Hvis EU-landene groft sagt inddeles i tre grupper efter andelen af problematiske heroinbrugere blandt de personer, der er i behandling, fremgår følgende:

- under 40 % — Tjekkiet, Nederlandene, Polen, Finland, Sverige

⁽¹⁰⁸⁾ Se figur PDU-5 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁰⁹⁾ Se figur PDU-3 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabel TDI-24 i *Statistical bulletin 2005*.

- mellem 50 og 70 % — Danmark, Tyskland, Spanien, Irland, Cypern, Letland, Slovakiet, Rumænien
- over 70 % — Grækenland, Frankrig, Italien, Litauen, Luxembourg, Malta, Slovenien, Det Forenede Kongerige, Bulgarien ⁽¹¹¹⁾.

Prævalensen af opiatklienter, der fortsætter i behandling i mange år, angives at være stigende, mens forekomsten af nye efterspørgsler efter behandling for opiat er faldende (nationale Reitox-rapporter, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). For nogle lande kan tendenserne i heroinbruget blandt nye klienter i behandling følges i perioden 1996-2003, og disse viser et generelt fald i det absolutte antal, der søgte behandling.

Opiatbehandlingens relative bidrag til størrelsen af den gruppe, der først lige er kommet i behandling, er faldet mere markant på grund af en stigning i antallet af indberettede klienter med problemer, der primært har forbindelse med andre stoffer. Dette kan på sin side være en følge af et skift fra heroin til kokain blandt visse opiatklienter (Ouwehand mfl., 2004), en differentiering af behandlingssystemet, som er blevet mere tilgængeligt for andre problematiske stofbrugere, eller faldet i rekrutteringen af nye problematiske brugere (Nederlandenes nationale rapport).

Der kan konstateres forskelle mellem landene i denne tendens i det seneste årti, med et markant fald i antallet af heroinklienter i Danmark, Tyskland, Nederlandene, Slovakiet og Finland og en vis stigning i Det Forenede Kongerige og Bulgarien ⁽¹¹²⁾.

En analyse af dataene om nye klienter i ambulat behandling giver mulighed for en nærmere beskrivelse af opiatbrugernes profil. Der er 2,8 mænd for hver kvinde, der anmoder om ny behandling for primært opiatbrug; dette forhold mellem mandlige og kvindelige brugere varierer imidlertid betydeligt mellem landene, nemlig fra 5:1 til 2:1, bortset fra Cypern, hvor forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er meget højt (11:1), og Sverige, hvor det er meget lavt (0,9:1), og der faktisk er flere kvinder end mænd blandt opiatbrugerne ⁽¹¹³⁾.

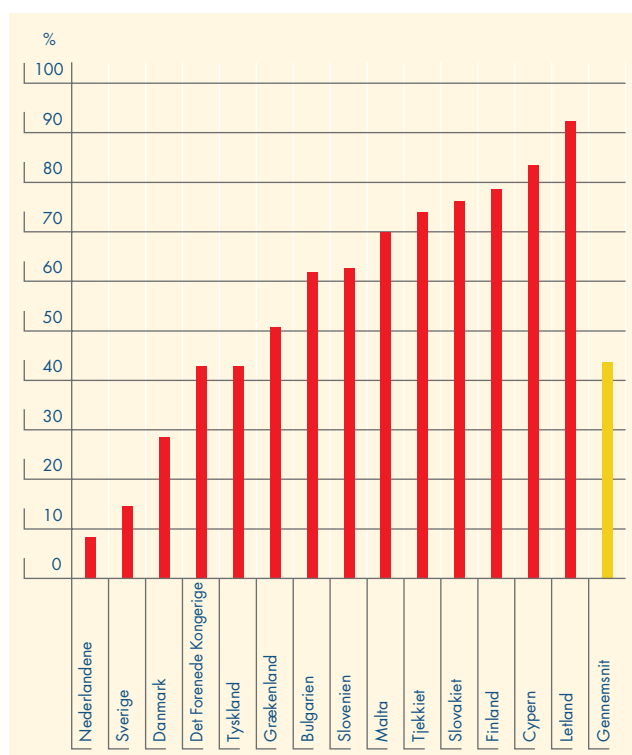
De fleste opiatbrugere er i alderen 20-34 år, og i aldersgruppen 30-39 år søger over halvdelen af klienterne behandling for opiatbrug. Tendensen går i retning af, at opiatklienterne bliver ældre; f.eks. i Nederlandene er ca. 40 % af nye opiatklienter over 40 år. Undtagelserne

er Rumænien og Slovenien, hvor der findes meget unge (15-19 år) opiatklienter ⁽¹¹⁴⁾.

De fleste opiatklienter angiver at have brugt opiat første gang, da de var mellem 15 og 24 år, og ca. 50 % af klienterne brugte stoffet første gang, inden de blev 20 år ⁽¹¹⁵⁾. En sammenligning mellem alderen ved førstegangsb brug og alderen ved første behandling viser, at tidsintervallet mellem førstegangsb brug og første behandlingsanmodning generelt ligger på mellem 5 og 10 år. Påbegyndelse af opiatbrug i en tidlig alder er ofte forbundet med en række adfærdsproblemer og social forarmelse (Det Forenede Kongeriges nationale rapport).

I de fleste lande bruger mellem 60 og 90 % af opiatklienterne stoffet dagligt, mens nogle klienter ikke har brugt opiat inden for den seneste måned eller kun lejlighedsvist; dette forklares formentlig ved klienter, der ophører med at bruge stoffet, inden de kommer i behandling ⁽¹¹⁶⁾.

Figur 14: Intravenøse opiatbrugere blandt nye klienter, der behandles ambulant, som andel af det samlede antal nye opiatklienter pr. land, 2003



NB: Kun oplysninger fra lande, hvor der er klienter med opiat som primært stof, og/eller lande, der indberetter data.

Kilde: Nationale Reitox-rapporter (2004).

⁽¹¹¹⁾ Se tabel TDI-5 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹²⁾ Se tabel TDI-3 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹³⁾ Se tabel TDI-22 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹⁴⁾ Se tabel TDI-10 (del iii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹⁵⁾ Se tabel TDI-11 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹⁶⁾ Se tabel TDI-18 (del i) i *Statistical bulletin 2005*. Kun Tyskland melder om, at 70 % af nye klienter bruger opiat lejlighedsvist eller ikke har brugt dem inden for den seneste måned.

40 % af klienterne injicerer stoffet, og andre 40 % ryger eller inhalerer det. Der er forskelle mellem de »gamle« og de nye medlemsstater, hvad angår indtagelsesmåderne ⁽¹¹⁷⁾ (figur 14), idet andelen af intravenøse opiatbrugere er højere end 60 % i de nye medlemsstater og lavere end 60 % i de »gamle« medlemsstater (bortset fra Finland, hvor andelen af intravenøse opiatbrugere blandt klienterne udgør 78,4 %). Andelen af intravenøse brugere blandt opiatklienter er lavest i Nederlandene (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Mange nye klienter bruger opiater såvel som et andet stof, ofte cannabis (47 %) eller alkohol (24 %). Der er imidlertid markante forskelle mellem landene: I Tjekkiet og Slovakiet bruger næsten halvdelen af klienterne opiater sammen med andre stimulanser end kokain; i Grækenland og Malta bruger henholdsvis 18 og 29 % af klienterne opiater, med kokain som sekundært stof; i Finland angiver 37 % af opiatbrugerne (hovedsageligt brugere af buprenorphin) brug af sovemidler og beroligende midler (hovedsageligt benzodiazepiner) som sekundære stoffer ⁽¹¹⁹⁾.

Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Hiv og aids

Nylige tendenser i antallet af anmeldte hiv-tilfælde

Der har været en stærk epidemisk spredning af hiv blandt intravenøse stofbrugere i de nye EU-medlemsstater i Østersøregionen, efter omfattende epidemier i Østeuropa (EuroHIV, 2004) (se boks »Hiv og aids i Østeuropa«). Antallet af nydiagnosticerede tilfælde toppede i Estland og Letland i 2001 og i Litauen i 2002, men er i den senere tid faldet drastisk. Dette mønster er typisk for hiv-epidemier blandt intravenøse stofbrugere. Det opstår, fordi den kernegruppe af intravenøse stofbrugere, der har størst risiko, alle bliver smittet inden for kort tid, hvorefter forekomsten falder, da der ikke er flere intravenøse stofbrugere, der kan smittes, og derpå stabiliserer sig på et niveau, som afhænger af, hvor mange nye intravenøse stofbrugere i højrisikogruppen der rekrutteres. En yderligere effekt som følge af ændret adfærd kan imidlertid heller ikke udelukkes, og hvis dette er tilfældet, kan det til dels være resultatet af specifikke foranstaltninger (se »Forebyggelse af narkotikarelaterede smitsomme sygdomme«, s. 67).

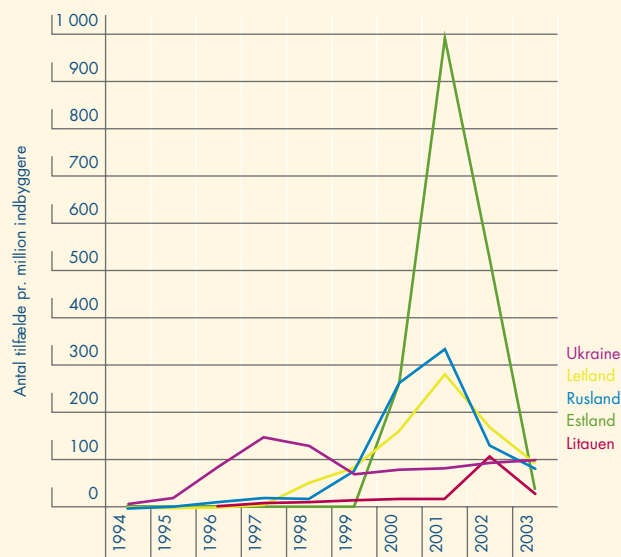
I EU-15-landene er antallet af nydiagnosticerede hiv-tilfælde forblevet lavt i de senere år, bortset fra Portugal. Sammenligninger på EU-plan er imidlertid ufuldstændige,

Hiv og aids i Østeuropa

Med hensyn til human immundefekt virus (hiv) har der været en massiv og nylig epidemisk spredning blandt intravenøse stofbrugere i Rusland og Ukraine samt i EU-medlemsstaterne i Østersøregionen. I 2001 toppede antallet af nydiagnosticerede tilfælde af infektion, som var relateret til intravenøst stofbrug, i Estland og Den Russiske Føderation med henholdsvis 991 og 333 tilfælde pr. 1 million indbyggere. I Ukraine toppede antallet imidlertid tidligere i 1997 med 146 tilfælde pr. 1 million indbyggere som følge af en udbredt smittespredning blandt intravenøse stofbrugere, hvorefter antallet af nye hiv-diagnoser blandt intravenøse stofbrugere faldt, men i den senere tid igen er steget.

Forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere stiger hastigt i Letland og Ukraine, hvilket tyder på, at adgangen til og dækningsgraden af antiviralbehandling er utilstrækkelig (se »Højaktiv antiretroviral behandling i WHO's europæiske region«, s. 66).

Nydiagnosticerede hiv-tilfælde blandt intravenøse stofbrugere i udvalgte EU-lande, Rusland og Ukraine, pr. inberetningsår



Kilde: Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af Aids (EuroHIV) (2004).

da caserapporter vedrørende hiv fortsat ikke er tilgængelige (Spanien og Italien) eller først er ved at blive tilgængelige (Frankrig) for nogle af de lande, hvor aids er mest udbredt. Portugal havde et meget højt niveau på 88 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2003, men har også haft et stort fald siden 2000 (hvor tallet var på 245 tilfælde pr. 1 million indbyggere). Dette fald må

⁽¹¹⁷⁾ Kun lande, for hvilke der foreligger data.

⁽¹¹⁸⁾ Se tabel TDI-17 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹¹⁹⁾ Se tabel TDI-25 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*. Se tillige det udvalgte tema om buprenorphin. Hver klient kan angive brug af indtil fire sekundære stoffer.

fortolkes med forsigtighed, da den europæiske dataindsberetning først blev gennemført i Portugal i 2000.

Hiv-seroprævalens

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

De nylige stigninger, der er registreret i caserapporterne vedrørende hiv, bekræftes i de fleste tilfælde af de foreliggende seroprævalensdata; f.eks. i Letland steg prævalensen i nationale behandlingsstikprøver af testede intravenøse brugere fra 1,5 % (5/336) i 1997 til 14 % (302/2 203) i 2001 og faldt derpå til 7 % (65/987) i 2003. I Østrig, hvor caserapporter vedrørende hiv blandt intravenøse stofbrugere ikke er tilgængelige, tyder hiv-prævalensen blandt nationale stikprøver af (direkte) narkotikarelaterede dødsfald på en vis stigning, til 7 % (11/163) i 2003 fra under 1 % (1/117) i 1998, men der er tale om mindre antal, og tendensen er derfor ikke statistisk signifikant.

I 2002 og 2003 viste hiv-prævalensen blandt intravenøse stofbrugere, hovedsageligt klienter i narkotikabehandling, store forskelle inden for og mellem landene, nemlig fra 0 % i Bulgarien, Ungarn, Slovenien og Slovakiet til et maksimum på 37,5 % (54/144) i en enkelt by i Italien (2003, Bolzano — brugere i behandling og fængsel) ⁽¹²⁰⁾. De højeste prævalenssatser i nationale stikprøver (over 10 % i 2002-2003) blev konstateret i Italien, Letland og Portugal ⁽¹²¹⁾; i Spanien tyder data for 2001 på en meget stor udbredelse, men der mangler nyere data ⁽¹²²⁾. De højeste prævalenssatser i regionale og lokale stikprøver (over 20 % i 2002-2003) blev indberettet af Spanien, Italien, Letland og Polen ⁽¹²³⁾, selv om der ikke er fremlagt nye data fra nogle lande og områder med en stor udbredelse i de foregående år. I Letland og Polen tyder lokale undersøgelser på nylig overførsel af hiv på baggrund af den meget store udbredelse blandt unge

intravenøse stofbrugere ⁽¹²⁴⁾. Med hensyn til den polske undersøgelse er denne nylige smitteoverførsel bekræftet af en udbredelse på 23 % blandt en stikprøve på 127 nye intravenøse stofbrugere ⁽¹²⁵⁾.

Tidstendenserne med hensyn til udbredelsen er også forskellige fra land til land. Selv om der har været nylige udbrud i Østersøregionen, tyder hiv-seroprævalensdata fra stikprøver af intravenøse stofbrugere på et fald siden midten af 1990'erne i nogle af de lande, hvor udbredelsen er størst (Spanien, Frankrig og Italien), efterfulgt af en stabilisering i de senere år ⁽¹²⁶⁾. Hvis seroprævalensen er høj og stabil, vil der formentlig fortsat ske smitteoverførsel. Data om nye intravenøse stofbrugere tyder stærkt på, at der har været tale om en fortsat og endog øget smittespredning i Spanien i perioden 1999-2000. I nogle lande (Frankrig i 2001-2003, Portugal i 1999-2000) tydede lokale og regionale data om nye og unge intravenøse stofbrugere på en vis (øget) smitteoverførsel, men stikprøvestørrelserne er for små til, at tendenserne kan være statistisk signifikante ⁽¹²⁷⁾. På den anden side skal det bemærkes, at hiv-udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere forblev meget lav i mange lande i perioden 2002-2003. Hiv-prævalensen var under 1 % i Tjekkiet, Grækenland (nationale data), Ungarn, Slovenien, Slovakiet, Finland, Rumænien (data kun for 2001), Bulgarien og Norge (data for Oslo). I nogle af disse lande (f.eks. Ungarn) er såvel prævalensen af hiv som af hepatitis C-virus (HCV) blandt de laveste i EU, hvilket tyder på en lav intravenøs risiko (se afsnittet om »Hepatitis B og C« nedenfor).

Aids-forekomst

I Letland steg forekomsten af aids blandt intravenøse stofbrugere fra 0 tilfælde i 1997 til skønsmæssigt 19 tilfælde pr. 1 million indbyggere i både 2002 og 2003 ⁽¹²⁸⁾. Det EU-land, hvor forekomsten er størst, er imidlertid fortsat Portugal med 33 tilfælde pr. 1 million indbyggere, selv om dette tal har været faldende siden 1999. Aids-forekomsten som følge af intravenøst stofbrug toppede i EU i begyndelsen af 1990'erne, hvorefter den faldt. Det land, hvor der tidligere var flest tilfælde, er Spanien, hvor forekomsten toppede ved 124 tilfælde pr. 1 million indbyggere i 1994, men i 2003 var dette tal faldet til skønsmæssigt 16 pr. 1 million indbyggere.

⁽¹²⁰⁾ Se figur INF-3 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹²¹⁾ Dataene for Portugal og Italien er ikke begrænset til intravenøse stofbrugere og kan således undervurdere udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere.

⁽¹²²⁾ Se tabel INF-1 og INF-8 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹²³⁾ Se tabel INF-8 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹²⁴⁾ Intravenøse stofbrugere under 25 år: 33 % smittet blandt 55 unge intravenøse stofbrugere i Polen og 20 % blandt 107 unge intravenøse stofbrugere i Letland.

⁽¹²⁵⁾ Se tabel INF-10 og figur INF-4 og INF-5 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹²⁶⁾ Se figur INF-16 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹²⁷⁾ Se figur INF-26 og INF-27 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹²⁸⁾ Se figur INF-1 i *Statistical bulletin 2005*.

Højaktiv antiretroviral behandling i WHO's europæiske region

WHO-skøn over dækningsgraden af højaktiv antiretroviral behandling (HAART) viser, at i EU og i størstedelen af Centraleuropa har over 75 % af de personer, der har behov for behandling, adgang til HAART.

Blandt de baltiske stater vurderes dækningsgraden imidlertid som »ringe« i Estland og Litauen (25-50 %) og »meget ringe« i Letland (under 25 %). Dækningsgraden vurderes som »meget ringe« i de fleste lande i Østeuropa.

Der foreligger ingen skøn over dækningsgraden specifikt med hensyn til intravenøse stofbrugere, men undersøgelser har vist, at intravenøse stofbrugere ofte har større risiko for en utilstrækkelig adgang til HAART end personer, der er smittet ad andre kanaler.

Kilde: WHO Regional Office for Europe, Health for All Database (<http://www.euro.who.int/hfadab>) (indhentet den 8. marts 2005).

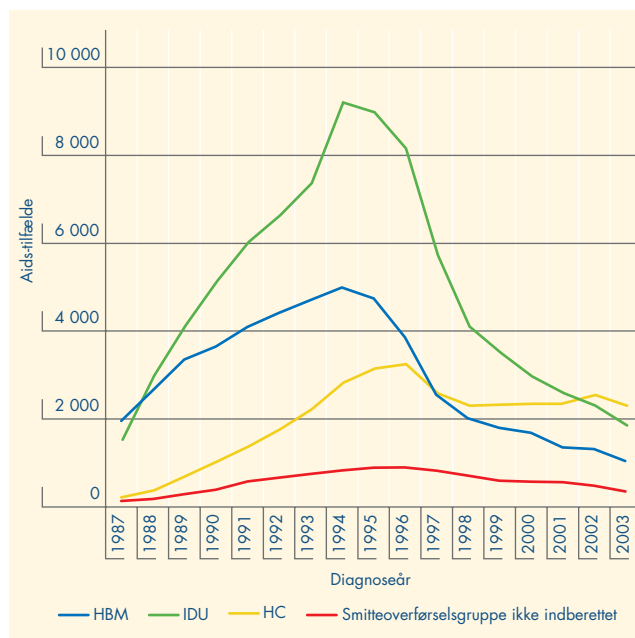
Faldet i aids-forekomsten i slutningen af 1990'erne kan tilskrives introduktionen i 1996 af højaktiv antiretroviral behandling (HAART), som forhindrer udvikling af aids hos personer, der er smittet med hiv (se boks om HAART). I forbindelse med intravenøse stofbrugere kan foranstaltninger til forebyggelse af hiv også have spillet en vigtig rolle, og i nogle lande kan et fald i antallet af intravenøse stofbrugere have været en faktor (se »Intravenøst stofbrug«, s. 61).

Årlige udbredelsesdata viser, at det største antal nye tilfælde af aids i EU indtil 2002 kunne tilskrives intravenøst stofbrug; efterfølgende blev denne smittemåde overhalet af heteroseksuel sex, hvilket afspejler ændringer i hiv-epidemiologien i de foregående år (figur 15). Det skal imidlertid bemærkes, at smittemønstrene kan være meget forskellige mellem de enkelte lande ⁽¹²⁹⁾.

Hepatitis B og C

Udbredelsen af antistoffer mod hepatitis C-virus (HCV) blandt intravenøse stofbrugere er generelt meget høj, selv om der er store forskelle inden for og mellem landene ⁽¹³⁰⁾. Blandt stikprøver af intravenøse stofbrugere meldes om prævalenssatser på over 60 % i 2002-2003 i Belgien, Estland, Grækenland, Italien, Polen, Portugal og Norge, mens Belgien, Tjekkiet, Grækenland, Ungarn, Østrig, Slovenien, Slovakiet, Finland og Det Forenede Kongerige melder om en udbredelse på under 40 % (figur 16) ⁽¹³¹⁾.

Figur 15: Aids-tilfælde fordelt på smitteoverførselsgruppe og diagnoseår (1987-2003), korrigeret for indberetningsforsinkelser, EU



NB: Data vist for de tre største smitteoverførselsgrupper og for tilfælde, hvor smitteoverførselsgruppe ikke er indberettet. HBM = homoseksuelle og biseksuelle mænd; IDU = intravenøse stofbrugere; HC = heteroseksuel kontakt. Lande, der ikke indgår, er Frankrig, Nederlandene (ingen tilgængelige data for hele perioden) og Cypern (ingen tilgængelige data). Kilde: EuroHIV; data indberettet pr. 31.12.2003.

Der foreligger kun oplysninger om udbredelsen blandt unge intravenøse stofbrugere (under 25 år) fra nogle få lande, og stikprøvestørrelserne er i nogle tilfælde små. I de tilfælde, hvor der foreligger data, findes den højeste udbredelse blandt unge intravenøse stofbrugere i 2002-2003 (over 40 %) i stikprøver fra Grækenland, Østrig og Polen og den laveste udbredelse (under 20 %) i stikprøver fra Ungarn, Slovenien, Finland og Det Forenede Kongerige ⁽¹³²⁾. Data om HCV-udbredelsen blandt nye intravenøse stofbrugere (personer, som har injiceret stoffer i under 2 år) er endnu mere begrænsede, men det fremgår af de oplysninger, der foreligger for 2002-2003, at den højeste udbredelse (over 40 %) findes i stikprøver fra Belgien og Polen og den laveste udbredelse (under 20 %) i stikprøver fra Tjekkiet, Grækenland og Slovenien ⁽¹³³⁾. Det fremgår af anmeldelsesdata for hepatitis C for perioden 1992-2003, at i de lande, for hvilke der foreligger data, tegner intravenøse stofbrugere sig for langt hovedparten af de anmeldte tilfælde af hepatitis C (anmeldelserne er for det meste begrænset til diagnosticerede tilfælde af akut infektion) (figur 17).

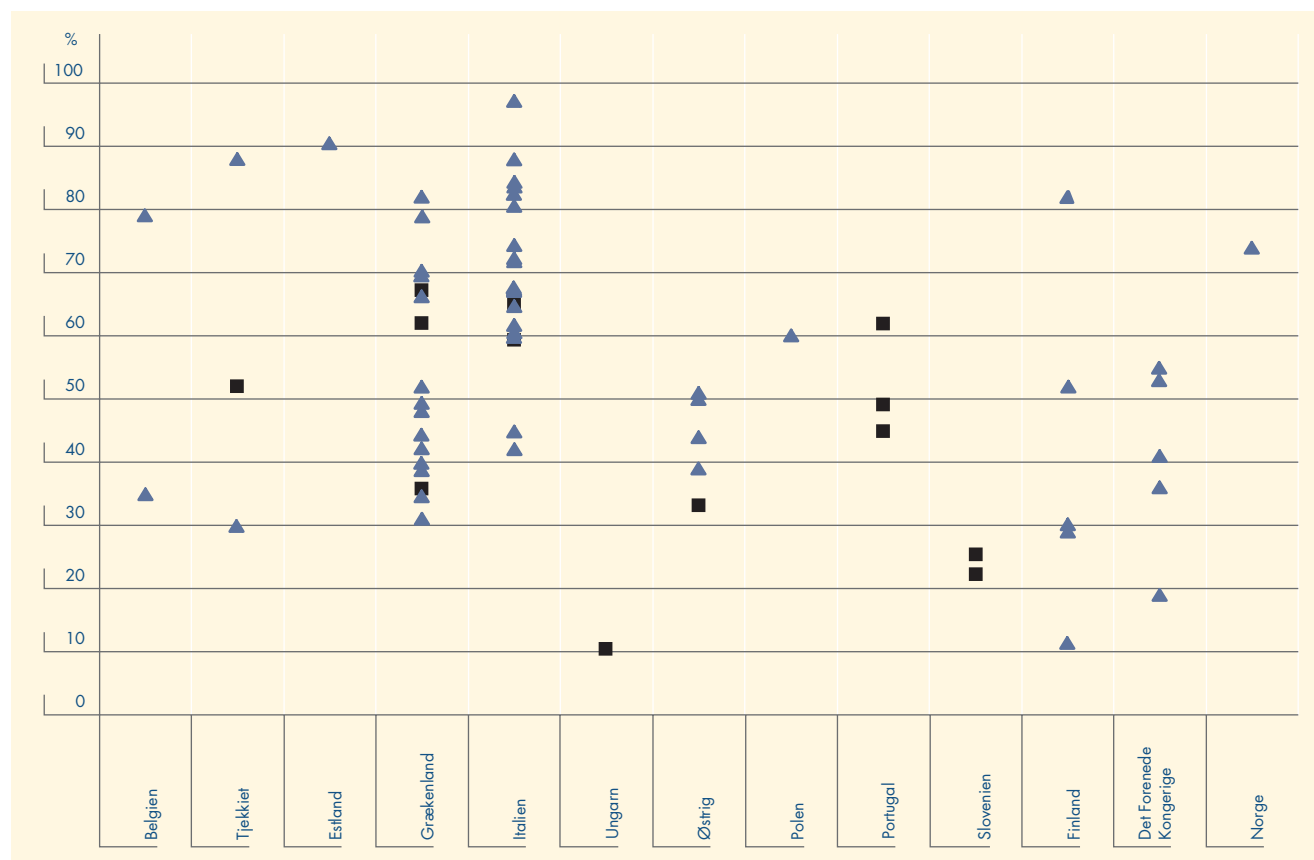
⁽¹²⁹⁾ Se figur INF-2 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹³⁰⁾ Se tabel INF-2 og INF-11 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹³¹⁾ Se tillige figur INF-21 i *Statistical bulletin 2005* og *Matheï mfl., 2005*.

⁽¹³²⁾ Se tabel INF-12 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹³³⁾ Se tabel INF-13 og figur INF-7 og INF-8 i *Statistical bulletin 2005*.

Figur 16: Nationale og lokale skøn over udbredelsen af hepatitis C-infektion blandt intravenøse stofbrugere, 2002-2003

NB: Sort firkant = stikprøver med national dækning; blå firkant = stikprøver med lokal/regional dækning. Forskellene landene imellem må fortolkes med forsigtighed, da miljøer og/eller undersøgelsesmetoder kan variere. Strategierne for national stikprøvetagning varierer også.

Data for Spanien og Portugal og nogle af dataene for Tjekkiet omfatter også ikke-intravenøse stofbrugere og kan derfor let give for lavt overslag over udbredelsen blandt stofbrugere (andelen af ikke-intravenøse stofbrugere i stikprøverne kendes ikke).

Data for Portugal, Slovenien og Slovakiet er begrænset til udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere i behandling og er muligvis ikke repræsentative for udbredelsen blandt intravenøse stofbrugere, som ikke er i behandling.

Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter (2004). Primære kilder, nærmere oplysninger om undersøgelserne og data fra før 2002 findes i tabel INF-11 i *Statistical bulletin 2005*.

Udbredelsen af markører for hepatitis B-virus (HBV) varierer også meget inden for og mellem landene (¹³⁴). De mest fuldstændige data foreligger for anti-HBc, hvilket indikerer en tidligere infektion og blandt dem, der blev testet negative, et potentiale for vaccination. I 2002-2003 meldte Belgien, Estland og Italien om en udbredelse blandt stikprøver af intravenøse storbrugere på over 60 %, mens der blev rapporteret om en udbredelse på under 30 % i Belgien, Spanien, Italien, Østrig, Portugal, Slovenien, Slovakiet og Det Forenede Kongerige (¹³⁵). Det fremgår af anmeldelsesdata for hepatitis B for perioden 1992-2003 for de lande, for hvilke der foreligger data, at andelen af intravenøse stofbrugere har været stigende (¹³⁶). I den nordiske region opstår langt størstedelen af de anmeldte akutte tilfælde af hepatitis B blandt intravenøse stofbrugere, og udbrud af hepatitis B har været

sammenfaldende med stigninger i intravenøst stofbrug i mange lande (Blystad mfl., 2005).

En kort oversigt over andre narkotikarelaterede smitsomme sygdomme findes i årsberetningen for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/da/page074-da.html>).

Forebyggelse af narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

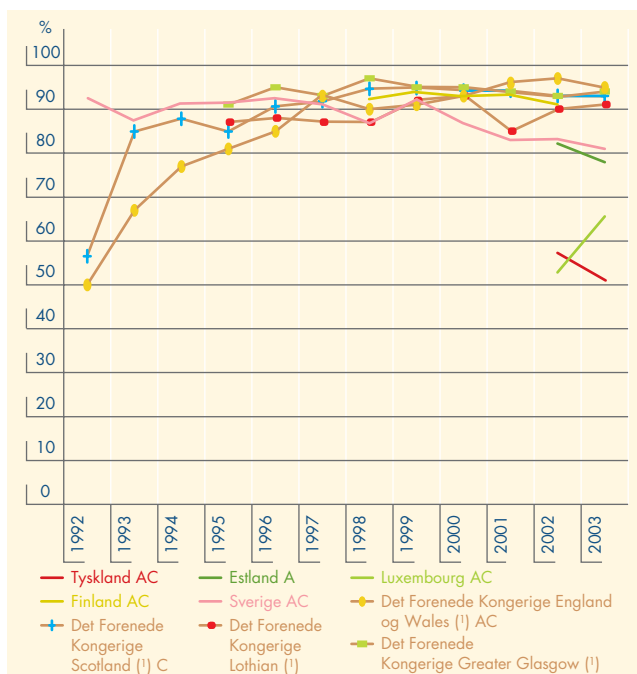
Selv om medlemsstaternes nationale politikker er forskellige som følge af narkotikasituationen og den politiske kontekst i de enkelte lande, er der også stadig flere tegn på, at der på europæisk plan er ved at være almindelig enighed om de centrale elementer, der er nødvendige for en effektiv indsats til bekæmpelse af hiv og andre smitsomme sygdomme blandt intravenøse

(¹³⁴) Se tabel INF-3, INF-14 og INF-15 i *Statistical bulletin 2005*.

(¹³⁵) Se figur INF-9, INF-10, INF-22 og INF-23 i *Statistical bulletin 2005*.

(¹³⁶) Se figur INF-14 i *Statistical bulletin 2005*.

Figur 17: Anmeldte tilfælde af hepatitis C, procentdel af tilfælde indberettet som intravenøse stofbrugere, 1992-2003



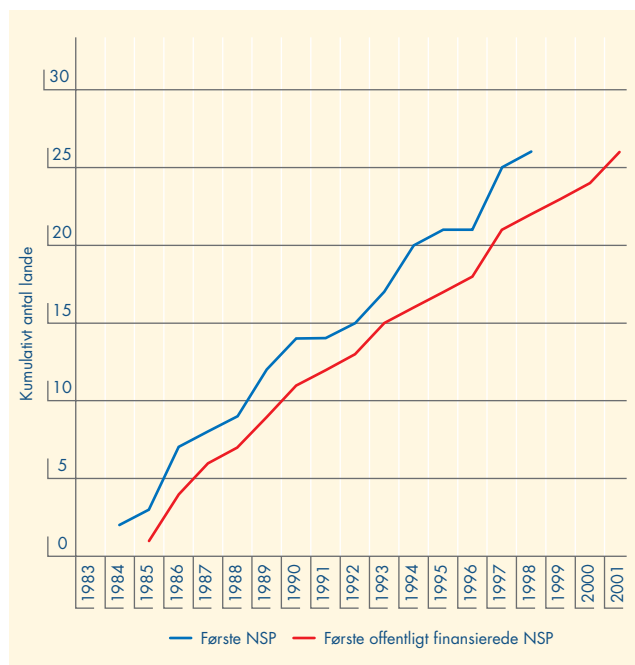
(!) Data gælder ikke for det nationale plan.
 NB: A = akutte tilfælde; AC = akutte og kroniske tilfælde; C = kroniske tilfælde.
 Kilder: Nationale Reitox-knudepunkter.

stofbrugere (¹³⁷). Passende initiativer er bl.a. en bedre adgang til narkotikabehandling (WHO, 2005), udvikling af lavtærskeltjenester og tilvejebringelse af sterilt udstyr og uddannelsesprogrammer, selv om det skal bemærkes, at der er forskelle mellem landene med hensyn til den vægt, de forskellige elementer tillægges. Det er særlig vigtigt, at der er et tilstrækkeligt udbud af oral substitutionsbehandling for intravenøse opioidbrugere, da dette i væsentlig grad begrænser en narkotikarelateret adfærd, hvor der er høj risiko for hiv-overførsel (Gowing mfl., 2005; Sullivan mfl., 2005).

Adgang til nåle og sprøjter

Nåle- og sprøjteprogrammer (NSP'er) blev iværksat i EU i midten af 1980'erne som en umiddelbar reaktion på truslen om en hiv-epidemi blandt intravenøse stofbrugere og vandt hurtigt udbredelse i løbet af 1990'erne (figur 18). I 1993 fandtes der allerede offentligt finansierede programmer i mere end halvdelen af de nuværende 25 EU-medlemsstater og i Norge. I dag er der indført NSP'er i Bulgarien, Rumænien og Norge samt i alle EU-lande, undtagen Cypren, hvor sterilt udstyr imidlertid kan fås gratis på apotekerne, og hvor et officielt nåle- og sprøjteprogram er under

Figur 18: Indførelse af nåle- og sprøjteprogrammer i 23 EU-lande, Norge og Bulgarien



Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004).

overvejelse (¹³⁸). Når sådanne programmer først er blevet indført i et land, sker der generelt en løbende udvidelse af deres geografiske dækning. Mange lande har nu opnået en fuld geografisk dækning, og apotekerne er i denne henseende en afgørende partner i mange medlemsstater. I Sverige er de to programmer, der blev indført i 1986 i den sydlige del af landet, imidlertid fortsat de eneste, og i Grækenland er antallet af NSP'er begrænset og findes kun i Athen (¹³⁹).

NSP'erne er normalt en fuldt ud integreret del af det arbejde, der udføres af lavtærskelrådgivningstjenester (se boks »Mere tilgængelige tjenester«), samt det opsøgende arbejde og omsorgsarbejdet i forbindelse med hjemløse i EU-landene og Norge. Da lavtærskeltjenester har stor succes med at nå ud til skjulte befolkningsgrupper i form af aktive stofbrugere, kan de udgøre et vigtigt udgangspunkt for kontakt, forebyggelse, oplysning og rådgivning samt henvisning til behandling. Det anerkendes også i stigende grad, at lavtærskeltjenester kan fungere som en uundværlig platform for tilbuddene om basal lægebehandling, screening for smitsomme sygdomme samt vaccination og antiviralbehandling til personer i miljøet, som af en række forskellige grunde måske finder det vanskeligt at opsøge mere formelle sundhedstjenester.

(¹³⁷) På to nylige konferencer bekræftede repræsentanter for europæiske regeringer deres partnerskab i forbindelse med bekæmpelse af hiv/aids og fastlagde foranstaltninger til at styrke deres indsats på dette område (Dublin-erklæringen, februar 2004, og Vilnius-erklæringen, september 2004). Alle væsentlige EU-dokumenter om hiv/aids findes på Europa-Kommissionens folkesundhedswebsted (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).
 (¹³⁸) Se tabel NSP-2 i *Statistical bulletin 2005*.
 (¹³⁹) Se »Needle and syringe availability« (Adgang til nåle og sprøjter) i *Statistical bulletin 2005*.

Mere tilgængelige tjenester

Udtrykket »lavtærskel« beskriver en gennemførelsesramme, som tager sigte på at gøre det lettere for stofbrugere at få adgang til sociale tjenester og sundhedstjenester. For at sænke adgangstærsklen placeres tjenesterne på specifikke steder og har åbningstider, som er tilpasset klienternes behov, herunder sent om aftenen eller om natten. Lavtærskeltjenesterne er ofte også i form af opsøgende arbejde. Bruget af tjenesterne er forbundet med meget lidt bureaukrati, sker ofte uden betaling, og der er ingen forpligtelse for klienterne til at være eller blive stoffrie. Sådanne tjenester er målrettet mod aktuelle brugere, som aldrig har været i kontakt med andre narkotika- og sundhedstjenester, og personer, som har mistet denne kontakt. Tjenesterne er rettet mod grupper, der er vanskelige at nå, og specifikke højrisikogrupper af brugere og også eksperimenterende brugere (f.eks. gennem opsøgende arbejde i klubber, diskoteker eller andre festmiljøer). Lavtærskeltilbuddene kan omfatte gadeprojekter, væresteder og feltsundhedsstationer og også nødherberger. Inden for et omfattende omsorgssystem spiller disse tjenester, på grund af den lette adgang til dem, en vigtig rolle med hensyn til at nå ud til de grupper af stofbrugere, der er mere »skjulte« eller vanskelige at nå. Foruden at motivere brugerne til at søge behandling og foretage henvisninger udfører de ofte »overlevelsorienterede« tjenester i form af bl.a. mad, tøj, husly, sterilt sprøjteudstyr og lægebehandling. De udgør et centralt udgangspunkt for at formidle sundhedsbudskaber og øge kendskabet og færdighederne med hensyn til sikkert brug blandt personer, som enten har et eksperimenterende brug, er afhængige eller har et problematisk stofbrug. I stigende grad tilbyder de også behandlingstjenester.

Nåle- og sprøjteprogrammer beskrives som en fremherskende tilgang til bekæmpelsen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere i 16 EU-medlemsstater og Norge og en almindelig strategi i yderligere 6, og de betragtes som en prioriteret strategi over for smitsomme sygdomme blandt stofbrugere i to tredjedele af EU-landene ⁽¹⁴⁰⁾.

Beviser for effektiviteten af nåle- og sprøjteprogrammer

Den videnskabelige forskning i effektiviteten af nåle- og sprøjteprogrammer (NSP) med hensyn til at begrænse hiv/aids blandt intravenøse stofbrugere går tilbage til

1980'erne ⁽¹⁴¹⁾. Ved en gennemgang af litteraturen, som blev offentliggjort af WHO i 2004, blev det konkluderet, at der er afgørende beviser for, at en øget adgang til og udnyttelse af sterilt sprøjteudstyr for intravenøse stofbrugere i vidt omfang begrænser hiv-smitte, og at der ikke foreligger beviser for nogen væsentlige utilsigtede negative konsekvenser (WHO, 2004). Det blev imidlertid også konkluderet, at NSP'er ikke alene er tilstrækkelige til at begrænse hiv-smitte blandt intravenøse stofbrugere, og at disse programmer skal støttes af en række supplerende foranstaltninger med henblik på at bekæmpe hiv-smitten blandt og fra intravenøse stofbrugere. Ved en gennemgang af omkostningseffektiviteten af NSP'er har De Wit og Bos (2004) konkluderet, at NSP'erne synes at være omkostningseffektive med hensyn til at forhindre spredning af hiv og er forbundet med yderligere fordele og nytte foruden at begrænse hiv, f.eks. ved at en gruppe af stofbrugere, som det ellers er vanskeligt at nå ud til, sættes i kontakt med sundhedstjenester og sociale tjenester.

Forebyggelse af hepatitis

Intravenøse stofbrugere har en meget høj risiko for at blive smittet med HBV og HCV, og 50-80 % af stofbrugerne bliver smittet inden for 5 år, efter at de er begyndt at bruge sprøjter, hvilket kan medføre kroniske infektioner, som kan skade og i sidste instans ødelægge leveren (EONN, 2004b). Mens der på nuværende tidspunkt ikke findes nogen vaccine mod hepatitis C, kan hepatitis B effektivt forebygges ved vaccination ⁽¹⁴²⁾.

Mange EU-lande har i den seneste tiårsperiode indført eller genindført hepatitis B i de nationale immuniseringsprogrammer, og vaccinationen indgår nu i børnevaccinationsprogrammet i de fleste EU-lande. Kun Danmark, Nederlandene, Sverige, Det Forenede Kongerige og Norge har endnu ikke har fulgt WHO's anbefaling ⁽¹⁴³⁾.

Selv om der kommer til at gå nogle årtier, inden der ikke længere er risikogrupper af betydning tilbage, gennemføres der på nuværende tidspunkt målrettede vaccinationsprogrammer for stofbrugere i de fleste EU-lande og Norge. For at nå målgrupperne tilbydes stofbrugerne vaccination på let tilgængelige kontaktsteder og også i stigende grad i fængsler ⁽¹⁴⁴⁾.

Hepatitis B-immuniseringskampagner kombineres ofte med hepatitis A-vaccinationer og hepatitis C-virus-rådgivning, -testning og -henvisning. Selv om hepatitis C-behandling

⁽¹⁴⁰⁾ På EONN's websted findes en oversigt over nationale strategier over for smitsomme sygdomme (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ På EONN's websted findes en liste over væsentlige gennemgange (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

⁽¹⁴²⁾ Flere oplysninger om hepatitis findes på EONN's websted (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ »Report on the 14th Global Advisory Group: Expanded Programme on Immunization«, 14.-18. oktober 1991, Antalya, Tyrkiet, godkendt af Verdenssundhedsforsamlingen i 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Se tabel over hepatitis B-vaccination (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

tilbydes i alle lande, kan det i praksis være vanskeligt for stofbrugere at få adgang hertil. Eftersom officielle retningslinjer for behandlingen anses som et vigtigt styringsredskab for tilbud om hepatitis C-behandling, gennemførte EONN i 2003-2004 en analyse heraf ⁽¹⁴⁵⁾. De fleste retningslinjer anbefaler, at stofbrugere behandles, efter at de er blevet afvænnet eller har været i stabil oral substitutionsbehandling i en periode, som kan variere fra 3 måneder til 2 år. Jo nyere retningslinjerne er, desto mere sandsynligt er det, at de tager hensyn til forskning, der dokumenterer, hvilken nytteværdi en tværfaglig behandlingstilgang, der udføres af et team af hepatologer og narkotikaeksperter, har for stofbrugere. Den nylige forøgelse af nationale retningslinjer vil formentlig forbedre behandlingsmulighederne og resultaterne for stofbrugere.

Narkotikarelaterede dødsfald

Heroindødsfald

I dette afsnit forstås begrebet »narkotikarelaterede dødsfald« som dødsfald, der er forårsaget direkte af brugen af et eller flere stoffer, og som generelt indtræder kort tid efter indtagelsen af stoffet eller stofferne. Disse dødsfald kaldes »overdoser«, »kroniske forgiftninger« eller »narkotikaforårsagede dødsfald« ⁽¹⁴⁶⁾.

De fleste tilfælde af »narkotikarelaterede dødsfald« som følge af indtagelse af illegale stoffer, der er nævnt i indberetningerne fra EU-landene, involverer opiater, selv om andre stoffer i mange tilfælde også identificeres under den toksikologiske undersøgelse, især alkohol, benzodiazepiner og i nogle lande kokain ⁽¹⁴⁷⁾.

Mellem 1990 og 2002 indberettede EU-landene hvert år 7 000-9 000 dødsfald som følge af overdosis ⁽¹⁴⁸⁾, svarende til over 100 000 dødsfald i denne periode. Disse tal kan betragtes som et minimumsskøn, idet der formentlig kan være tale om underrapportering i mange lande.

Opiatoverdoser er en af de væsentligste dødsårsager blandt unge i Europa, navnlig blandt mænd i byområder (EONN, 2004c). På nuværende tidspunkt er overdoser den væsentligste dødsårsag blandt opiatbrugere i EU som helhed; f.eks. i 2001 indberettede EU-15-medlemsstaterne

8 347 narkotikarelaterede dødsfald i forhold til 1 633 dødsfald som følge af aids blandt intravenøse stofbrugere (EuroHIV, 2004) ⁽¹⁴⁹⁾, selv om de omkostninger og problemer, der på længere sigt kan være forbundet med hiv-smitte, ikke bør overses.

Størsteparten af de stofbrugere, der får en overdosis, er mænd, som tegner sig for 60-100 % af tilfældene, og i de fleste lande ligger andelen mellem 75 og 90 %. De fleste ofre for overdoser er i 20'erne eller 30'erne, med en gennemsnitsalder i midten af 30'erne (22-45 år). Gennemsnitsalderen er lavest i flere af de nye medlemsstater (Estland, Letland, Litauen) og Rumænien, hvor andelen af ofre for overdoser under 25 år er forholdsvis høj, hvilket kan være et udtryk for yngre heroinbrugere i disse lande ⁽¹⁵⁰⁾.

Metadondødsfald

I de nationale Reitox-rapporter for 2004 meldte mange lande om, at metadon var involveret i en betydelig andel af de narkotikarelaterede dødsfald. Oplysningerne fremlægges i overensstemmelse med den nationale terminologi, og i nogle tilfælde er det vanskeligt at vurdere, hvilken rolle metadon nøjagtigt spillede i forbindelse med dødsfaldet; nogle tilfælde er rene metadonforgiftninger, mens stoffets tilstedeværelse blot bemærkes i andre tilfælde. Danmark har angivet, at metadon var til stede i 49 % af dødsfaldene som følge af forgiftning (97 ud af 198 tilfælde, hvoraf 64 tilfælde var med metadon alene). Tyskland har angivet, at 23 % af tilfældene skyldtes »substitutionsstoffer«, hvoraf 3 % var sådanne stoffer alene (55 tilfælde) og 20 % i kombination med alkohol og narkotiske stoffer (354 tilfælde), mens disse tal i 2002 var 30 % i alt (7 % alene og 23 % i kombination). Det Forenede Kongerige har indberettet 418 tilfælde med »omtale« af metadon, selv om dette ikke indebærer en årsagsforbindelse. Andre lande har rapporteret om tilstedeværelse af metadon i forbindelse med narkotikarelaterede dødsfald mindre hyppigt: Frankrig (8 tilfælde alene eller i kombination), Østrig (fundet i 10 % af dødsfaldene), Portugal (påvist i 3 % af tilfældene) og Slovenien (4 dødsfald forårsaget af metadon). I de nationale Reitox-rapporter for 2003 meldte

⁽¹⁴⁵⁾ »Consultant study on hepatitis C treatment guidelines for injecting drug users« (Konsulentundersøgelse af retningslinjer for behandling af hepatitis C i forbindelse med intravenøse stofbrugere) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Dette er den definition, som EONN's gruppe af nationale eksperter har lagt sig fast på: se metodebeskrivelsen vedrørende »Drug-related death EMCDDA definition« (Narkotikarelaterede dødsfald — EONN-definition) i *Statistical bulletin 2005* og protokollen DRD Standard, version 3.0

(<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>). De fleste lande har nationale definitioner, som for øjeblikket er de samme eller stort set de samme som EONN's definition, selv om nogle lande medtager tilfælde, som er forårsaget af psykoaktive lægemidler, eller dødsfald, som ikke er forårsaget af overdoser, generelt som en begrænset andel (se »National definitions of drug-related deaths« (Nationale definitioner af narkotikarelaterede dødsfald) i *Statistical bulletin 2005*).

⁽¹⁴⁷⁾ Se tabel DRD-1 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁴⁸⁾ Se tabel DRD-2 og DRD-3 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁴⁹⁾ Tallet for aids-dødsfald henviser til det vestlige område af WHO Europa og omfatter dødsfald i flere ikke-EU-lande, f.eks. Schweiz, Island og Israel.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur DRD-2 i *Statistical bulletin 2005*.

Irland og Norge også om betragtelige antal tilfælde i forbindelse med tilstedeværelsen af metadon.

Som det er tilfældet med alle opiater, er metadon et potentielt giftigt stof, men forskningen har vist, at substitutionsbehandling reducerer risikoen for dødelighed som følge af overdoser blandt deltagerne i behandlingsprogrammerne. Af en række undersøgelser fremgår det, at dødsfald, hvor metadon er involveret, snarere er resultatet af illegalt brug end ordineret brug, og andre undersøgelser viser, at der er en højere risiko i begyndelsen af metadonbehandlingen. Disse resultater indikerer, at det er nødvendigt at sikre gode kvalitetsstandarder i forbindelse med substitutionsprogrammerne.

Fentanyl- og buprenorphindødsfald

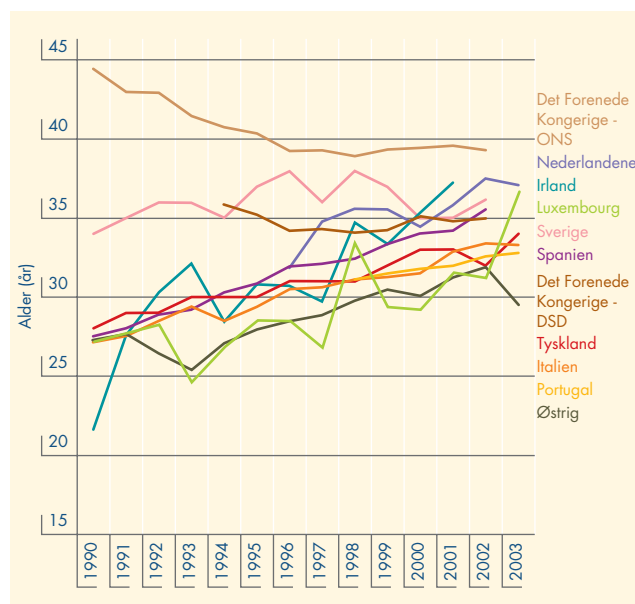
I de senere år har de baltiske lande indberettet dødsfald, hvor der var påvist fentanyl i forbindelse med den toksikologiske undersøgelse, hyppigt samtidig med heroin. I sin nationale rapport rapporterede Sverige om 13 dødsfald i forbindelse med fentanyl blandt intravenøse stofbrugere i 2003 i forhold til kun lejlighedsvis tilfælde i tidligere år. Flere oplysninger om buprenorphins rolle i forbindelse med narkotikarelaterede dødsfald findes i forbindelse med det udvalgte tema om buprenorphin.

Tendenser i akutte narkotikarelaterede dødsfald

Tendenserne i de narkotikarelaterede dødsfald varierer fra land til land⁽¹⁵¹⁾, og selv fra region til region, som følge af forskelle med hensyn til heroinepidemiens forløb, udbredelsen af heroinbrug, risikoadfærd (f.eks. andel af intravenøse stofbrugere, blandingsbrug), tilbud om behandlings- og støttetjenester til stofbrugere og, eventuelt, tilgængeligheden af og kendetegnene ved heroinen. Forskelle med hensyn til, hvordan ordningerne for akut lægehjælp er organiseret, og hvilke strategier de følger, kan også spille en vigtig rolle.

Under hensyntagen til disse begrænsninger kan der identificeres visse generelle tendenser for EU, navnlig for de EU-15-medlemsstater, for hvilke der foreligger længere og mere systematiske dataserier. I 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne blev der generelt konstateret en markant stigning i antallet af narkotikarelaterede dødsfald. I perioden 1990-2000 fortsatte den generelle stigende tendens, dog i et langsommere tempo, selv om der i visse lande kunne konstateres et fald. I 2000 blev der meldt om 8 930 dødsfald mod 6 426 i 1990 (en stigning på

Figur 19: Tendenser i gennemsnitsalderen for akutte narkotikarelaterede dødsfald i nogle af EU-15-medlemsstaterne, 1990-2001/03



NB: Figuren viser data fra lande, som har indberettet gennemsnitsalderen for ofrene i de fleste af årene i indberetningsperioden. Oplysninger baseret på »nationale definitioner« (ONS) som fremstillet i tabel DRD-6 i *Statistical bulletin 2005*. I England og Wales anvendes »narkotikastrategidefinitionen« (DSD).

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i nationale dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre).

40 %) ⁽¹⁵²⁾. I de fleste af de »gamle« medlemsstater kan der konstateres en tendens til, at ofrene for overdoser bliver stadig ældre, hvilket kunne tyde på en »aldrende kohorteffekt«, som kan sættes i forbindelse med et fald i rekrutteringen af unge stofafhængige (figur 19).

Siden 2000 har mange EU-lande imidlertid meldt om et faldende antal narkotikarelaterede dødsfald. Blandt EU-15-medlemsstaterne og Norge faldt det samlede antal fra 8 930 i 2000 til 8 394 i 2001 (et fald på 6 %) og 7 122 tilfælde i 2002 ⁽¹⁵³⁾ (et yderligere fald på 15 %). Kun 10 lande har fremlagt oplysninger for 2003, hvorfor konklusioner vedrørende tendenserne i EU bør drages med forsigtighed. På grundlag af disse 10 lande blev der imidlertid registreret et fald på 5 % i 2003, eller kun en tredjedel af faldet i 2002. Af de 10 lande, der har fremlagt oplysninger for 2003, meldte 3 lande om stigninger, ét land rapporterede ingen ændringer, mens 6 lande meldte om fald, hvoraf faldene i Grækenland (22 %) og Italien (17 %) kunne anses for at være signifikante ⁽¹⁵⁴⁾. Denne udvikling bør give anledning til

⁽¹⁵¹⁾ Se figur DRD-7 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁵²⁾ Se figur DRD-8 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁵³⁾ Tal for Belgien og Irland i 2002 er ikke medtaget (der var 88 tilfælde i Irland i 2001).

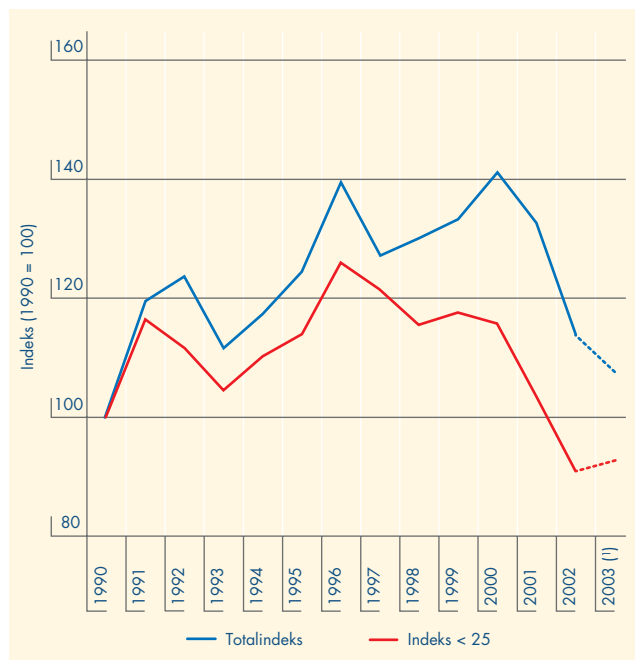
⁽¹⁵⁴⁾ På grundlag af en simpel statistisk Poisson-model. Politidata fra Norge tyder også på et klart fald i 2003.

alvorlig bekymring, da det er muligt, at de faktorer, der bidrog til faldet i antallet af narkotikarelaterede dødsfald mellem 2000 og 2002 (en reduktion på næsten 20 %), ikke længere forelå i 2003; dette er navnlig af betydning, eftersom antallet af narkotikarelaterede dødsfald stadig ligger på et historisk højt niveau, dvs. næsten det samme som i begyndelsen af 1990'erne (figur 20).

Generelt har antallet af narkotikarelaterede dødsfald blandt unge under 25 år været forholdsvis støt faldende siden 1996, hvilket indikerer et muligt fald i antallet af unge intravenøse stofbrugere (figur 19 og 20) — resultatet af en faldende eller stabil tendens i de fleste af EU-15-medlemsstaterne, undtagen Frankrig, Sverige og Norge. I flere nye medlemsstater blev der imidlertid registreret en klar stigning i andelen af ofre under 25 år mellem midten af 1990'erne og 2000-2002, hvilket tyder på en stigende rekruttering af unge brugere ⁽¹⁵⁵⁾. Endvidere har det fald, der er registreret blandt EU-15-medlemsstaterne siden 2000, hovedsageligt fundet sted blandt mænd (et fald på 21,9 %). Blandt kvinder har der været tale om et meget mindre fald (14,5 %), og i 2003 synes den faldende tendens blandt kvinder, i modsætning til mænd, at have vendt sig ⁽¹⁵⁶⁾.

Det er vanskeligt at identificere tendenserne i de nye medlemsstater, da der kun foreligger begrænsede oplysninger. Selv om der er forskelle fra land til land, tyder de tilgængelige oplysninger på, at de narkotikarelaterede dødsfald begyndte at stige mere klart i begyndelsen og midten af 1990'erne. Dette støttes også af den stigning i andelen af ofre under 25 år, der fandt sted mellem midten af 1990'erne og 1999-2000 i de fleste lande, der har fremlagt oplysninger ⁽¹⁵⁷⁾. I de nye medlemsstater, for hvilke der foreligger data, steg antallet af ofre under 25 år betydeligt mere end det samlede antal fra 1996 og indtil for ganske nylig (figur 21), hvilket støtter antagelsen af, at der har været tale om en nyere epidemi. Siden 2000 har antallet af dødsfald som følge af illegale stoffer stabiliseret sig eller er faldet i Bulgarien, Tjekkiet ⁽¹⁵⁸⁾, Letland (2003) og Ungarn. Generelt synes der at have været tale om en vis stabilisering i de senere år, men denne konstatering skal tages med forbehold, da kvaliteten og dækningen af indberetningerne stadig er begrænset i mange lande. Den sandsynlige stigning i bruget af heroin, der fandt sted i 1990'erne i mange af de nye medlemsstater, kan være blevet opvejet af udvidelser af behandlingstilbuddene i de senere år eller af andre faktorer, men det er vanskeligt at forudsige den fremtidige tendens (figur 21).

Figur 20: Generel tendens for akutte narkotikarelaterede dødsfald i EU-15-medlemsstaterne og udvikling i andelen af personer under 25 år blandt narkotikarelaterede dødsfald, 1990-2003



(1) Tallet for 2003 er foreløbigt, eftersom kun 10 lande har fremlagt data for 2003. Tallet for 2003 er baseret på de lande, som har fremlagt data for både 2002 og 2003.

NB: Indeks: 1990 = 100. Antal tilfælde pr. land pr. år fremgår af tabel DRD-2 (del i og v) i *Statistical bulletin 2005*. Belgien fremlagde ikke data for 1998-2001 og Irland ikke for 2002. En beregningsmetode, som er beskrevet nærmere i EONN (2001), er blevet anvendt til at korrigere for denne situation.

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre), baseret på nationale definitioner som fremstillet i tabel DRD-6 i *Statistical bulletin 2005*.

Det kan konkluderes, at trods en vis positiv udvikling i perioden 2000-2002, muligvis som følge af faktorer som et skifte fra injektion blandt opiatbrugere i en række lande og forbedrede behandlingstilbud og den mulige stabilisering af eller det mulige fald i antallet af opiatbrugere, vil niveauet ud fra de aktuelle tal også forblive højt på længere sigt, og der er tegn på, at forbedringen muligvis ikke fortsætter.

Samlet dødelighed blandt opiatbrugere

Opiatbrugere har en samlet dødelighed, der er op til 20 gange eller derover højere end for befolkningen som helhed i samme aldersgruppe. Denne øgede dødelighed er særlig høj blandt intravenøse stofbrugere. Trods den lave udbredelse af opiatafhængighed har dette forhold en betydelig indvirkning på dødeligheden blandt unge voksne i Europa (Bargagli mfl., 2004).

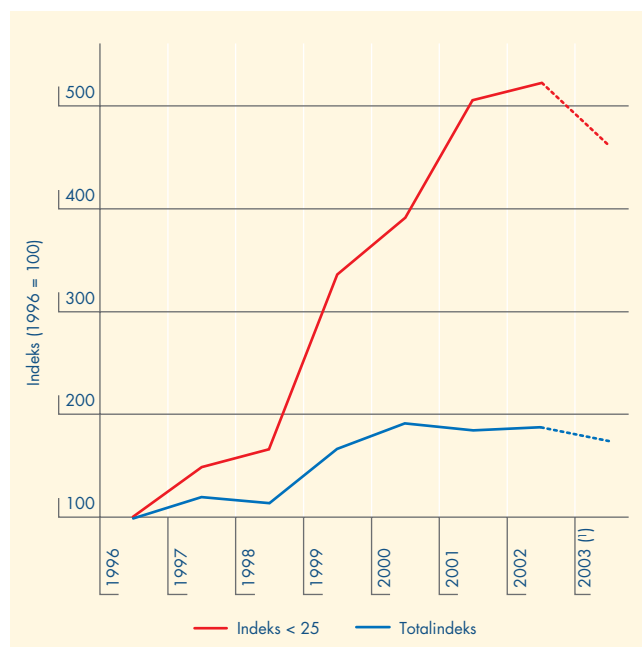
⁽¹⁵⁵⁾ Se figur DRD-9 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁵⁶⁾ Se figur DRD-6 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁵⁷⁾ Se figur DRD-9 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁵⁸⁾ Kun på grundlag af tilfælde under EONN's »Udvalg D«, som omfatter illegale stoffer. Den nationale definition omfatter mange tilfælde som følge af psykoaktiv medicin (75 %).

Figur 21: Generel tendens for akutte narkotikarelaterede dødsfald i nye medlemsstater og kandidatlande og udvikling i andelen af personer under 25 år, 1996-2003



(1) Tallet for 2003 er foreløbigt.
 NB: De lande, der indgår, er Bulgarien, Estland, Letland, Litauen, Malta, Slovenien, Tjekkiet og Ungarn.
 Indeks: 1996 = 100. Antal tilfælde pr. land pr. år fremgår af tabel DRD-2 (del ii) i *Statistical bulletin 2005*.
 Det er vigtigt at huske, at indekset er blevet beregnet på grundlag af data fra et begrænset antal lande. Det skal endvidere bemærkes, at Tjekkiet og Estland tegner sig for en væsentlig del af ofrene under 25 år.
 Estland har ikke fremlagt data for 1996 og 2003, Ungarn ikke for 2002 og Tjekkiet ikke for perioden 1996-2000. Beregningsmetoden er beskrevet nærmere i EONN (2001).

Kilder: Nationale Reitox-rapporter (2004) — oplysninger hentet i generelle dødelighedsregistre eller særlige registre (retsmedicinske registre eller politiregistre), baseret på nationale definitioner som fremstillet i tabel DRD-6 i *Statistical bulletin 2005*.

Blandt årsagerne til dødeligheden blandt opiatbrugere indgår ikke kun overdoser, men også aids og andre smitsomme sygdomme samt eksterne dødsårsager (ulykker, vold, selvmord osv.). Den væsentligste dødsårsag blandt kohorter med en lav udbredelse af hiv-smitte er overdosis. Antallet af aids-dødsfald er faldet betydeligt i de senere år, selv blandt kohorter med en høj udbredelse af hiv-smitte, som følge af den øgede adgang til HAART-behandling efter 1995 (se ovenfor med hensyn til de samlede tal i Europa) ⁽¹⁵⁹⁾.

Efterhånden som opiatbrugere bliver ældre, stiger dødeligheden gradvis, da der foruden dødsfald som følge af overdosis og eksterne årsager som f.eks. selvmord og vold også optræder dødsfald som følge af kroniske

sygdomstilstande (f.eks. levercirrhose, cancer, åndedræts sygdomme, endocarditis, aids) (Nederlandenes nationale rapport).

Desuden kan levevilkår og andre faktorer end selve stofbruget (hjemløshed, psykisk sygdom, vold, dårlig ernæring osv.) i vidt omfang bidrage til den høje dødelighed blandt stofbrugere. Undersøgelser har vist, at dødeligheden blandt psykiatriske patienter er 4 gange højere end for befolkningen som helhed (Korkeila, 2000), og at dødeligheden blandt hjemløse også er 3-4 gange højere end for befolkningen som helhed (Hwang, 2001).

Reduktion af narkotikarelaterede dødsfald

Initiativer

EU's politiske målsætning for 2000-2004 om en betydelig reduktion af antallet af narkotikarelaterede dødsfald fik stor tilslutning blandt medlemsstaterne. Otte af EU-15-medlemsstaterne (Tyskland, Grækenland, Spanien, Irland, Luxembourg, Portugal, Finland og Det Forenede Kongerige) samt fire nye EU-lande (Cypern, Letland, Litauen og Polen) har medtaget en reduktion af narkotikarelaterede dødsfald i deres nationale strategidokumenter ⁽¹⁶⁰⁾. Det forhold, at mange nye medlemsstater stadig mangler pålidelige oplysninger om antallet af narkotikarelaterede dødsfald, gør det imidlertid i vidt omfang vanskeligt at iværksætte hensigtsmæssige initiativer.

I den nye EU-narkotikastrategi (2005-2012) prioriteres en forbedret adgang til en række tjenester, som kan nedbringe sygeligheden og dødeligheden i forbindelse med stofafhængighed, og antallet af narkotikarelaterede dødsfald er blevet valgt som en af hovedindikatorerne for fremskridtene i forbindelse med dette mål i den første fireårige handlingsplan (2005-2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Tiltag

Et tiltag, som har stor betydning for antallet af narkotikarelaterede dødsfald, er adgangen til tilstrækkelige behandlingsmuligheder, især substitutionsbehandling (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal mfl., 2005). I 1980'erne, og i endnu større udstrækning i 1990'erne, skete der en hurtig udbygning af substitutionsbehandlingen i Europa, navnlig i EU-medlemsstater med en høj udbredelse af intravenøst heroinbrug. På nuværende tidspunkt er over en halv million heroinbrugere i EU — dvs. mellem en fjerdedel og

⁽¹⁵⁹⁾ »Mortality of drug users in the EU: coordination of implementation of new cohort studies, follow-up and analysis of existing cohorts and development of new methods and outputs« (Dødelighed blandt stofbrugere i EU: koordinering af gennemførelsen af nye kohorteundersøgelser, opfølgning og analyse af eksisterende kohorter og udvikling af nye metoder og output). EONN's rapport CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

⁽¹⁶⁰⁾ Se oversigtstabelen: *Strategies and selected measures to reduce drug-related deaths* (Strategier og udvalgte foranstaltninger til begrænsning af narkotikarelaterede dødsfald) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10697>).

⁽¹⁶¹⁾ Se EU's narkotikastrategi 2005-2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

halvdelen af den skønnede målgruppe af heroinbrugere — omfattet af substitutionsbehandlingsprogrammer.

I lande, hvor over halvdelen af de problematiske stofbrugere er i substitutionsbehandling, er det sandsynligt, at omfanget af intravenøst stofbrug og den hermed forbundne risikoadfærd vil blive reduceret med et heraf følgende fald i overdosisdødsfaldene.

I 2003 henstillede Det Europæiske Råd, at EU-medlemsstaterne gennemførte en række foranstaltninger for at reducere antallet af narkotikarelaterede dødsfald ⁽¹⁶²⁾. Foruden behandling for narkotikamisbrug omfatter disse en forbedring af undervisningen i og formidlingen af oplysninger om overdosisrisici og -håndtering blandt stofbrugere samt deres kammerater og familier og proaktive strategier med henblik på at nå personer, som ikke har kontakt til de eksisterende tjenester, gennem opsøgende arbejde og let tilgængelige, attraktive narkotikatjenester. Gennemførelsen af henstillingen og virkningerne heraf følges nøje af Kommissionen, og der forventes en rapport herom i 2006.

Den demografiske profil af ofrene for overdoser viser, at ældre heroinbrugere, der ikke er i behandling, har størst risiko for at dø af en overdosis. En specifik foranstaltning, hvormed man effektivt kan nå ud til denne prioriterede gruppe, er etableringen af overvågede brugerrum ⁽¹⁶³⁾. Sådanne tjenester findes på nuværende tidspunkt i 15 tyske og 15 nederlandske byer samt i Madrid, Barcelona og Bilbao (Spanien) og Oslo (Norge).

Opiatbehandling

I korte træk kan behandlingsmulighederne i forbindelse med problematisk opiatbrug inddeles i tre generelle kategorier: medicinsk støttet behandling, stoffri behandling og abstinensbehandling (sidstnævnte vil ikke blive behandlet nærmere i denne forbindelse). Løsningen af afhængigheds- og abstinensproblemer indgår imidlertid kun som ét aspekt af en vellykket behandling af opiatproblemer. For at sikre et positivt resultat på længere sigt er det formentlig lige så vigtigt at hjælpe den enkelte med at genindtræde i samfundet gennem social integration, dvs. finde arbejde og bolig, og udvikle de nødvendige sociale færdigheder og evnen til at kunne klare sig for at undgå tilbagefald. Det er fremgået af talrige undersøgelser, at personer med opiatproblemer ofte har mange behandlingskontakter, og at de terapeutiske målsætninger, især afholdenhed, ikke nødvendigvis opnås i forbindelse med en persons første behandlingskontakt, men først gennem gentagne terapeutiske interventioner.

Medicinsk støttet behandling

Medicinsk støttet behandling omfatter både substitutionsbehandling med agonister (metadon, buprenorphin, dihydrocodein, heroin, depotmorfin) og, om end meget mindre udbredt, behandling med antagonist (f.eks. naltrexon).

Metadon er tilgængelig i næsten alle medlemsstater (se tabel 3) og er fortsat en af de hyppigst ordinerede substitutionsbehandlinger i Europa. I de senere år er der imidlertid kommet flere behandlingsmuligheder til. Buprenorphin er nu tilgængelig i 18 af de 26 lande, for hvilke der foreligger oplysninger. Behandling med andre agonister samt behandling med antagonist (naltrexon, naloxon eller clonidin) anvendes mindre hyppigt i EU. En undersøgelse om indførelsen af kontrolleret heroinudlevering er for øjeblikket i gang i Belgien, og Østrig har indhentet en ekspertudtalelse om heroinbehandling af kroniske opiatafhængige på basis af resultaterne af eksisterende internationale programmer.

Det fremgår af de seneste tal, at der i 2003 var over 450 000 klienter i substitutionsbehandling i specialiserede enheder i EU (tabel 4), hvoraf over 90 % fik metadon. Herudover var der klienter, der modtog andre former for substitutionsbehandling (f.eks. dihydrocodein, depotmorfin eller heroin), og personer, som var i substitutionsbehandling, f.eks. hos praktiserende læger. Der foreligger desværre ikke for øjeblikket pålidelige data om disse aspekter af substitutionsbehandling i mange medlemsstater, og det er derfor ikke muligt at fremlægge samlede tal for EU som helhed.

Der er imidlertid nogle lande, som har pålidelige data om eller skøn over antallet af klienter, der er i substitutionsbehandling hos praktiserende læger, hvilket fjører vigtige oplysninger til de samlede skøn over klienter i substitutionsbehandling i EU. Antallet af klienter, der modtog metadonbehandling gennem praktiserende læger i 2003, udgjorde 8 500 i Frankrig, 2 682 i Irland, 851 i Luxembourg og 930 i Nederlandene. Endvidere modtog i Tjekkiet og Frankrig henholdsvis 1 200 og 70 000 klienter buprenorphinbehandling gennem praktiserende læger. Det skønnes, at i alt 81 743 klienter var i substitutionsbehandling hos praktiserende læger i disse fem lande. I betragtning af at der er over 450 000 klienter i substitutionsbehandling i specialiserede enheder, har det samlede antal klienter, der modtager substitutionsbehandling, nu passeret den halve million og udgør ca. 530 000. Da oplysningerne ikke er fuldstændige, udgør tallet 530 000 også i denne forbindelse et minimumsskøn over antallet af stofbrugere i substitutionsbehandling.

⁽¹⁶²⁾ <http://eldd.emcdda.eu.int/?nnodeid=5173&pluginMethod=eldd.showlegaltexdetail&id=2603&lang=en&T=2>

⁽¹⁶³⁾ »European report on drug consumption rooms« (Europæisk rapport om brugerrum) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tabel 3: Stoffer anvendt i forbindelse med medicinsk støttet behandling i Europa (herunder også undersøgelser)

Land	Metadon	Buprenorphin	Dihydrocodein	Depotmorfin	Heroin	Naltrexon/ naloxon	Clonidin
Belgien	X	X	X			X	X
Tjekkiet	X	X					
Danmark	X	X					
Tyskland	X	X	X		X	X	
Estland	X	X					
Grækenland	X	X				X	
Spanien	X	X			X		
Frankrig	X	X		X			
Irland	X						
Italien	X	X				X	X
Cypern							
Letland	X						
Litauen	X	X				X	
Luxembourg	X	X		X			
Ungarn	X						
Malta	X		X			X	X
Nederlandene	X	X			X	X	X
Østrig	X	X	X	X			
Polen	X						
Portugal	X	X				X	X
Slovenien	X						
Finland	X	X					
Sverige	X	X					
Det Forenede Kongerige	X	X	X		X	X	X
Bulgarien	X			X			
Rumænien	X						
Norge	X	X					

NB: Der foreligger ingen oplysninger for Slovakiet eller Tyrkiet.
 Kilde: Standardtabel over adgangen til narkotikarelateret behandling.

Mulighederne for at få substitutionsbehandling varierer meget mellem EU-15-landene og de nye medlemsstater og kandidatlandene. Selv om de nye medlemsstater og kandidatlandene tegner sig for over 20 % af den samlede befolkning, tegner de sig kun for 1,3 % af klienterne i substitutionsbehandling (uden Tyrkiet, hvor der ikke foreligger data om substitutionsbehandling). Af de nye medlemsstater er det kun to lande, Tjekkiet og Slovenien, der har fremlagt skøn over udbredelsen af problematisk stofbrug, og i begge disse lande er der adgang til substitutionsbehandling for en mindre andel af de problematiske stofbrugere (henholdsvis 16 og 26 %) end

gennemsnittet i EU-15 (35 %). Trods de manglende skøn over udbredelsen af problematisk stofbrug i andre nye medlemsstater og kandidatlande er substitutionsbehandling langt mindre udbredt end i EU-15-medlemsstaterne. I betragtning af den høje risiko for spredning af smitsomme sygdomme i nogle lande og den præventive rolle, som medicinsk støttet behandling kan spille med hensyn til at begrænse dette (se f.eks. UNODC, 2002), giver situationen anledning til bekymring.

To forskellige tendenser har i de senere år gjort sig gældende i forbindelse med den medicinsk støttede

Tabel 4: Skøn over antal klienter i substitutionsbehandling i Europa i 2003

Land	Klienter i metadonbehandling på specialiserede afdelinger	Klienter i buprenorfinbehandling på specialiserede afdelinger	Samlet antal klienter i substitutionsbehandling på specialiserede afdelinger
Belgien	1 922	48	1 970
Tjekkiet	368	204	572
Danmark	4 971	484	5 455
Tyskland	65 000	9 000	74 000
Estland	60	13	73
Grækenland	2 018	275	2 293
Spanien	88 678	36	88 714
Frankrig	15 000	13 000	28 000
Irland (*)	5 561	0	5 561
Italien	79 065	7 113	86 178
Cypern	0	0	0
Lettland	67	0	67
Litauen	332	n.a.	332
Luxembourg	133	10	143
Ungarn	750	0	750
Malta	698	0	698
Nederlandene	12 000	n.a.	12 000
Østrig (†)	1 796	1 667	6 413 (‡)
Polen	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Slovenien	1 909	0	1 909
Finland	170	430	600
Sverige	800	1 300	2 100
Det Forenede Kongerige	128 000	n.a.	128 000
Bulgarien	380	0	380
Rumænien	400	0	400
Norge	1 947	484	2 431
I alt (†)	422 655	36 807	462 412 (‡)

(†) Dette er antallet af tilfælde og ikke antallet af personer, der har modtaget behandling i det pågældende år.

(‡) I Østrig modtager ca. 46 % af klienterne en anden substitutionsbehandling end metadon og buprenorfin, hvilket er blevet tilføjet for at nå frem til det korrekte samlede antal. Den forholdsommæssige fordeling er baseret på tilgangen af nye klienter.

(§) Det højere samlede antal skyldes, at der skønsmæssigt er 2 950 klienter i substitutionsbehandling med andre stoffer end metadon og buprenorfin i Østrig (hovedsageligt depotmorfin).

(¶) n.a. = ingen tilgængelige data. Ved beregningen af det samlede antal er »ingen tilgængelige data« sat til værdien 0, hvorfor der er tale om minimumsværdier.

NB: Der foreligger ingen oplysninger for Slovakiet eller Tyrkiet.

Kilde: Standardtabel over adgangen til narkotikarelateret behandling.

behandling. Den første er en videreførelse af tendensen til at øge adgangen til substitutionsbehandling, selv om forøgelsen er ved at blive mindre udtalt. Endvidere er der sket en udvidelse af de stoffer, der anvendes; f.eks. er antallet af lande, der har angivet brug af buprenorfin, steget til 14 i 2003 i forhold til 6 i 1999/2000.

En tredje tendens, som ganske vist er mindre udpræget, går i retning af i stigende grad at inddrage praktiserende læger i den medicinsk støttede behandling. Inddragelse af praktiserende læger blev kun rapporteret i 3 af de 15 medlemsstater (Belgien, Frankrig, Det Forenede Kongerige) i 2000/2001 (Solberg mfl., 2002), men findes

nu i 10 af EU-15-medlemsstaterne (Belgien, Tyskland, Frankrig, Irland, Italien, Luxembourg, Nederlandene, Østrig, Sverige og Det Forenede Kongerige) samt 3 af de nye medlemsstater (Tjekkiet, Malta og Slovenien).

Stoffri behandling

I den stoffrie behandling inddrages psykosociale og pædagogiske teknikker med henblik på at opnå en vedvarende afholdenhed fra stoffer. Traditionelt har stoffri behandling medført indlæggelse i længere tid, f.eks. i terapeutiske miljøer. I dag tilbydes denne behandling ofte også i lokalsamfund.

I modsætning til den medicinsk støttede behandling, hvor der findes centraliserede nationale registre i mange medlemsstater, findes der sjældent registre over stoffri behandling, og der foreligger meget få pålidelige, klare, kvantitative data for denne behandlingsmetode. Selv om det ikke er muligt at foretage en nøjagtig sammenligning med den medicinsk støttede behandling, fremgår det af indberetninger fra medlemsstaterne, at den medicinsk støttede behandling er den primære behandlingsform i forbindelse med problematiske opiatbrugere i de fleste EU-medlemsstater og på EU-plan som helhed. Nogle lande har imidlertid angivet, at de generelt foretrækker stoffri behandling frem for medicinsk støttet behandling (Estland, Cypern, Litauen, Polen og Finland). I en række lande, navnlig Grækenland, Spanien og Norge, synes antallet af personer i medicinsk støttet behandling og stoffri behandling stort set at være det samme.

Den seneste udvikling med hensyn til kvalitetskontrol

En række lande (Tyskland, Østrig og Portugal) har udarbejdet manualer til lægepersonale, der er involveret i narkotikarelateret behandling. Bestræbelser som led i den britiske regerings narkotikastrategi har vist, at ventelister kan nedbringes, og flere problematiske stofbrugere kan få adgang til og mulighed for at forblive i behandling ved at gøre en ekstra indsats på budget-, organisations-, overvågnings- og personaleområdet. I England var 41 % flere problematiske stofbrugere i kontakt med narkotikabehandlingstjenester i 2003-2004 end i 1998-1999, og ventetiderne er blevet nedbragt med to tredjedele siden 2001. I 2003-2004 havde 72 % af klienterne enten med godt resultat afsluttet en struktureret behandling eller var fortsat i behandling i forhold til 57 % i 2000-2003 (NTA, 2004).

Der er stor forskel på, hvor den stoffrie behandling finder sted. I én gruppe lande (Tyskland, Grækenland, Spanien, Frankrig, Cypern, Luxembourg, Nederlandene, Polen,

Slovenien, Det Forenede Kongerige) foregår den stoffrie behandling af problematiske opiatbrugere hovedsageligt ambulant, mens en mindre gruppe lande har angivet, at behandlingen hovedsageligt foregår under indlæggelse (Irland, Italien, Østrig), og der i andre lande ikke er nogen klar overvægt (Sverige, Norge).

Social reintegration

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

Social reintegration anvendes sjældnere som løsning på et stofbrugsproblem end behandling, hvorfor overvågningen og rapporteringen på dette område er mere mangelfuld. Nogle lande indberetter kvalitative vurderinger af deres indsats inden for social reintegration; der er imidlertid ingen, der rapporterer om en god dækning. De lande, der foretager indberetning (Estland, Irland, Malta, Nederlandene, Sverige, Rumænien og Norge), peger alle på mangler i deres sociale reintegrationstjenester og/eller -programmer. En enkelt undtagelse udgør Grækenland, hvor der både findes en forholdsvis bred vifte af sociale reintegrationsprogrammer og pålidelige data om antallet af klienter, de når ud til.

Beslaglæggelser og markedsinformation ⁽¹⁶⁴⁾

Produktion, ulovlig handel med og beslaglæggelser af opiater

Afghanistan er på verdensplan blevet langt den største leverandør af illegal opium, især da det samlede dyrkningsareal igen er øget i 2004. Den globale produktion af illegal opium i 2004 blev anslået til ca. 4 850 tons (4 766 tons i 2003), hvoraf Afghanistan bidrog med 87 % og Myanmar med 8 %. Den samlede opiumproduktion har været stabil gennem de seneste fem år bortset fra 2001, hvor et forbud mod valmuedyrkning i Afghanistan, der blev håndhævet af Taliban-regimet, førte til et drastisk, men kortvarigt, fald. Den globale potentielle produktion af heroin blev anslået til 485 tons i 2004 (477 tons i 2003) (CND, 2005).

Den heroin, der forbruges i EU, er primært produceret i Afghanistan (i stigende grad) eller langs opiumruterne, især i Tyrkiet (UNODC, 2003a; INCB, 2005), og føres ind

⁽¹⁶⁴⁾ Se »Fortolkning af beslaglæggelser og markedsinformation«, s. 42.

i Europa ad to større smuglerruter. Den traditionelt meget vigtige balkanrute spiller fortsat en afgørende rolle inden for heroinsmugling. Ruten, der løber igennem Pakistan, Iran og Tyrkiet, deler sig i en sydlig gren gennem Grækenland, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Albanien, en del af Italien, Serbien og Montenegro og Bosnien-Hercegovina og en nordlig gren gennem Bulgarien, Rumænien, Ungarn og Østrig. Ifølge INCB (2005) blev den nordlige gren af balkanruten i 2003 den dominerende gren med hensyn til heroinsmugling. Siden midten af 1990'erne bliver heroin stadig oftere smuglet til Europa via »silkeruten« gennem Centralasien, Det Kaspiske Hav og Den Russiske Føderation, Belarus eller Ukraine (nationale Reitox-rapporter, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Selv om disse ruter er de vigtigste, foretog en række lande i Øst- og Vestafrika samt Nord-, Mellem- og Sydamerika i 2003 beslaglæggelser af heroin, der var bestemt til Europa (CND, 2005; INCB, 2005).

Ud over den importerede heroin fremstilles der også en række opiater i EU. Denne produktion begrænser sig især til en mindre produktion af hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østlige EU-lande som f.eks. Estland, Letland og Litauen (nationale Reitox-rapporter, 2004). Sådanne produkter synes navnlig at være blevet populære igen i Estland i 2003.

Mængdemæssigt tegnede Asien (56 %) og Europa (34 %) sig i 2003 fortsat for størstedelen af heroinbeslaglæggelserne i verden. Europas andel er stigende, navnlig på grund af det øgede antal heroinbeslaglæggelser i de øst- og sydøsteuropæiske lande (CND, 2005). Siden 1998 har det EU-land, der har tegnet sig for det største antal heroinbeslaglæggelser og den største mængde beslaglagt heroin, været Det Forenede Kongerige, efterfulgt af Spanien med hensyn til antallet af beslaglæggelser og Italien med hensyn til de beslaglagte mængder ⁽¹⁶⁵⁾. I 2002 var Det Forenede Kongerige ansvarligt for ca. 30 % af både heroinbeslaglæggelserne og den samlede mængde beslaglagt heroin i EU.

Mængderne af beslaglagt heroin ⁽¹⁶⁶⁾ i EU har generelt været stigende i de seneste 5 år, idet kurven fladede ud i 2000-2002, mens antallet af beslaglæggelser generelt har været faldende i samme periode. Ud fra tendenserne i de lande, for hvilke der foreligger data, synes både antallet af heroinbeslaglæggelser og mængderne af beslaglagt heroin i EU at være faldet i 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

Der er igen i 2003 meldt om beslaglæggelser af fentanyl og methylfentanyl — syntetiske opiater, der er op til 100 gange stærkere end heroin — i Estland, mens Letland indberettede sin første beslaglæggelse af 3-methylfentanyl i 2003 og Østrig sin første beslaglæggelse af fentanyl i januar 2004. I Estland er den dårlige kvalitet af den heroin, der udbydes på det lokale marked, siden 2002 blevet opvejet af indførelsen af disse to syntetiske opiater under navnet »China White«, »Persian White« eller »syntetisk heroin« (nationale Reitox-rapporter, 2004).

Selv om information om benzodiazepiner — normalt anvendt som substitutter af heroinbrugere — ikke systematisk indberettes til EONN, har Spanien, Litauen, Sverige og Norge meldt om beslaglæggelser af benzodiazepiner (især af Rohypnol) i 2003.

Heroin — Priser og renhed

I Europa findes heroin i to former: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform), som er let at skaffe, og den mindre almindelige og dyrere hvide heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien. I 2003 lå den gennemsnitlige gadepris for brun heroin i EU på mellem 27 EUR/g i Belgien og 144 EUR/g i Sverige, mens prisen for hvid heroin varierede fra 25 (Slovakiet) til 216 EUR/g (Sverige) ⁽¹⁶⁸⁾. Denne prisforskel hænger formentlig sammen med renheden af det stof, der sælges.

I 2003 varierede den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin på gadeplan i EU fra 6 % i Østrig til 40 % i Malta. Oplysninger om renhedsgraden for hvid heroin blev kun angivet af nogle få lande ⁽¹⁶⁹⁾; den varierede i gennemsnit fra 6 % i Finland til 70 % i Norge ⁽¹⁷⁰⁾.

⁽¹⁶⁵⁾ Bør dog kontrolleres, når de manglende data for 2003 foreligger. Oplysninger om antallet af heroinbeslaglæggelser i 2003 mangler for Italien, Cypern, Nederlandene og Rumænien; oplysninger om såvel antal beslaglæggelser som beslaglagte mængder i 2003 mangler for Irland og Det Forenede Kongerige.

⁽¹⁶⁶⁾ Se tabel SZR-4 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁶⁷⁾ Se tabel SZR-3 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁶⁸⁾ Se tabel PPP-2 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁶⁹⁾ Se tabel PPP-6 (del i) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁰⁾ Lille stikprøveantal for Norge (n = 8).

Buprenorfin: praksis med hensyn til behandling, misbrug og medicinering, i EONN — Årsberetning 2005: udvalgte temaer

I de seneste 10 år er buprenorfin blevet stadig mere anvendt i Europa som alternativ til metadon ved behandling af opiatafhængighed. Buprenorfin, som først blev udviklet som et smertestillende middel, blev foreslået anvendt i behandlingen af opiatafhængighed i slutningen af 1970'erne. Buprenorphins indførelse i opiatbehandlingen i EU-15-medlemsstaterne og udbredelsen heraf i disse lande og til de nye medlemsstater er beskrevet.

Der foretages sammenligninger mellem buprenorfin og metadon med hensyn til effektivitet og omkostninger. Behandlingen med buprenorfin i Europa beskrives, og der foretages sammenligninger mellem medlemsstater, hvor buprenorfin er det stof, der primært anvendes i behandlingen af opiatafhængighed, og de lande, hvor den medicinsk støttede behandling hovedsageligt gennemføres med metadon. Det fremgår bl.a. af resultaterne, at ca. 20 % af klienterne i medicinsk støttet behandling i EU i dag får buprenorfin, selv om størstedelen af disse klienter er i et enkelt land (Frankrig). Generelt er bruget af buprenorfin blevet udbredt til mange lande, men det

faktiske antal klienter er stadig begrænset i hovedparten af medlemsstaterne.

Buprenorfin undersøges i henseende til et potentielt misbrug. De første indikationer er, at misbrug af buprenorfin kun er udbredt i nogle få lande og sjældent andre steder. Der er fremlagt materiale, som henfører misbrug af buprenorfin til specifikke befolknings- eller aldersgrupper eller forsøger at identificere forskellige grupper af buprenorfinmisbrugere. Selv om dødsfald som følge af misbrug af buprenorfin er meget sjældne, er der rapporteret om dødsfald i den videnskabelige litteratur og af nogle europæiske lande. Indberetninger om dødsfald i forbindelse med misbrug af buprenorfin sammenlignes med dødsfald som følge af misbrug af metadon.

I det udvalgte tema drages konklusioner om de relative fordele ved buprenorfin og metadon i behandlingen af opiatafhængighed. Buprenorfin identificeres som en mulighed for at gøre medicinsk støttet behandling mere udbredt og lettere tilgængelig.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk og på internettet (»Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices«, i *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Kapitel 7

Kriminalitet og fængsler

Narkotikarelateret kriminalitet

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

»Indberetninger«⁽¹⁷¹⁾ af narkotikalovovertrædelser afspejler forskelle med hensyn til de nationale lovgivninger, de måder, hvorpå loven håndhæves og anvendes, samt prioriteringerne og de ressourcer, der af kriminalretlige institutioner er afsat til specifikke former for kriminalitet. Dertil kommer, at informationssystemerne om narkotikalovovertrædelser varierer betragteligt fra land til land, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer og registreringspraksis, dvs. hvad der registreres, hvornår og hvorledes. Disse forskelle vanskeliggør sammenligninger mellem EU-landene.

Mellem 1998 og 2003 steg antallet af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i de fleste EU-lande. Stigningerne var især markante (fordobling eller mere) i Estland og Polen. Dog faldt antallet af »indberetninger« i 2003 i Belgien, Spanien, Italien (siden 2001), Ungarn, Malta, Østrig og Slovenien (siden 2002)⁽¹⁷²⁾.

I de fleste EU-medlemsstater vedrørte flertallet af indberettede narkotikalovovertrædelser fortsat stofbrug eller besiddelse til eget brug⁽¹⁷³⁾, nemlig mellem 39 % af alle narkotikalovovertrædelser i Polen til 87 % i Østrig og Det Forenede Kongerige. I Tjekkiet og Luxembourg vedrørte henholdsvis 91 og 46 % af alle indberettede narkotikalovovertrædelser handel eller smugling, mens alle narkotikalovovertrædelser i Italien og Spanien — hvor stofbrug og besiddelse til eget brug ikke er

Stofbrug og kriminalitet: nogle data

I en undersøgelse, der blev gennemført i Tjekkiet i 2004, skønnede politifolk, der arbejdede på regionale politistationer, at ca. 40 % af de simple tyverier og ca. 30 % af indbrudstyverierne var blevet begået med henblik på at kunne købe stoffer. I samme land viste rutinemæssige data om registreret kriminalitet, at 0,7 % af alle lovovertrædelser i 2003 blev begået, mens lovovertræderne var under indflydelse af narkotiske eller psykotrope stoffer (undtagen alkohol) (Tjekkiets nationale rapport).

I Finland var andelen af manddrab og overfald begået af lovovertrædere under indflydelse af illegale stoffer i 2000-2003 meget lavere end andelen begået af lovovertrædere under indflydelse af alkohol (6 % i forhold til 64 % af manddrabene og 2 % i forhold til 71 % af overfaldene) (Lehti og Kivivuori; nævnt i Finlands nationale rapport). Selv om tilstedeværelsen af stoffer i forbindelse med røverier synes at være steget i den seneste tiårsperiode, er det stadig mere almindeligt, at der er alkohol til stede i forbindelse med røverier (43 % af røverierne involverer alkohol i forhold til 9 %, som involverer stoffer).

I Tyskland faldt de »direkte kompulsive berigelsesforbrydelser« — forbrydelser begået for at skaffe narkotiske stoffer, substitutionsstoffer eller alternative stoffer — i 2003 til 2 568 tilfælde, hvoraf over 70 % havde forbindelse med receptforfalskning eller tyveri af receptblanketter (BKA, 2004).

I Letland viste rutinemæssige data fra Indenrigsministeriet, at 2,8 % af alle afslørede forbrydelser i 2003 (3,1 % i 2002) blev begået af lovovertrædere, som var under indflydelse af narkotiske stoffer (Letlands nationale rapport).

lovovertrædelser — vedrørte handel eller smugling. Endelig vedrørte 59 % af overtrædelserne i Portugal⁽¹⁷⁴⁾ og Norge⁽¹⁷⁵⁾ både stofbrug og narkotikasmugling.

⁽¹⁷¹⁾ Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser står i citationstegn, fordi det dækker over forskellige begreber i de forskellige lande (politirapporter over mistænkte narkotikalovovertrædere, sigtelser for overtrædelse af narkotikalovgivning mv.). Den nøjagtige definition for hvert land findes i *Statistical bulletin* (metodebeskrivelsen vedrørende definitioner af »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser). (NB: Udtrykket »arrestationer« blev benyttet i årsberetninger frem til 2001.)

⁽¹⁷²⁾ Se tabel DLO-1 (del i) i *Statistical bulletin 2005*. Oplysninger om »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser i 2003 mangler for Danmark, Tyskland, Irland, Letland, Slovakiet og Det Forenede Kongerige.

⁽¹⁷³⁾ Se tabel DLO-2 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁴⁾ I Portugal vedrører de resterende narkotikalovovertrædelser »narkotikahandel/-smugling«, da overtrædelser i form af stofbrug/besiddelse til eget brug blev afkriminaliseret i juli 2001.

⁽¹⁷⁵⁾ I Norge sondres der ikke mellem »narkotikahandel/-smugling« brugt alene og »stofbrug/narkotikahandel og -smugling«. De resterende narkotikalovovertrædelser vedrører derfor alene »stofbrug«.

I samtlige lande, for hvilke der foreligger data, undtagen Portugal, steg andelen af narkotikalovovertrædelser, der vedrørte stofbrug/besiddelse til eget brug i forhold til alle narkotikalovovertrædelser i femårsperioden 1998-2003 ⁽¹⁷⁶⁾. Stigningstakten var generelt lav, men der kunne konstateres tydelige opadgående tendenser i Belgien, Luxembourg og Slovenien samt i Irland indtil 2001. I Portugal begyndte andelen af brugsrelaterede lovovertrædelser at falde i 2000, ét år før afkriminaliseringen af stofbrug og besiddelse til eget brug i juli 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. I 2003 blev der meldt om fald i Tjekkiet, Luxembourg, Østrig og Slovenien.

I de fleste medlemsstater var cannabis fortsat det illegale stof, der oftest var involveret i indberettede narkotikalovovertrædelser ⁽¹⁷⁸⁾. I de lande, hvor dette var tilfældet, tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig i 2003 for mellem 39 % (Italien) og 87 % (Frankrig) af samtlige narkotikalovovertrædelser. I Nederlandene var der flest overtrædelser i forbindelse med »hårde stoffer« ⁽¹⁷⁹⁾ (58 %), mens størstedelen af narkotikalovovertrædelserne i Tjekkiet vedrørte amfetaminer (48 %). Det enkelte stofs relative andel af alle overtrædelser af narkotikalovgivningen påvirkes af en række faktorer, herunder retshåndhævelsesmyndighedernes operationelle prioriteringer og eksplicitte eller implicitte strategiske afgørelser med hensyn til indsatsen mod de forskellige typer af narkotikalovovertrædelser.

Siden 1998 er andelen af narkotikalovovertrædelser, der involverer cannabis ⁽¹⁸⁰⁾, steget i Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Litauen, Luxembourg, Malta og Portugal, mens andelen generelt har været stabil i Belgien, Tjekkiet, Nederlandene, Slovenien, Sverige og Det Forenede Kongerige og har været faldende i Italien og Østrig ⁽¹⁸¹⁾.

I samme periode faldt andelen af heroinrelaterede overtrædelser i samtlige de EU-lande, for hvilke der foreligger data, undtagen i Østrig og Det Forenede Kongerige, hvor andelen voksede ⁽¹⁸²⁾. I modsætning hertil er de kokainrelaterede overtrædelser andelen af samtlige narkotikalovovertrædelser steget siden 1998 i alle de

lande, for hvilke der foreligger data, bortset fra Tyskland, hvor tendensen har været nedadgående ⁽¹⁸³⁾.

Stofbrugere og fængsler

Stofbrugere i fængsel

Medlemsstaterne råder kun over få og ufuldstændige rutinemæssige oplysninger om arten af og mønsteret for stofbrug blandt indsatte. Mange af de data, der foreligger i EU, hidrører fra ad hoc-undersøgelser på grundlag af stikprøver af varierende størrelse, og det er meget vanskeligt at ekstrapolere resultaterne (og tendenserne).

Stofbrugere er stærkt overrepræsenteret blandt fængselsindsatte sammenlignet med befolkningen som helhed. I de fleste undersøgelser i EU angives langtidspåvalensen for stofbrug blandt indsatte som liggende over 50 %; den varierer imidlertid meget, nemlig fra 22 til 86 %, mellem fængselspopulationerne, arresthusene og landene ⁽¹⁸⁴⁾. I EU ligger udbredelsen af regelmæssigt stofbrug eller afhængighed før fængslingen på mellem 8 og 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

De fleste stofbrugere reducerer eller standser deres stofbrug ved indsættelsen i fængslet, men mange af de indsatte fortsætter deres stofbrug efter fængslingen, mens andre begynder at bruge stoffer (og/eller injicere stoffer) i fængslet. Det fremgår af tilgængelige undersøgelser, at 8-60 % af alle indsatte angiver at have brugt stoffer i fængslet, mens 10-42 % angiver, at de regelmæssigt har brugt stoffer ⁽¹⁸⁶⁾.

Langtidspåvalensen for stofbrug blandt indsatte angives normalt som liggende mellem 15 og 50 %, men visse undersøgelser viser større udsving, nemlig fra 1 til 69 %. Når der foreligger sammenlignelige data (Østrig 1999, England og Wales 1997-1998), viser det sig, at unge lovovertrædere er mindre tilbøjelige til at bruge sprøjter end voksne, og at kvindelige indsatte er mere tilbøjelige til at bruge sprøjter end mænd ⁽¹⁸⁷⁾. Ud fra en række EU-undersøgelser har Bird og Rotily (2002) vist, at ca. en tredjedel af de voksne mandlige indsatte er intravenøse stofbrugere. Ifølge data fremlagt af Reitox-knudepunkterne

⁽¹⁷⁶⁾ Se tabel DLO-4 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁷⁾ Loven om afkriminalisering af stofbrug og besiddelse til eget brug blev vedtaget i november 2000 og trådte i kraft i juli 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Se tabel DLO-3 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁷⁹⁾ I Nederlandene defineres »hårde stoffer« som rusmidler, der udgør en uacceptabel risiko for folkesundheden, såsom heroin, kokain, ecstasy og lsd.

⁽¹⁸⁰⁾ Følgende lande har over tid opdelt narkotikalovovertrædelser efter stof: Belgien, Tjekkiet, Tyskland, Spanien, Frankrig, Irland, Italien, Litauen, Luxembourg, Malta, Nederlandene (kun »bløde stoffer«/cannabis og »hårde stoffer«), Østrig, Portugal, Slovenien, Sverige og Det Forenede Kongerige.

⁽¹⁸¹⁾ Se tabel DLO-5 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁸²⁾ Se tabel DLO-6 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁸³⁾ Se tabel DLO-7 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁴⁾ Se tabel DUP-1 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁵⁾ Se tabel DUP-5 (bilag) i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁶⁾ Se tabel DUP-3 i *Statistical bulletin 2005*.

⁽¹⁸⁷⁾ Se tabel DUP-2 i *Statistical bulletin 2005*.

har mellem 0,2 og 34 % af alle indsatte ⁽¹⁸⁸⁾ brugt stoffer intravenøst, mens de har været i fængsel. Dette rejser spørgsmål om adgang til sterilt sprøjteudstyr og hygiejnisk delingspraksis blandt de indsatte og den potentielle spredning af smitsomme sygdomme.

Hjælp og behandling til stofbrugere i fængsel

I alle medlemsstater og kandidatlande findes der forskellige systemer, som skal sikre, at stofbrugere i fængsel kan komme i behandling, om end der er store forskelle med hensyn til udbuddet af tjenester og adgangen hertil. En tydelig tendens er den stigende erkendelse af, at indsatte har samme rettigheder som resten af befolkningen med hensyn til adgang til sundhedstjenester, herunder hjælp og behandling til stofbrugere (WHO Regional Office for Europe, 2002; Irlands, Litauens og Finlands nationale rapporter). Blandt de tjenester, der bør stilles til rådighed for indsatte, er forebyggelsesstrategier, herunder stoffrie programmer, afgiftsbehandlinger, metadonbehandling og behandling med andre stoffer, rådgivning og uddannelse.

Nogle lande melder imidlertid om forskellige problemer med at stille tilstrækkelig hjælp til rådighed. F.eks. er adgangen til tjenester utilstrækkelig i Estland, stofbrugere i Letland har ikke adgang til specifikke tjenester, Polen har lange ventelister til behandling, Sverige melder om overfyldte fængsler og nedskæringer af fængselspersonalet, og i Rumænien mangler relevant lovgivning. I Cypern er der truffet visse forebyggelsesforanstaltninger, selv om der ikke findes noget integreret støtteprogram for indsatte stofbrugere.

Uddannelsesaktiviteter udgør generelle forebyggelsesstrategier. I de fleste EU- og kandidatlande er der gennemført sådanne aktiviteter for både indsatte stofbrugere og fængselspersonale. Blandt de lande, der har meldt om sådanne aktiviteter, er Estland, Spanien, Cypern, Ungarn, Slovenien og Rumænien (nationale Reitox-rapporter).

Et andet forebyggelseselement er oprettelsen af stoffrie afdelinger inden for fængslerne. Deltagelsen sker frivilligt, generelt efter at indsatte stofbrugere har underskrevet skriftlige erklæringer om at acceptere visse betingelser, f.eks. at aflægge periodiske urintest. Sådanne afdelinger findes i alle EU-15-medlemsstater. I de fleste nye medlemsstater er der blevet oprettet stoffrie afdelinger. Det

fremgik af en evaluering af det stoffrie område i et østrigsk fængsel, at indsatte, der var blevet løsladt fra det stoffrie område, blev dømt igen betydeligt sjældnere end indsatte, der var blevet løsladt fra almindelige fængselsafdelinger (35 % i forhold til 62 %).

Den mest almindelige behandlingsmetode er stoffri behandling, som findes i alle medlemsstater (undtagen Cypern og Letland), om end mulighederne varierer. Behandlingscentre inden for fængselsmiljøet tilbyder støtte og behandling samt efterbehandling i mange lande, f.eks. Belgien, Tjekkiet, Grækenland, Luxembourg og Det Forenede Kongerige.

I de fleste lande er der ikke samme muligheder for substitutionsbehandling i fængslet som uden for fængslet. Kun i Spanien er vedligeholdelsesbehandling udbredt, og 18 % af alle indsatte, eller 82 % af de problematiske stofbrugere i fængsel, modtager denne behandling. I Luxembourg er dækningen også høj. Blandt de lande, der har meldt om en betydelig udvidelse af adgangen til medicinsk støttet behandling, hører Frankrig, hovedsageligt med buprenorphin, og Irland (nationale Reitox-rapporter). I Nederlandene tilbydes medicinsk støttet behandling kun indsatte, der afsoner en kort fængselsstraf, og som anvendte metadon før fængslingen, mens det første metadonbehandlingsprogram med 14 klienter blev indført i et varetægtsfængsel i Polen.

Den seneste udvikling med hensyn til at bekæmpe spredning af smitsomme sygdomme i fængsler

I Estland skete der i 2003 en forbedring af situationen med hensyn til at forebygge spredning af hiv. Antallet af primære hiv-test steg med det 2,6-dobbelte i forhold til 2002, selv om antallet af positive test kun steg lidt. Rådgivningstjenesterne før og efter test er også blevet forbedret med hensyn til såvel kvantitet som kvalitet. I Rumænien blev der i samarbejde med en række internationale ikke-statslige organisationer (ngo'er) udviklet programmer, der tager sigte på at forhindre spredning af hiv/aids i fængsler og blandt indsatte.

Spanien er det eneste land, der systematisk gennemfører nåle- og sprøjtebytteprogrammer i fængsler. I 2003 blev der som led i disse programmer udleveret i alt 18 260 sprøjter. Der er ingen planer om at gennemføre lignende programmer i andre medlemsstater og kandidatlande.

⁽¹⁸⁸⁾ Se tabel DUP-4 i *Statistical bulletin 2005*.

Alternativer til fængsling: målretning af indsatsen over for lovovertrædere blandt problematiske stofbrugere i EU, i EONN — Årsberetning 2005: udvalgte temaer

Fængsler er særligt skadelige omgivelser for problematiske stofbrugere, og der er bred politisk enighed om princippet om behandling som alternativ til fængsling. De alternativer til fængsling, der kan tilbydes stofbrugende lovovertrædere, omfatter en række sanktioner, som kan udsætte, undgå, erstatte eller supplere fængselsstraffe for stofbrugere, som har begået en lovovertrædelse, der normalt straffes med fængsel i den nationale lovgivning. Det udvalgte tema fokuserer på de foranstaltninger, som har en narkotikarelateret behandlingskomponent.

Siden 1960'erne har FN- og EU-aftaler, -strategier og -handlingsplaner gentagne gange bekræftet og styrket princippet om behandling, uddannelse og rehabilitering som et alternativ til domfældelse og straf for narkotikarelaterede overtrædelser. Dette er blevet omsat til national lovgivning i EU-medlemsstaterne, og de strafferetlige systemer såvel som sundheds- og socialsystemerne er blevet tilpasset i overensstemmelse hermed. Navnlig unge stofbrugere risikerer at komme ind i en ond cirkel med stoffer og kriminalitet, og der synes at være en særlig vilje til at undgå at fængsle unge lovovertrædere.

Gennemførelsen af alternative foranstaltninger til fængsling er imidlertid forbundet med visse vanskeligheder som følge af de forskellige administrative systemer, der er involveret, og de forskellige principper, som disse bygger på. Der udfoldes bestræbelser på at formindske afstanden mellem retssystemet og sundheds- og socialsystemerne gennem koordineringsstrukturer og -initiativer, dvs. mellem politi,

domstole og fængsler og narkotikabehandlingstjenester. I mange tilfælde har uformelle samarbejdsmekanismer på lokalt plan været forløbere for mere varige institutionaliserede former.

Alternativer til fængsling er i stigende grad blevet anvendt i EU-15-medlemsstaterne i den seneste tiårsperiode, og anvendelsen heraf er for nylig endog stagneret i nogle lande, mens lovgivningen og gennemførelsen af alternativer er blevet påbegyndt senere i de nye medlemsstater. Sædvanligvis benyttes det almindelige behandlingssystem ved behandling af lovovertrædere med problematisk stofbrug. I de fleste lande tilbydes behandlingen normalt i stationære behandlingsmiljøer, men der er også mulighed for at følge ambulante behandlingsprogrammer.

Europæiske evalueringsundersøgelser af behandling som alternativ til fængsling er sjældne og til dels ufyldstgørende. I overensstemmelse med anden behandlingsforskning viser en fastholdelse i behandlingen sig imidlertid at være en vigtig succesindikator, og frafaldsprocenter er et af de største problemer i forbindelse med alternativerne til fængsling. Meget tyder på, at det er kvaliteten af behandlingen og ikke klientens vej ind i behandling, der er vigtig for en vellykket behandling. Behandling som et alternativ til fængsling synes at fungere bedst, hvis de stofafhængige er motiverede til at gå i behandling, og hvis behandlingsfaciliteterne følger gode kliniske standarder og har tilstrækkeligt og kvalificeret personale.

Dette udvalgte tema foreligger kun på engelsk på tryk og på internettet (»Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU«, i *EMCDDA annual report 2005: Selected issues*) (<http://issues05.emcdda.eu.int>).





Referencer

- ACMD (2000): *Reducing drug-related deaths: A Report by The Advisory Council on the Misuse of Drugs*. The Stationery Office, London.
- ACPO (2003): *Cannabis enforcement guidance*. ACPO, London.
- Ashton, M. (2003): »The American STAR comes to England«. *Drug and Alcohol Findings* 8, s. 21-26.
- Aspect Consortium (2004): *Tobacco or health in the European Union*. Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, Luxembourg (http://europa.eu.int/comm/health/ph_determinants/life_style/Tobacco/Documents/tobacco_fr_en.pdf).
- Bandura, A. (1977): *Social learning theory*. Prentice Hall, Englewood Cliffs, NJ.
- Bargagli, A.M., mfl. (2004): *Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries*. 6th Europad Conference, Paris.
- Becoña, E. (2002): *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Madrid.
- 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).
- BKA (Bundeskriminalamt) (2004): *Polizeiliche Kriminalstatistik 2003 Bundesrepublik Deutschland*. BKA, Wiesbaden.
- Blystad, H., Blad, L., Tulisov, A. og Aavitsland, P. (2005): »Hepatitis B in northwest Russia and the Nordic and Baltic countries: recent trends and prevention activities«. *Eurosurveillance Weekly* 10: 050310 (<http://www.eurosurveillance.org/ew/2005/050310.asp>).
- Botvin, G.J. (2000): »Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual-level etiological factors«. *Addictive behaviours* 25, s. 887-897.
- Bovenkerk, F. og Hogewind, W.I.M. (2002): *Hennepteelt in Nederland: het probleem van criminaliteit en haar bestrijding*. Willem Pompe Instituut voor Strafrechtswetenschappen, Utrecht.
- Brugal, M.T., Domingo-Salvany, A., Puig, R., mfl. (2005): »Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and AIDS in a cohort of heroin users in Spain«. *Addiction*, i trykken.
- Butler, G.K.L. og Montgomery, A.M.J. (2004): »Impulsivity, risk taking and recreational 'ecstasy' (MDMA) use«. *Drug and alcohol dependence* 76, s. 55-62.
- Butters, J.E. (2004): »The impact of peers and social disapproval on high-risk cannabis use: gender differences and implications for drug education«. *Drugs: education, prevention and policy* 11, s. 381-390.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., mfl. (2003): *Enjoying the nightlife in Europe: the role of moderation*. IREFREA España, Palma de Mallorca (<http://www.irefrea.org>).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. og Warm, D. (2004): *Drug use prevention among young people: a review of reviews*. Health Development Agency, London.
- CND (2004): *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*. Commission on Narcotic Drugs (FN's Narkotikakommission), United Nations Economic and Social Council (FN's Økonomiske og Sociale Råd), Wien.
- CND (2005): *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*. Commission on Narcotic Drugs (FN's Narkotikakommission), United Nations Economic and Social Council (FN's Økonomiske og Sociale Råd), Wien.
- Cuijpers, P., mfl. (2002): »The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project«. *Addiction* 97, s. 67-73.
- Cunningham, J.A. (2001): »Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study«. *Journal of studies on alcohol* 62, s. 228-233.
- De Wit, A. og Bos, J. (2004): »Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature«, i *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*. EMCDDA monographs 7, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon, s. 329-343.
- Drug Misuse Research Division (2004): »Trends in treated problem opiates use in the seven health board areas outside the Eastern Regional Health Authority, 1998 to 2002«. *Occasional paper No 13/2004*, Drug Misuse Research Division, Dublin.
- EONN (2001): »Co-ordination of the implementation of the EMCDDA standard guidelines on the drug-related deaths in the EU Member States, and the collection and analysis of information on drug-related deaths«. Projekt CT.99.RTX.04, koordineret af Trimbos-instituttet, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2003): »National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000«. CT.00.RTX.23, koordineret af Institut für Therapieforschung, München; Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EONN (2004a): *Årsberetning 2004: Narkotikasituationen i Den Europæiske Union og Norge*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.
- EONN (2004b): »Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options«. *EMCDDA monographs 7*, Det Europæiske

Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

EONN (2004c): *Fokus på narkotika 13. Overdosis — en væsentlig årsag til undgåelige dødsfald blandt unge*. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, Lissabon.

Eurobarometer (2004): »Young people and drugs«. *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Generaldirektoratet for Presse og Kommunikation, Europa-Kommissionen, Bruxelles.

EuroHIV (Det Europæiske Center for Epidemiologisk Overvågning af Aids) (2004): *HIV/AIDS surveillance in Europe, end-year report, 2003, No 70*. Institut de Veille Sanitaire, Saint-Maurice.

Eurostat (2002): *Health statistics: Key data on health 2002*. Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer, Luxembourg, s. 58.

Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., mfl. (2004): »Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions«. *BMJ* 328, s. 1166.

FSW (Fonds Soziales Wien) (2004): *Jahresbericht 2003*. Fonds Soziales Wien, Wien.

Ghuran, A. og Nolan, J. (2000): »Recreational drug misuse: issues for the cardiologist«. *Heart* 83, s. 627-633.

Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. og Ali, R. (2005): »Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection (review)«. *The Cochrane Library*, 2005, 2. udgave (<http://www.thecochranelibrary.com>).

GLADA (Greater London Alcohol and Drug Alliance) (2004): *An evidence base for London crack cocaine strategy*. Greater London Alcohol and Drug Alliance, London (http://www.london.gov.uk/mayor/health/drugs_and_alcohol/docs/coc_strategy_evidence.pdf).

Haasen, C. (2003): indlæg på konferencen »Treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–04«. Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, november 2003.

Hawks, D., Scott, K., McBride, N., mfl. (2002): *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*. Verdenssundhedsorganisationen, Genève.

Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., mfl. (2004): *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*. Centralforbundet for alcohol- og narkotikaopplysning (CAN) og Europarådets Pompidou-gruppe.

Hwang, S. (2001): »Mental illness and mortality among homeless people«. *Acta psychiatrica scandinavica* 103, s. 81-82.

INCB (2005): *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, FN's Internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler, New York.

Korkeila, J. (2000): *Measuring aspects of mental health*. Themes 6/2000, STAKES, Helsingfors.

Kumpfer, K.L., Alvarado, R. og Whiteside, H.O. (2003): »Family-based interventions for substance use and misuse prevention«. *Substance use and misuse* 38, s. 1759-1787.

Leppin, A. (2004): Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung »Qualität schulischer Suchtprävention«, 20.4.2004, Kärnten (<http://www.schule.at/community>).

Macchia, T., Giannotti, F.C. og Taggi, F. (2004): *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*. FrancoAngeli, Milano.

Matheï, C., Robaey, G., van Damme, P., mfl. (2005): »Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences«. *Epidemiology and infection* 133, s. 127-136.

Mendes, F., Relvas, A.P., Olaio, A., mfl. (2001): *The challenge of prevention of drug use*. IREFREA España, Palma de Mallorca (<http://www.irefrea.org>).

Mol, A., Van Vlaanderen, J.L. og De Vos, A. (2002): *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994-2000*. IVZ, Houten.

Morrall, A.R., McCaffrey, D.F. og Paddock, S.M. (2002): »Reassessing the marijuana gateway effect«. *Addiction* 97, s. 1493-1504.

Nationale Reitox-rapporter (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).

NTA (National Treatment Agency) (2003): »New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers«. Pressemeldelse af 13.6.2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).

NTA (National Treatment Agency) (2004): »54 per cent more drug misusers get treatment in England«. Pressemeldelse af 30.9.2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).

Ouwehand, A., Van Alem, V., Mol, A. og Boonzajer Flaes, S. (2004): *Key figures addiction care 2003*. IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).

Pijlman, F.T.A., Krul, J. og Niesink, R.J.M. (2003): *Uitgaan en veiligheid: feiten en fictie over alcohol, drugs en gezondheidsverstoringen*. Trimbos-instituut, Utrecht.

Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H., mfl. (2004): »Cocaine use in Europe — a multi-centre study: patterns of use in different groups«. *European addiction research* 10, s. 147-155.

Quensel, S. (2004): *Das Elend der Suchtprävention*. Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.

Reis, J., Riley, W., Lokman, L. og Baer, J. (2000): »Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education«. *Journal of drug education* 30, s. 399-421.

Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., mfl. (2003): »Risk factors associated with drug use: the importance of 'risk environment'«. *Drugs: education, prevention and policy* 10, s. 303-329.

Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. og Van Laar, M. (2004): »Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004«. Trimbos-instituut/National Drug Monitor (NDM), Utrecht.

SAMHSA, Office of Applied Studies, 2003 National Survey on Drug Use and Health (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>).

Solberg, U., Burkhart, G. og Nilson, M. (2002): »An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway«. *International journal of drug policy* 13, s. 477-484.

Sullivan, L.E., Metzger, D.S., Fudala, P.J. og Fiellin, D.A. (2005): »Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users«. *Addiction* 100, s. 150-158.

Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., mfl. (2004): »The motivation, skills and decision-making model of 'drug abuse' prevention«. *Substance use and misuse* 39, s. 1971-2016.

Taylor, B.J. (2000): »Modeling prevention program effects on growth in substance use: analysis of five years of data from the Adolescent Alcohol Prevention Trial«. *Prevention science* 1, s. 183-197.

Terweij, M. og Van Wamel, A. (2004): *Ouders aan zet: opvoedingsondersteuning en verslavingspreventie voor allochtonen: succes- en faalfactoren*. GGZ Nederland, Utrecht.

UNODC (2002): *Contemporary drug abuse treatment: a review of the evidence base*. FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.

UNODC (2003a): *Global illicit drug trends 2003*. FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.

UNODC (2003b): *Ecstasy and amphetamines: global survey 2003*. FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.

UNODC og Marokkos regering (2003): *Morocco cannabis survey 2003*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.

WHO (1998): *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, Verdenssundhedsorganisationen, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Genève.

WHO (2004): »Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users«. *Evidence for action technical papers*, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.

WHO (2005): »Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users«. *Evidence for action technical papers*, endelig udgave, marts 2005, Verdenssundhedsorganisationen, Genève.

WHO Regional Office for Europe (2002): *Prisons, drugs and society: a consensus statement on principles, policies and practices*, WHO's regionale kontor for Europa, Genève.

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

Årsberetning 2005: Narkotikasituationen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De Europæiske Fællesskabers Officielle Publikationer
2005 — 89 s. — 21 x 29,7 cm
ISBN 92-9168-224-1

SALG OG ABONNEMENTER

De betalingspublikationer og -produkter, som Publikationskontoret udgiver, fås igennem vores salgskontorer overalt i verden.

En liste over salgskontorer fås enten på Publikationskontorets websted (<http://publications.eu.int>) eller ved at sende en fax til (352) 2929-42758.

Afgiv bestilling hos det salgskontor, der geografisk passer bedst.

Om EONN

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er et af Den Europæiske Unions decentrale organer. Det blev etableret i Lissabon i 1993 og er den centrale kilde til tværgående information om narkotika og narkotikaafhængighed i Europa.

EONN indsamler, analyserer og formidler objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger om narkotika og narkotikaafhængighed. Herved forsyner Narkotikaovervågningscentret sit publikum i Europa med et billede af narkotikafænomenet baseret på bevismateriale.

Centrets publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning.

Årsberetningen præsenterer EONN's årlige oversigt over narkotikafænomenet i EU, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa.