



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

ISSN 1682-2773

ÅRSRAPPORT 2005

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

NARKOTIKASITUASJONEN I EUROPA

ÅRSRAPPORT 2005

Juridisk meddelelse

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

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

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

Gratis telefonnummer (*):

00 800 6 7 8 9 10 11

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

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

Bibliografiske data finnes bakerst i denne publikasjonen.

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner, 2005

ISBN 92-9168-240-3

© Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2005

Gjengivelse er tillatt med kildeangivelse.

Printed in Belgium

TRYKT PÅ HVITT, KLORFRITT PAPIR



Europeisk overvåkingscenter for
narkotika og narkotikamisbruk

Rua da Cruz de Santa Apolónia, 23–25, 1149-045 Lisboa, Portugal

Tlf. (351) 218 11 30 00 • Faks (351) 218 13 17 11

info@emcdda.eu.int • <http://www.emcdda.eu.int>

Innhold

Forord	5
Takk	7
Innledende notis	9
Kommentar – identifisering av narkotikatrender i Europa	11
Kapittel 1	
Politikk og lovgivning – nye utviklinger	18
Kapittel 2	
Skole, ungdom og rusmidler	27
Kapittel 3	
Cannabis	36
Kapittel 4	
Amfetaminlignende stoffer, LSD og andre syntetiske stoffer	44
Kapittel 5	
Kokain og crack	54
Kapittel 6	
Heroin og injeksjonsbruk	60
Kapittel 7	
Kriminalitet og fengsling	80
Kilder	85



Forord

Denne årsrapporten fra Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk er supplert med nettlelementer, inkludert nye Statistiske opplysninger, som nå legges ut for annen gang. Statistiske opplysninger 2005 er enda mer omfattende enn fjorårets utgave og inneholder mer enn 200 kildetabeller med kvantitative data som gir en nærmere beskrivelse av narkotikasituasjonen i Europa.

I samarbeid med medlemsstatene i Den europeiske union har EONN nå i over ti år arbeidet for å gi et samlet bilde av narkotikasituasjonen i Europa. Mengden og kvaliteten på dataene som nå er tilgjengelig som underlag for årets rapport, gjenspeiler ikke bare det tekniske nivået hos de gruppene av forskere som har produsert informasjonen, men også engasjementet hos beslutningstakere over hele Europa når det gjelder å investere i og støtte datainnsamlingen. Dette er et konkret eksempel på hva som kan oppnås ved å samarbeide på europeisk plan. Medlemsstatene er forskjellige, ikke bare når det gjelder hvilke narkotikaproblemer de har, men også når det gjelder den måten de har angrepet problemene på. Men til tross for ulikhetene kan vi nå se konturene av hva som kan betraktes som et europeisk perspektiv på narkotikaproblemet. Det er bred enighet om nødvendigheten av at alle tiltak som invertssettes baseres på en grundig forståelse av situasjonen, på utveksling av erfaringer om hva som virker samt på samarbeid, så sant det er mulig, for å oppnå felles fordeler. Disse ambisjonene er fastlagt i Eus nye narkotikastrategi og -handlingsplan, og det er de samme ambisjonene som er nøkkeltemaene i vår rapport.

Årsrapporten setter søkelyset på alle bekymringene som er knyttet til narkotikabrukens innvirkning både på borgerne og på samfunnene de lever i. Vi henleder oppmerksomheten mot problemer vi ser er i ferd med å

gripe om seg, så som den økte bruken i deler av Europa av sentralstimulerende midler, og da særlig kokain, eller det stadig økende antallet unge europeere som eksperimenterer med narkotika. Selvfølgelig er det mye som gjenstår for at kampen mot narkotika i Europa skal være effektiv. Men heldigvis kan vi også peke på en rekke positive utviklinger, ikke minst den generelle utbyggingen av tjenester for personer med rusproblemer og tegnene til stabilisering eller til og med tilbakegang når det gjelder en del av de mer skadelige aspektene ved fenomenet. Rapporten fokuserer altså ikke bare på de verste problemene vi står overfor, men gir også informasjon om hvordan narkotikaproblemene i Europa sannsynligvis bør håndteres for at kampen skal være effektiv.

Det er med glede vi konstaterer at datatilfanget fra de nye medlemsstatene i Den europeiske union er blitt enda større i år. I tillegg til å rapportere om situasjonen i den utvidede unionen, presenterer vi også – når det er mulig – data fra Bulgaria, Romania og Tyrkia samt en del analyser av viktige utviklingstrekk internasjonalt. Narkotikaproblemet globale karakter innebærer at vi må sette en europeisk analyse inn i en bredere kontekst. Handel med og bruk av narkotika er uløselig forbundet med mange av de største problemene vi har i dag. Bruken av narkotika virker inn på den globale helsesituasjonen og utviklingen, kriminalitet og personlig sikkerhet samt internasjonale sikkerhetsspørsmål. Vår rapport fokuserer særlig på situasjonen i Europa, men vi kan ikke tillate oss å se bort fra at dette er et problem av globale dimensjoner.

Marcel Reimen
Styreleder, EONN

Wolfgang Götz
Direktør, EONN



Takk

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

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

Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet

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

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



Innledende notis

Årsrapporten er utarbeidet på grunnlag av de nasjonale rapportene EONN har mottatt fra EUs medlemsstater, søkerlandene og Norge (som har deltatt i EONNs arbeid siden 2001). De statistiske dataene som presenteres her, gjelder for år 2003 (eventuelt siste år med tilgjengelige data). Grafiske framstillinger og tabeller i rapporten kan vise til undersett av EU-land. Utvalget er gjort på grunnlag av de landene som har data tilgjengelig for den aktuelle perioden.

Årsrapporten er lagt ut på 22 språk på <http://annualreport.emcdda.eu.int>.

Statistiske opplysninger 2005 (<http://stats05.emcdda.eu.int>) inneholder alle kildetabeller som den statistiske analysen i årsrapporten er basert på. Her ligger også nærmere opplysninger om metodene som er brukt og et hundretalls andre statistiske grafer.

Landprofilene (<http://datapfiles05.emcdda.eu.int>) inneholder en grafisk presentasjon av de viktigste aspektene ved narkotikasituasjonen i det enkelte land.

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

- Narkotikarelaterte ordensforstyrrelser: trender for politikk og tiltak,
- Alternativer til fengsling for kriminelle problematiske narkotikabrukere i EU, og
- Buprenorfin: behandling, misbruk og forskrivningspraksis.

De utvalgte aspektene fåes i en trykt utgave og på internett (<http://issues05.emcdda.eu.int>), men bare på engelsk.

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



Kommentar – identifisering av narkotikatrender i Europa

Det europeiske bildet i utvikling

Denne delen gir en oversikt over de viktigste utviklingene og trendene i narkotikasituasjonen i Europa. Vi har kommet fram til dette bildet ved å sette sammen informasjon fra ulike kilder og ved å ta hensyn til både sterke og svake sider ved dagens evidensgrunnlag. Årets kommentar inkluderer en vurdering av hvordan de nye dataene som foreligger i 2005, bidrar til å øke vår forståelse av trender på middels og lang sikt i narkotikasituasjonen i Europa.

Blandingsbruk av rusmidler kompliserer vår forståelse av problemene knyttet til narkotikabruk og tiltakene som må settes inn

Gjennom store deler av denne rapporten benyttes en analytisk tilnærming som fokuserer på hvert enkelt av de viktigste narkotiske stoffene som brukes. Den stoffspesifikke tilnæringsmetoden er begrepsmessig sett lett å forstå og har i tillegg den fordel at de fleste indikatorene for narkotikabruk er basert på stoffspesifikke atferdstiltak. Ulempen er at den ikke gjenspeiler det faktum at blandingsbruk er en vesentlig faktor ved narkotikaproblematikken i Europa. En analyse av narkotikabrukens innvirkning på folkehelsen må også ta i betraktning at det samtidig forekommer bruk av psykoaktive stoffer, som omfatter både alkohol og tobakk, noe som kompliserer bildet ytterligere. I Europa røykes f.eks. cannabis ofte sammen med tobakk, og dette har implikasjoner både for de skadene som gjerne er relatert til denne atferden og for informasjonsgrunnlaget for de narkotikaforebyggende aktivitetene. Toksikologiske analyser ved narkotikadødsfall viser ofte at en rekke stoffer er til stede, og man vet at samtidig bruk av alkohol øker risikoen både ved heroin- og kokainbruk. Videre kan fokusering på trender for ett stoff være misvisende hvis det innbyrdes forholdet mellom ulike typer av stoff overses. For eksempel er det i denne rapporten en del informasjon som tyder på økt tilgjengelighet av syntetiske opiater, og dette vil være en viktig faktor å ta med i enhver analyse av trender for heroinbruk. På samme måte kan det være fornuftig å ta hensyn til mulige overlappinger av trender for bruk av ulike stimulerende narkotiske stoffer, og enhver analyse bør vurdere i hvilken grad

de observerte endringene kan skyldes svingninger i forbruksmønstrene.

Kort oppsummert kan man si at de fleste som på grunn av et narkotikaproblem oppsøker behandlingssentrene i Europa, har brukt flere stoffer. Det er et behov for å utvikle bedre rapporteringsmetoder for dette viktige aspektet av narkotikabruk, og for å forstå hvordan blandingsbruk kan påvirke effektiviteten av intervensjoner.

Ungdom og narkotikabruk – økende bruk av cannabis, men ulike mønstre avtegner seg

Bruken av narkotika i Europa er fremdeles hovedsakelig et fenomen som gjelder yngre mennesker, særlig yngre menn. Data fra befolknings- og skoleundersøkelser gir nyttig innsikt i hvordan mønstrene for narkotikabruk i Europa har utviklet seg siden midten av 1990-tallet. Data fra den siste runden av Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD), som er en verdifull datakilde for å kartlegge narkotikabruk i skolepopulasjoner og påvise trender over tid, er klar og er tatt med i årsrapporten for 2005.

Når alle tilgjengelige data settes sammen, blir det tydelig at bruken av cannabis varierer meget fra land til land. Selv om den dominerende trenden i Europa siden midten av 1990-tallet har vært oppadgående, har enkelte land et mer stabilt mønster. Og selv om f.eks. bruken av cannabis i Storbritannia har vært særlig høy siden 1990-årene, har den samtidig vært stabil i denne perioden. I tillegg har det vært liten endring i nivåene av cannabisbruk i flere land med lav prevalens, herunder Sverige og Finland i Nord-Europa så vel som Hellas og Malta i sør. De fleste økningene i cannabisbruk som er registrert i ESPAD siden 1999, har vært i de nye EU-medlemsstatene. En analyse av data fra skoleundersøkelser og generelle befolkningsundersøkelser viser at i de fleste målingene har Den tsjekkiske republikk, Spania og Frankrike nå gått sammen med Storbritannia og danner en gruppe av land med høy prevalens.

Det er økende bekymring i Europa om skadevirkningene av cannabisbruk, selv om vi har

lite informasjon om i hvilken grad bruken av dette narkotiske stoffer medfører folkehelseproblemer. Tilgjengelige data om etterspørsel etter behandling for narkotikabruk i Europa plasserer cannabis på andre plass etter opiat, selv om cannabis fremdeles står for bare 12 % av alle behandlingssøknadene, og det generelle bildet i høy grad påvirkes av situasjonen i relativt få land. Data om regelmessig og intensiv bruk av cannabis er vesentlig for å utvikle en forståelse av den sannsynlige sammenhengen mellom cannabisbruk og folkehelse, men denne informasjonen er i dag begrenset. Selv om tilgjengelige data tyder på at kanskje så mange som tre millioner mennesker, hovedsakelig unge menn, bruker cannabis daglig i Europa, vet man ikke i hvilken grad denne gruppen opplever problemer på grunn av stoffbruken.

Hva skjer med den problematiske narkotikabruken – går rekrutteringen til heroinbruk og sprøytebruk ned?

Et av de metodologisk sett mest utfordrende områdene innenfor kartlegging av narkotikabruk er å beregne hvor mange mennesker som bruker narkotika på en kronisk og særlig skadelig måte. EONNs indikator for problematisk narkotikabruk er utarbeidet for å beregne denne typen narkotikabruk, og i de fleste EU-landene viser indikatorene for problematisk narkotikabruk i all hovedsak til bruk av opiat og sprøyter. De siste anslagene tyder på at det sannsynligvis er mellom 1,2 og 2,1 millioner problematiske narkotikabrukere i EU, hvorav 850 000 til 1,3 millioner mest sannsynlig er nye sprøytebrukere. Prevalensanslagene for problematisk narkotikabruk over tid er usammenhengende, slik at det er vanskelig å identifisere langsiktige trender. Imidlertid tyder indikatorer i EU-15-landene på at den raske rekrutteringen til heroinbruk som fant sted i de fleste landene, nådde en topp en eller annen gang i begynnelsen av 1990-tallet og deretter ble etterfulgt av en mer stabil situasjon. Selv om flere land fortsatt rapporterer om økninger etter 1999, tyder dataene i den senere tid på at situasjonen ikke er lik over alt, og prevalensanslagene viser ikke noe sammenhengende bilde på EU-plan. De nye medlemsstatene bør omtales særskilt, for i disse landene synes heroinproblemer å ha kommet på et senere tidspunkt, og situasjonen her synes å være mer usikker.

Antallet narkotikarelaterte dødsfall og søknader om behandling er ytterligere informasjonskilder for å beregne problematisk narkotikabruk. En analyse av

narkotikarelaterte dødsfall (oftest pga. opiatoverdose) tyder på at ofrene blir stadig eldre, og antallet dødsfall registrert blant narkotikabrukere under 25 år er gått ned etter 1996. Samtidig er det viktig å merke seg at data fra de nyeste EU-landene (selv om de er begrenset) inntil nylig viste en oppadgående trend for andelen overdoseofre under 25, selv om en viss stabilisering nå synes å ha inntruffet. Selv om antallet narkotikarelaterte dødsfall i EU fremdeles generelt er på et historisk høyt nivå, har det sannsynligvis nådd en topp.

I de fleste landene er heroin fremdeles det rusmiddelet flest klienter søker behandling for. I noen land kan trender for heroinbruk hos nye klienter i behandlingsapparatet spores historisk, og viser en liten nedgang i absolutte tall etter 1996. Likeledes rapporterer noen land en trend som tyder på at populasjonen av opiatbrukere eldes, men denne observasjonen gjelder ikke alle land, og i noen av de nye medlemsstatene – igjen på grunnlag av begrensede data – synes opiatbrukerne som går inn i behandlingsapparatet for første gang, å være relativt unge. I enkelte europeiske land, særlig EU-15-landene, har sprøytebruk blant nye opiatbrukere som søker behandling, gått ned i noen tid, og i hele Europa oppgis sprøytebruk av under halvparten av alle nye klienter som søker behandling for opiatbruk. Igjen gjelder denne trenden generelt ikke for de nye medlemsstatene, der sprøytebruk fremdeles er den dominerende inntaksmåten blant heroinbrukere som har kontakt med tjenesteapparatet.

Det finnes altså ikke noe enkelt svar på spørsmålet om bruken av heroin eller sprøyter nå går ned i Europa sett under ett. Når det gjelder rekruttering til bruk av heroin og sprøyter, er situasjonen i EU-15-landene i dag på mange måter mer positiv enn tidlig på 1990-tallet. Det foreligger dokumentasjon på at situasjonen nå er relativt stabil i mange land, og det er tegn som tyder på en aldrende populasjon, noe som kanskje gjenspeiler redusert forekomst. I noen av de nye medlemsstatene som har opplevd eskalerende heroinproblemer i den senere tid, fortsetter imidlertid sprøyter å være den dominerende inntaksmåten, og ut fra dataene som foreligger er det vanskelig å tolke nyere trender for heroinbruk.

Bruk av kokain og andre sentralstimulerende midler – ingen grunn til å slå seg til ro

Europa er fremdeles et viktig marked for sentralstimulerende midler, og ut fra indikatorene

peker trenden for bruk av amfetamin, ecstasy og kokain fortsatt opp for Europa sett under ett. I mange målinger har – etter cannabis – ecstasy passert amfetamin som det nest vanligste narkotiske stoffet i Europa. I Storbritannia som i de fleste målinger siden 1990-årene, har hatt de høyeste prevalenstillene for ecstasy- og amfetaminbruk, antyder imidlertid senere tids data fra både generelle befolkningsundersøkelser og skoleundersøkelser at bruken av begge stoffene kan være på vei ned, ganske omfattende for amfetamin og i noen mindre grad for ecstasy. Storbritannia har fremdeles relativt høye prevalenstill sammenlignet med andre land, men forskjellen er i dag mindre markant ettersom en rekke land nå rapporterer tilsvarende tall for bruk, slik at bildet nå er mer likt situasjonen for cannabis som beskrevet ovenfor.

Det er store variasjoner i prevalensen for kokainbruk i Europa, men igjen synes trenden generelt å gå opp. Data fra undersøkelser tyder på at særlig i Spania og Storbritannia økte kokainbruken vesentlig på slutten av 1990-tallet, og i den senere tid har det vært ytterligere, om enn små, økninger. I begge disse landene er anslagene for nylig bruk av kokain nå høyere blant unge voksne enn anslagene for ecstasy og amfetamin.

Konsekvensen av bruken av sentralstimulerende midler for folkehelsen i Europa er vanskelig å måle, men dokumentasjonen tyder på at vi ikke bør forholde oss passive til dagens forbruksmønstre. Etterspørselen etter kokainrelatert behandling øker. Selv om det er store variasjoner landene imellom, utgjør kokain rundt 10 % av alle behandlingssøknader i Europa. Bruken av crack, en form for kokain som er særlig forbundet med helseisiko og andre problemer, er fremdeles begrenset i Europa. Rapportene om crackbruk er stort sett begrenset til noen få større byer, men innenfor det enkelte samfunn hvor dette stoffet brukes, kan stoffet forårsake betydelig skade. En rekke praktiske og metodologiske spørsmål gjør det vanskelig å vurdere hvor mange dødsfall i Europa som er relatert til sentralstimulerende midler. Selv om antallet vil være lavt i forhold til rapporterte opiatrelaterte dødsfall, kan det være på vei opp, og er sannsynligvis underrapportert. Selv om datatilfangsten i dag er veldig begrenset, antyder en rekke land at kokain spiller en utslagsgivende rolle i rundt 10 % av alle narkotikarelaterte dødsfall. Ecstasyrelaterte dødsfall forekommer fremdeles

sjelden i de fleste EU-landene, men rapporteringsprosedyrene kunne vært bedre.

Mot den globale trenden – ingenting tyder på signifikante metamfetaminproblemer i Europa

Det narkotiske stoffet metamfetamin er kjent for å være særlig forbundet med helsemessige og sosiale problemer. Det er stor bekymring verden over for de økende problemene med metamfetamin, og tallene for bruk synes å være høye eller økende i USA, Australia, deler av Afrika og store deler av Sørøst-Asia. Hittil har bruken av metamfetamin i Europa i all hovedsak vært begrenset til Den tsjekkiske republikk, som har et veletablert problem med dette stoffet. Andre steder i Europa rapporteres det bare sporadisk om metamfetamin på markedet, med enkelte rapporter om beslag og sporadiske merknader om import fra Den tsjekkiske republikk til nabolandene. Men fordi mange land i Europa har sterke bånd til deler av verden hvor man finner metamfetaminproblemer, og fordi det europeiske markedet for sentralstimulerende midler stadig blir større, kan man ikke overse faren for at metamfetaminbruk vil bre om seg, og derfor er dette et viktig område hvor man fortsatt må være i høyeste beredskap.

Et stadig større og bedre tjenestetilbud til personer med narkotikaproblemer

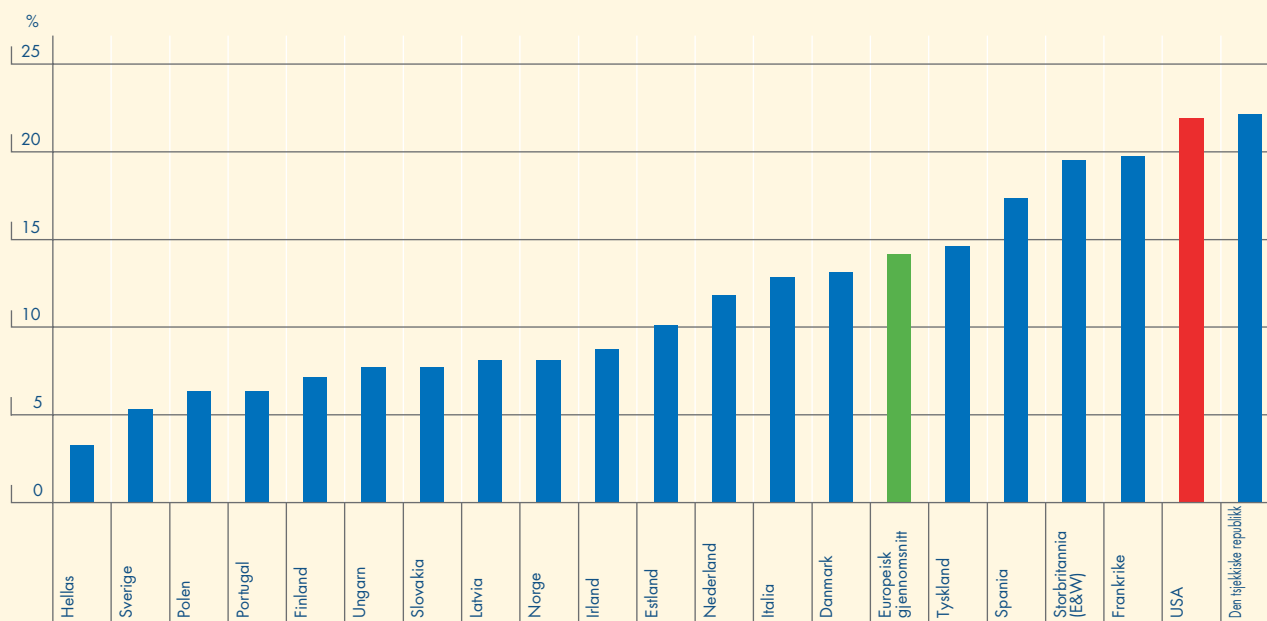
Å ha et tjenestetilbud til personer med narkotikaproblemer, kan gjøre hele forskjellen både for den enkelte narkotikabrukeren og for samfunnet som vedkommende bor i. Dette faktum er noe mange land erkjenner i sin nasjonale narkotikapolitikk, og en forpliktelse om å utvide tjenestene for personer med narkotikaproblemer finner man både i gamle og nye EU-handlingsplaner mot narkotika. Selv om det er vanskelig å skaffe full oversikt over hvor omfattende tilbudet er for personer med narkotikaproblemer i Europa, tyder flere indikatorer på at både behandlingstjenester og enkelte former for skadereduksjons-tjenester er blitt kraftigere utbygget. Når dette er sagt; typen og omfanget av de ulike tjenestene varierer svært mye landene imellom. Et tilbud som klart er blitt utvidet i løpet av det siste tiåret, er substitusjonsbehandling med opioider, særlig i land der sprøytebruk av heroin er relativt utbredt. Metadon utgjør i underkant av 80 % av substitusjonsbehandlingen i Europa og over 90 % av substitusjonsbehandlingen i spesialisttjenestene, men buprenorfin blir et stadig mer populært

Europa har fortsatt lavere narkotikabruk enn USA, men like høye prevalensanslag på en del områder

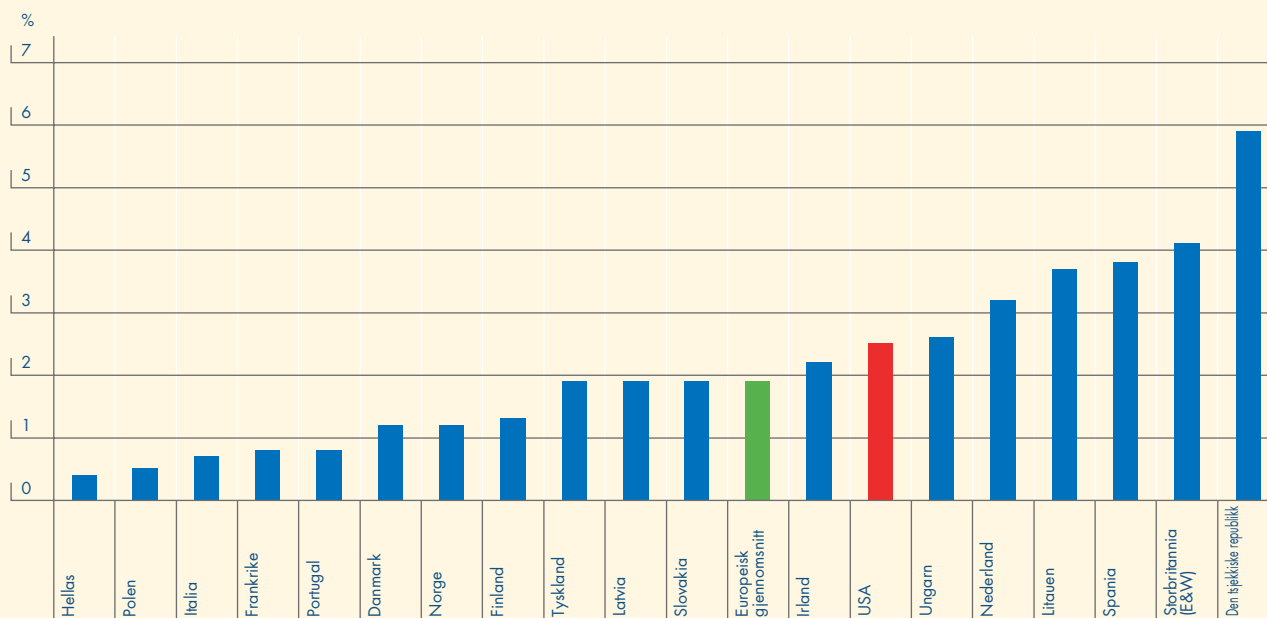
Nivåene av narkotikabruk har historisk sett vært mye høyere i USA enn i landene i Europa. Dette gjelder i høy grad også i dag, men en sammenligning av data for nylig bruk (siste års prevalens) tyder på at noen land i Europa har like høye nivåer av cannabis-, ecstasy- og kokainbruk blant unge voksne som USA (se figur). Og når det gjelder nylig bruk av ecstasy blant unge voksne, ligger de amerikanske anslagene under anslagene i flere land i Europa, noe som muligens gjenspeiler den sterke europeiske tilknytningen til den historiske utviklingen av bruken av dette stoffet. Imidlertid viser alle målinger at gjennomsnittet for befolkningen i EU fremdeles er lavere enn gjennomsnittet for befolkningen i USA. I mange land i Europa utviklet narkotikabruk seg på et senere tidspunkt enn i USA, og dette gjenspeiles muligens i de høyere amerikanske anslagene for livstidsprevalens (se figur 1, 2 og 3 i Statistiske opplysninger 2005), som til en viss grad kan betraktes som kumulative indikatorer for bruksnivåer over tid.

Tall for livstidsprevalens og siste års prevalens for cannabis-, ecstasy- og kokainbruk blant unge voksne (15–34 år) i Europa og USA

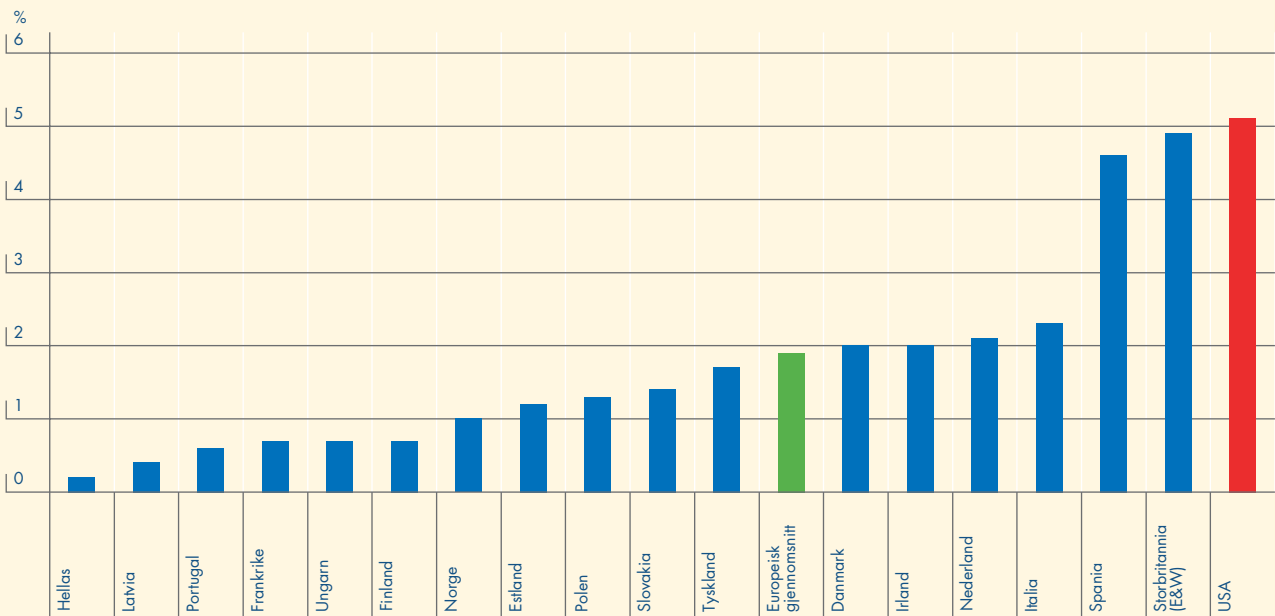
Nylig bruk (siste år) av cannabis blant unge voksne (15–34 år)



Nylig bruk (siste år) av ecstasy blant unge voksne (15–34 år)



Nylig bruk (siste år) av kokain blant unge voksne (15–34 år)



NB: I USA ble undersøkelsen gjennomført i 2003, i aldersgruppen 16-34 år. Kalkulert på nytt på grunnlag av opprinnelige data. I de europeiske landene ble de fleste undersøkelsene (17 av 19) gjennomført mellom 2001 og 2004, og standard aldersspredning er 15-34 (i enkelte land fra 16 eller 18).

Gjennomsnittlig europeisk prevalens er beregnet som gjennomsnittet av nasjonale prevalenstall vektet med antall innbyggere i alderen 15-34 år i hvert land (2001, hentet fra Eurostat).

Kilder: USA: SAMHSA, Office of Applied Studies, National Survey on Drug use and Health, 2003 (www.samhsa.gov) og (<http://oas.samhsa.gov/nhsda.htm#NHSDAinfo>). Europa: Tabell GPS-11 i EONNs Statistiske opplysninger 2005. Basert på nasjonale Reitox-rapporter (2004).

legemiddelalternativ og brukes i om lag 20 % av tilfellene av substitusjonsbehandling i Europa. (For mer informasjon om bruken av dette stoffet, se: "Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices" ["Buprenorfin: behandling, misbruk og forskrivningspraksis"] i utvalgte aspekter som ledsager denne rapporten.) Antallet personer som i dag som mottar legemiddelassistert rehabilitering i Europa anslås til i overkant av 500 000, noe som kan tyde på at mellom en firedel og halvparten av de som har opiatproblemer, er i substitusjonsbehandlings-programmer.

Substitusjonsbehandling er ikke det eneste alternativet for de som har opiatproblemer, men dataene om andre terapeutiske metoder er utilstrekkelige og kan på EU-nivå ikke brukes til å utlede pålitelige anslag over tilbudet av disse tjenestene. Det er gjort betydelig framgang når det gjelder å utvikle ulike behandlingsmodeller for personer med opiatproblemer, og evidensgrunnlaget for å vurdere effektiviteten på dette feltet er relativt solid. Det samme kan imidlertid ikke sies når det gjelder de som bruker andre typer narkotiske stoffer, som utgjør et økende antall i behandlingstjenestene i Europa. Man er ikke like enig når det gjelder hvilke

terapeutiske alternativer som er mest hensiktsmessige i behandlingen av f.eks. personer som har problemer med sentralstimulerende midler eller cannabis. Å utvikle effektive behandlinger for disse klientkategoriene vil nok bli en stadig viktigere utfordring.

Narkotikabruk, HIV-smitte og AIDS – behandlingen blir stadig lettere tilgjengelig og kan påvirke de generelle trendene

Rehabilitering er ikke det eneste området hvor tjenestene for problematiske narkotikabrukere er blitt bedre. Sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer, som sikrer sprøytebrukere sterilt utstyr, finnes nå i praktisk talt alle EU-medlemsstatene, og i de fleste landene har trenden på middels sikt vært en økning både i omfanget av aktiviteter og i den geografiske dekingen. I noen medlemsstater spiller også apotekene en viktig rolle i dekingen for slike programmer. Spesialistprogrammene er ofte integrert i mer allmenne tjenester for personer med narkotikaproblemer, særlig lavterskeltjenester, og betraktes derfor ofte som en måte å få kontakt med aktive narkotikabrukere på, og kanskje også som en kanal til behandling og andre tjenester.

Generelt har forekomsten av AIDS forårsaket av sprøytebruk gått ned i lengre tid. Heteroseksuell kontakt har nå tatt over etter sprøytebruk som største risikofaktor for utbredelsen av AIDS i Europa. Dette kan skyldes økt tilgjengelighet av høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) siden 1996, utbyggingen av behandlings- og skadereduksjonstiltak og en nedgang i antall sprøytebrukere i de landene som er hardest rammet. Anslag fra WHO tyder på at i de fleste landene i Europa har over 75 % av de som har behov for HAART, tilgang til denne behandlingen. Dekningen anslås imidlertid å være lav i flere av de baltiske statene, og det er mulig at det er dette vi ser igjen i økningen i nye AIDS-tilfeller blant sprøytebrukere i enkelte områder i Baltikum. Tidligere økte også antallet nye HIV-tilfeller dramatisk i denne delen av Europa, men tallene den senere tid har falt like dramatisk, sannsynligvis på grunn av en metning i de mest risikoutsatte populasjonene. I tillegg kan i noen områder utbyggingen av tjenestetilbudet ha en virkning.

De fleste andre nye EU-medlemsstatene har fremdeles lave prevalenstall for HIV, og det samme gjelder mange av EU-15-landene. I de EU-landene som historisk sett har hatt høye prevalenstall for HIV blant sprøytebrukere, har de fleste observert en signifikant nedgang og deretter stabilisering. Dette betyr ikke at disse problemene er borte, for til tross for metodologiske vansker som gjør det problematisk å tolke trender på nasjonalt nivå, har enkelte studier i den senere tid avdekket ny smitte i visse undergrupper av sprøytebrukere. Fortsatt årvåkenhet er derfor fremdeles i høyeste grad nødvendig.

Generelle rapporter om straffesanksjoner for besittelse eller bruk av narkotika

Det er stor mangel på sammenlignbare data på europeisk plan når det gjelder de fleste sidene ved forholdet mellom narkotika og kriminalitet, bortsett fra når det gjelder brudd på narkotikalovgivning. Selv om sammenligninger landene imellom må gjøres med varsomhet, ser det ut som om det var en økning i antallet narkotikalovbrudd i de fleste EU-landene i perioden fra slutten av 1990-tallet til 2003, og da særlig i noen av de nye medlemsstatene. I de fleste landene gjelder

mesteparten av rapportene besittelse eller bruk av narkotika. I de fleste medlemsstatene gjelder storparten av lovbruddene cannabis, og siden 1998 har andelen cannabislovbrudd enten økt eller vært stabil i de fleste av landene. Til sammenligning har andelen heroinrelaterte lovbrudd gått ned i mange land.

I mange land i Europa er det økende bekymring for narkotikabrukens mer vidtrekkende konsekvenser for samfunnet. Offentlig sikkerhet og ungdommens eksponering for narkotika er noe av det som vekker størst bekymring. Vi har samlet disse betraktningene under tittelen "Narkotikarelatert ordensforstyrrelse" og behandlet dem nærmere i de utvalgte aspektene, og som en fortsettelse av den strafferettslige siden ved narkotikaproblemet presenteres en gjennomgang av strategiene for overføring av personer med narkotikaproblemer fra frihetsberøvelse til behandling ("Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU" ["Alternativer til fengsel for kriminelle problematiske narkotikabrukere i EU"]).

Utviklinger innenfor narkotikapolitikken – enkelte felles elementer, men respekt for nasjonale forskjeller

Som det framgår av denne rapporten, er det i Europa store forskjeller medlemsstatene imellom, både når det gjelder hvilke narkotikaproblemer de står overfor, og når det gjelder politikk så vel som tiltakenes type og omfang. Likevel er det en del fellestrekk ved narkotikasituasjonen i de fleste landene. På et politisk plan uttrykker medlemsstatene en generell politisk forpliktelse til å utarbeide en balansert og evidensbasert politikk i tråd med internasjonale forpliktelser, som også tar i betraktning fordelene som kan oppnås ved et styrket samarbeid på europeisk nivå, samtidig som det klart erkjennes at narkotikapolitikken forblir et nasjonalt ansvar. Disse ambisjonene er nedsatt i EUs narkotikastrategi og handlingsplaner. Selv om ikke alle de ambisiøse målene i EUs narkotikastrategi og handlingsplan 2000–2004 ble nådd, viser den hvordan medlemsstatene, EU-institusjonene og fagorganene kan samarbeide for å koordinere og måle framgang på narkotikaområdet. EUs nye narkotikastrategi for perioden 2005–2012 tar sikte på å føre denne prosessen ett skritt videre.



Kapittel 1

Politikk og lovgivning – nye utviklinger

Innledning

De politiske utviklingene på narkotikaområdet i EUs medlemsstater vil nødvendigvis måtte bli uensartet og gjenspeile det mangfold av tilnæringsmåter som finnes på nasjonalt plan og EU-plan. Dette utelukker imidlertid ikke at det også finnes fellestrekk som fortjener analyse.

I løpet av rapporteringsperioden har det mest framtreddende av disse felles trekkene vært den måten narkotikastrategiene er blitt evaluert på i medlemsstatene. Flere EU-land har evaluert gjennomføringen av sin nasjonale narkotikastrategi. Selv om betydningen av evalueringen av narkotikapolitikken som sådan ennå ikke kan fastslås, har evalueringen allerede gitt en del lovende resultater. Vi har nemlig fått større forståelse av hvor vi har lyktes og hvor vi har feilet, og i noen tilfeller har resultatet av evalueringen medført at økte ressurser er satt inn for å oppfylle urealiserte strategimål. Videre er evalueringen av EUs strategi og handlingsplan for 2000–2004 det første resultatet av en viktig prosess hvor medlemsstatene, EU-institusjoner og spesialorganer samarbeider for å måle progresjonen på narkotikaområdet. Av andre politiske utviklinger som har funnet sted i løpet av rapporteringsperioden, kan nevnes at enkelte land har satt ned straffene for bruk av narkotika samt utvidet strafferammene for narkotikahandel og narkotikarelaterte lovbrudd hvor mindreårige er involvert.

En strategisk tilnærming til en narkotikapolitikk i Den europeiske union

EUs narkotikastrategi for 2005–2012, som ble vedtatt av Det europeiske råd i desember 2004, tar hensyn til resultatene av den endelige evalueringen av framgangen i den forrige perioden (2000–2004). Narkotikastrategien har som mål å tilføre de nasjonale strategiene mer verdi samtidig som den overholder prinsippet om nærhet og proporsjonalitet. Strategien fastsetter to overordnede mål for EU på narkotikaområdet:

- oppnå et høyt nivå av helsevern, velferd og sosial utjevning ved å være et supplement til medlemsstatenes

tiltak for å forebygge og redusere narkotikabruk og -avhengighet så vel som narkotikarelatert skade på helse og samfunnsstruktur,

- sikre et høyt nivå av trygghet for befolkningen generelt ved å iverksette tiltak mot produksjon og tilbud av narkotika, handel med narkotika over landegrensene samt intensivere de forebyggende tiltakene mot narkotikarelatert kriminalitet gjennom effektivt samarbeid mellom medlemsstatene.

Disse to målene dekker de seks prioriterte tiltakene som ble fastsatt i EUs narkotikastrategi for 2000–2004. Den nye strategien holder fast ved en integrert, tverrfaglig og balansert tilnærming hvor tiltakene kombineres for å redusere både tilbud og etterspørsel. Den fokuserer på disse to politikkområdene og på to gjennomgripende temaer – “internasjonalt samarbeid” og “informasjon, forskning og evaluering” – samt på “samordning”.

I februar 2005 la Europakommisjonen fram for Europaparlamentet og Det europeiske råd Melding om EUs handlingsplan mot narkotika for 2005–2008. EONN og Europol ble konsultert under utarbeidelsen, og Kommisjonen rådførte seg også med det sivile samfunn. Handlingsplanen, som er basert på resultatene av evalueringen av den forrige handlingsplanen, er utarbeidet slik at aktørene som medvirker i hvert tiltak er klart identifisert og at evalueringsverktøy, indikatorer og dato for oppnåelse er fastsatt. Dette bør legges til rette for oppfølging og overvåking av tiltakene, samtidig som rettleidingen med hensyn til gjennomføringen av planen blir mer effektiv. Kommisjonen vil årlig foreta en gjennomgang av framdriften for handlingsplanen og utarbeide en konsekvensanalyse før den utarbeider forslag til handlingsplan for 2009–2012.

De fleste medlemsland har fulgt EUs eksempel og vedtatt nasjonale narkotikastrategier. Av de 29 landene som omtales i denne rapporten, har 26 en egen narkotikapolitikk som bygger på en nasjonal narkotikaplan, narkotikastrategi eller lignende dokument. Når det gjelder de øvrige landene, godkjente Nasjonal komité for koordinering av mottiltak mot narkotika i Italia

en nasjonal plan i mars 2003, som må vurderes i regionene og de selvstyrte provinsene. Malta og Østerrike har signalisert at de i skrivende stund får på plass prosedyrer for utarbeidelse og godkjenning av en nasjonal narkotikastrategi (1).

Syv EU-land har vedtatt nye nasjonale narkotikastrategier (se tabell 1). I henhold til EUs holdning til narkotika synes prinsippet om at narkotikapolitikken bør være global og tverrfaglig å være fulgt i alle de nasjonale narkotikastrategiene i medlemsstatene. Innholdet i hvert lands nasjonale strategi kan imidlertid være grunnleggende forskjellig, f.eks. når det gjelder gjennomføring av tilbud og tiltak, som kan variere til tross for at samme terminologi benyttes; hvilken rolle evaluering spiller i strategien, som kan variere fra sentral til marginal; eller til og med når det gjelder godkjenning eller innføring av andre viktige aspekter ved politikken, f.eks. skadereduksjon. Blant de 26 politiske eller strategiske dokumentene som er gjennomgått (2), synes skadereduksjon å være det feltet hvor meningene er mest delt: Skadereduksjon har en framtrødende plass i tolv strategier/planer, er medtatt i drøftelsene av andre emner i ni, mens fem ikke omtaler skadereduksjon i det hele tatt.

De første resultatene av evalueringen av narkotikastrategiene

EUs narkotikastrategi (2000–2004) ble evaluert i rapporteringsperioden. Rådet av justis- og innenriksministre gikk på sitt møte 25.–26. oktober, 2004 gjennom Kommisjonens rapport om den endelige evalueringen (3). Formålet var å vurdere i hvilken grad handlingsplanen bidro til å oppfylle målsettingene i narkotikastrategien, samt hvilken innvirkning narkotikastrategien og handlingsplanen har hatt på narkotikasituasjonen i EU. Det var også i forkant av debatten et innspill om godkjenningen (4) av den nye narkotikastrategien. En styringskomité bestående av; medlemmer av Kommisjonen, de fire medlemsstatene som har innehatt formannskapet i 2003–2004, EONN og Europol bistod Kommisjonen i arbeidet med evalueringen. Mangelen på nøyaktige og målbare operasjonelle målsettinger gjorde denne øvelsen svært vanskelig.

Meldingen om den endelige evalueringen og vedleggene til denne (5) satte fokus både på de viktigste framskrittene på narkotikaområdet på nasjonalt plan og i EU så vel som de områdene hvor ytterligere innsats må til. Meldingen

Tabell 1: Nye nasjonale narkotikastrategier

Land	Tittel	Tidsplan eller innføringsdato	Målsettinger	Kvantifiserbare mål	Ytelsesindikatorer	Ansvarlig for gjennomføring	Budsjett
Estland	Nasjonal strategi for forebygging av narkotikaavhengighet	2004-12	✓	✓	✓	m.d.	m.d.
Estland	Målorientert handlingsplan for strategien	2004-08	✓	✓	✓	✓	✓
Frankrike	Handlingsplan mot illegale rusmidler, tobakk og alkohol	2004-08	✓	✓	✓	m.d.	✓
Kypros	Nasjonal narkotikastrategi	2004-08	✓	m.d.	m.d.	m.d.	✓ (6)
Litauen (1)	Strategi for et nasjonalt program for forebygging av narkotikaavhengighet	2004-08	✓	m.d.	✓	✓	✓
Luxembourg	Strategi og handlingsplan mot narkotika og narkotikaavhengighet	2005-09	✓	✓ (2)	✓	✓	✓
Slovenia (1)	Resolusjon om nasjonalt program på narkotikaområdet	2004-09	✓	m.d.	m.d.	✓	✓
Finland	Narkotikapolitisk handlingsprogram	2004-07	✓	m.d.	m.d.	✓	m.d.

NB: m.d. – mangler data.
 (1) Data fra nasjonale kontaktpunkter.
 (2) Luxembourgs strategi inneholder ennå ikke kvantifiserbare mål for tilbudsreduksjon.
 (3) Kypros' strategi anfører at for å nå strategiens målsetting, må finansielle og menneskelige ressurser stilles til rådighet – uten at dette er tallfestet i strategien.

(1) For ytterligere informasjon og definisjoner, se EONNs nettside (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1360).

(2) Det foreligger ingen data om skadereduksjon for Malta, Slovakia og Tyrkia.

(3) KOM (2004) 707 endelig.

(4) Det europeiske råd (16.–17. desember 2004) – Konklusjoner.

(5) Blant annet EONN og Europol's statistiske "øyeblikkssbilde" (1999–2004) (<http://snapshot.emcdda.eu.int/>).

understreket at det var gjort framskritt når det gjelder å redusere forekomsten av narkotikarelaterte helseproblemer [herunder humant immunsviktvirus (HIV) og hepatitt] og antallet narkotikarelaterte dødsfall (mål 2 i EUs narkotikastrategi), og særlig når det gjaldt å bedre tilgjengeligheten av behandlingstilbud (mål 3). For mål 1, reduksjon av rusmiddelbruk, ble det ikke påvist noen signifikant framgang. Det ble heller ikke påvist noen nedgang i tilgjengeligheten av narkotika (mål 4). Sett under ett syntes likevel mål 4 og 5 å fungere som en katalysator for flere initiativer på EU-plan som har styrket de rettslige tiltakene mot narkotikahandel og -tilbud. I løpet av den perioden handlingsplanen dekker, har det kommet flere viktige initiativer for å bekjempe hvitvasking av penger (mål 6.1) samt forhindre spredning av prekursorer (mål 6.2), særlig endringen av Fellesskapets regelverk for kontroll av handelen med prekursorer.

Meldingen understreker også behovet for ytterligere forskning, f.eks. på biomedisinske, psykososiale og andre underliggende faktorer for rusmiddelbruk og -avhengighet, særlig på områder der informasjonen fremdeles er mangelfull (f.eks. langtidsbruk av cannabis eller syntetiske narkotiske stoffer). Behovet for jevnlig samråd med det sivile samfunn i arbeidet med EUs rusmiddelpolitikk ble understreket. Kommissjonen anbefalte også at EU utvidet strategiperioden fra fem til åtte år slik at den dekker to påfølgende handlingsplanperioder og muliggjør fullstendig gjennomføring og finjustering av initiativene med sikte på å oppfylle målsettingene i strategien.

En rekke evalueringer som er gjennomført på nasjonalt plan i løpet av rapporteringsperioden påkaller en del kommentarer. Av særlig interesse kan nevnes evalueringer utført av land som har vedtatt en mer "strukturert" tilnærming i sin nasjonale narkotikastrategi. Elementene i denne tilnærmingen kan oppsummeres som formell dokumentasjon av målsettinger, fastsettelse og kvantifisering av mål, identifisering av hvilke myndigheter som er ansvarlig for gjennomføringen samt fastsettelse av dato for måloppnåelse. Denne tilnærmingen gjør det enklere for landene å rapportere om de oppgavene som er realisert og identifisere problemstillinger, og gjør det derved mulig å iverksette tiltak der det er nødvendig.

Eksempler på denne tilnærmingen finnes i strategiene for Den tsjekkiske republikk, Irland, Luxembourg, Polen og Portugal, og evalueringen av de nasjonale narkotikastrategiene har vist, eller kan potensielt vise, hvilke tiltak som er gjennomført og hvilke oppgaver som fortsatt er uløst og krever tiltak. Et eksempel på hvordan en

strukturert tilnærming kan bidra til å evaluere framgangen som er gjort, finnes i evalueringen fra 2004 av Portugals nasjonale narkotikastrategi. Eksterne evalueringsekspertene konkluderte med at det var gjort framgang i oppnåelsen av noen av de 30 hovedmålsettingene i den portugisiske handlingsplanen; åtte mål var helt oppnådd og ti var delvis oppnådd, mens andre målsettinger vanskelig lot seg evaluere på grunn av mangel på informasjon, og fem målsettinger ble vurdert som ikke oppnådd. Tyskland har nedsatt en styringskomité (Nasjonalt råd for rusmiddelavhengighet) for å lede handlingsplanen for 2003 fram mot gjennomføring og kartlegging av resultatene.

Innføringen av en nasjonal narkotikastrategi, eller evalueringen av hvor vellykket den forrige var, har i enkelte land ført til økte budsjetttrammer for rusmiddelrelatert arbeid. I Hellas har det for eksempel vært en jevn økning i utgiftene til helserelaterte tjenester, i Ungarn er det reist midler for å finansiere de delene av strategien som ennå ikke er iverksatt, og i Luxembourg har helsedepartementets rusmiddelbudsjett økt fra ca. 1 million euro i 1999 til nærmere 6 millioner euro i 2004. I alle medlemsstatene representerer imidlertid de offentlige utgiftene til den rusmiddelrelaterte innsatsen bare en liten del av det totale offentlige forbruket (mellom 0,1 og 0,3 %). Dette kan nok være en del av forklaringen på at det i EU tilsynelatende ikke er noen direkte sammenheng mellom økonomisk vekst og påfølgende endringer i det alminnelige budsjettet og de ressursene det offentlige setter inn på rusmiddelarbeidet.

Tilbudsreducerende tiltak sto fortsatt for storparten av de offentlige utgiftene i mange EU-land (anslagsvis 68–75 % av de samlede utgiftene til narkotikarelaterte tiltak) ⁽⁶⁾. I noen få land, herunder Malta og Luxembourg, var imidlertid utgiftene til etterspørselsreducerende tiltak tilsynelatende større enn utgiftene til tilbudsreducerende tiltak (utgiftene til etterspørselsreduksjon representerte henholdsvis 66 % og 59 % av det samlede budsjettet til rusmiddelrelatert arbeid). Det er imidlertid ikke klart om de rapporterte forskjellene i budsjettbevilgninger representerer en grunnleggende forskjell i politiske prioriteringer eller gjenspeiler en svakhet ved datainnsamlingen.

Mangelen på tilgjengelig informasjon om det offentlige utgifter direkte på narkotikaområdet er fortsatt et problem. Det er imidlertid tegn som tyder på at det i tillegg til en økende akademisk interesse for området ⁽⁷⁾ også er en økende politisk vilje til å identifisere og beskrive de

⁽⁶⁾ Se det utvalgte aspektet "Offentlige utgifter til etterspørselsreducerende tiltak" i EONNs årsrapport 2003 (<http://ar2003.emcdda.eu.int/no/page077-no.html>).

⁽⁷⁾ I Belgia, Spania, Frankrike, Luxembourg, Nederland, Finland, Sverige og Storbritannia – for nærmere referanser, se EONNs nettside (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1357>).

offentlige utgiftene på området, slik at utgiftene til narkotikatilstand på nasjonalt plan kan benyttes som et nøkkelement i kost-nytte-vurderingene. Sammen med Reitox-nettet og Europakommisjonen utvikler EONN nå metoder som vil gjøre det mulig å utarbeide konsekvente og troverdige anslag over narkotikarelaterte offentlige utgifter i EU, slik EUs handlingsplan for 2005 forutsetter.

Denne første evalueringsprosessen på nasjonalt plan og EU-plan utgjør en verdifull tilbakemeldingsmekanisme som gir beslutningstakerne informasjon om i hvilken grad de beslutningene som tas blir gjennomført, og til hvilken pris, og setter dem i stand til å øke innsatsen på de områdene hvor det er registrert problemer eller hvor evalueringene har avdekket ugunstige forhold. Selv om det fortsatt ikke er klart dokumentert hvilken innvirkning de nasjonale narkotikastrategiene har på narkotikasituasjonen generelt (EONN, 2004a), er metoden med å "oppsummere poengene" tegn på en positiv utvikling, og vil i Europa forhåpentligvis utløse en generell trend til å gjennomføre detaljerte vurderinger av de enkelte nasjonale narkotikastrategiene.

Debatter i nasjonalforsamlinger og media

Bekymringen for hvilke konsekvenser narkotikafenomenet får for samfunnet, kommer til uttrykk i debatten både i media og nasjonalforsamlingene. Ifølge dataene om parlamentariske debatter i de nasjonale Reitox-rapportene, er de hyppigst rapporterte temaene "skadereduksjon" eller intervensjoner som faller inn under denne kategorien, "cannabisbruk" og "narkotikarelatert kriminalitet og tilhørende endringer i narkotikalovgivning".

Fordelene og ulempene ved substitusjonsbehandling og skadereduksjonstiltak sammenlignet med medikamentfrie behandlingsmåter, førte til livlige parlamentariske debatter i Den tsjekkiske republikk, Estland, Frankrike, Irland og Norge. Tema som har ført til heftig politisk debatt, var blant annet forslaget om å gjøre sprøytebytte-programmet permanent i Sverige, selv om det skulle foregå i strengt kontrollerte former, så vel som den midlertidige opprettingen av sprøyterom i Norge (se utvalgt aspekt om nasjonal lovgivning og ordensforstyrrelse).

Cannabis rangerte fortsatt høyt på listen over debatttema, særlig i Tyskland, hvor hovedfokus var på cannabisbruk blant unge, samt i Luxembourg og Portugal, hvor det

foreligger forslag om å gjøre stoffet tilgjengelig på resept. Cannabisbruk, eller mer generelt narkotikabruk, blant unge og i skolene har fått bred mediedekning i Belgia, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Kypros, Luxembourg og Østerrike. I Nederland vakte en rapportert økning i konsentrasjonen av tetrahydrocannabinol (THC) i lokalt dyrket cannabis ("nederwiet") og de mulige konsekvensene sterk cannabis kan ha på helsen, oppsikt i media. I Polen var cannabis det stoffet som ble hyppigst omtalt i media, med 865 av til sammen ca. 2 500 henvisninger til narkotika. Lovforslag om å legalisere stoffet er lagt fram i Belgia, Danmark og i enkelte byråd i Nederland (for å løse "bakdørsproblematikken" ⁽⁸⁾). Dette har vakt sterk offentlig motstand hos de fleste medlemmene av nasjonalforsamlingen og regjeringen.

Utsiktene til endringer i narkotikalovgivningen har tiltrukket seg mediernes oppmerksomhet og ført til politisk debatt i Frankrike og Italia. I Frankrike gikk man bort fra et forslag om å innføre bøter for narkotikabruk i stedet for fengselsstraff, fordi man var bekymret for at en slik endring ville bli "tolket som et tegn på at narkotika ikke er særlig farlig" og føre til "ny økning i bruken og til bruk i yngre alder" ⁽⁹⁾. I Italia har media gjengitt den heftige parlamentariske debatten om en endring av loven av 1990, og en differensiering av straffereaksjonene for besittelse av narkotika har tiltrukket seg mediernes og politikernes oppmerksomhet i Den tsjekkiske republikk.

I Den tsjekkiske republikk, Hellas, Luxembourg, Polen og Portugal er det gjennomført ad hoc-undersøkelser for å analysere medias budskap, og Belgia ⁽¹⁰⁾, Polen og Storbritannia ⁽¹¹⁾ har hatt nasjonale mediekampanjer rettet særlig mot ungdom.

Nye utviklinger i EUs programmer og lovgivning

I rapporteringsperioden ble det iverksatt viktige EU-initiativer på narkotikaområdet, og da særlig; folkehelse, narkotikahandel, kontroll med prekursorer og syntetiske stoffer.

Folkehelse

På europeisk plan inngår forebyggende arbeid i helsedeterminantdelen av folkehelseprogrammet ⁽¹²⁾. Arbeidsplanen for 2004 for dette programmet fokuserte på

⁽⁸⁾ Kaffehusene kan ha inntil 500 g cannabis på lager for salg, men stoffet kan bare kjøpes på det illegale markedet. Det er dette som er "bakdørsproblematikken".

⁽⁹⁾ MILDT (2004), s. 43, sitert i Frankrikes nasjonale rapport.

⁽¹⁰⁾ www.partywise.be

⁽¹¹⁾ "Talk to Frank"-kampanjen om risikoene ved cannabisbruk (<http://www.talktofrank.com/>).

⁽¹²⁾ Europaparlaments- og rådsbeslutning nr. 1786/2002/EF av 23. september 2002 om godkjenning av et program for fellesskapsstiltak på folkehelseområdet (2003–2008) – Erklæringer fra Kommisjonen, *Den Europeiske Unions Tidende* L 271, 9.10.2002, s. 1–12.

Opprettelse av et varig system for helsekartlegging

Opprettelse og drift av et varig system for helsekartlegging er blant de viktigste målsettingene i folkehelseprogrammet (2003–2008). Kommisjonen har rådført seg med medlemsstatene og internasjonale organer for å utarbeide et sett helseindikatorer for Det europeiske fellesskap. Innenfor denne rammen ble "narkotikarelaterte dødsfall" og "bruk av psykoaktive stoffer" tatt med i utkastet til liste over kjerneindikatorer, noe som styrket de strukturelle båndene til EONN som en potensiell frembringer av informasjon.

rådsrekommendasjonen av 18. juni 2003 og på utviklingen, med EONNs bistand, av et hensiktsmessig grunnlag for å utarbeide en oversikt over aktiviteter i EU. Kommisjonen oppfordret aktørene til å legge fram forslag til en livs-stilsbasert tilnærming til misbruk av alle typer rusmidler som potensielt er vanedannende, særlig i fritids- og rekreasjonssammenheng (f.eks. i nattklubber) og i fengsler. Den var særlig interessert i utviklingen av beste praksiser og forbedringer i formidlingen og spredningen av informasjon ved hjelp av moderne teknologi. I 2004 valgte Kommisjonen fire prosjekter som tok sikte på å forebygge risikoatferd: harmonisere internasjonal kunnskap om biomedisinske bivirkninger av doping, styrke overføringen av kunnskap om tiltak mot narkotikabruk samt tilby de nye medlemsstatene eksisterende, nettbasert informasjon om lovlige og ulovlige rusmidler.

Narkotikahandel

I 2004 vedtok EU en rekke rettsakter for å bekjempe narkotikahandelen. Råds-rammevedtak 2004/757/JIS av 25. oktober 2004, som fastsetter minstebestemmelser for hva som skal defineres som forbrytelser og strafferammer for ulovlig narkotikahandel⁽¹³⁾, er et nøkkelverktøy i kampen mot narkotikahandel ved at det fastsetter minstestrafte for slike lovbrudd i medlemsstatene.

I desember 2004 kom Rådet til enighet om en rådsbeslutning om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll med nye psykoaktive stoffer. Med denne beslutningen har man fått et rammeverk for effektiv informasjonsutveksling om nye psykotrope stoffer og en ordning for å få dem under kontroll på EU-plan.

Rådet vedtok 30. mars 2004 en rekommendasjon vedrørende retningslinjer for prøvetaking av beslaglagte narkotiske stoffer. Den anbefaler at medlemsstatene, hvis de ikke allerede har gjort det, innfører et system for prøvetaking i samsvar med internasjonalt anerkjente retningslinjer. Rådet vedtok også en resolusjon om

cannabis og en framdriftsrapport om planene for gjennomføring av etterspørsels- og tilbudsreducerende tiltak i forhold til narkotika så vel som tilbudet av syntetiske stoffer.

Den 11. februar 2004 vedtok Europaparlamentet og Rådet forordning nr. 273/2004 om narkotikaprekursorer⁽¹⁴⁾. Denne forordningen fastsetter harmoniserte tiltak for fellesskapsintern kontroll og overvåking av visse stoffer som ofte benyttes i ulovlig produksjon av narkotiske eller psykotrope stoffer, med sikte på å forebygge spredningen av disse. Forordningen gir særlig retningslinjer for hvordan medlemsstatene skal iverksette nødvendige tiltak for at kompetente myndigheter skal kunne utføre sine kontroll- og overvåkingsoppgaver og informasjon om hvordan mistenkelige transaksjoner skal kunne identifiseres og meldes. Den 22. desember 2004 vedtok Rådet forordning 111/2005, som fastsetter regler for overvåking av handelen med narkotikaprekursorer mellom Fellesskapet og tredjeland.

Som en oppfølging til en rådsresolusjon vedtatt i november 2002, kunne Kommisjonen i november 2004 legge fram for Rådets Horisontale narkotikaarbeidsgruppe (HDG) et utkast til en gruppe- og nødsfallsliste-metode for kontroll av syntetiske stoffer. I april 2004 la Kommisjonen også fram forslag til HDG om mulige forbedringer av metodene for kartlegging av distribusjonsnettene for syntetiske stoffer i EU.

Ny nasjonal lovgivning

Unge

Av endringene i nasjonal lovgivning i medlemsstatene i rapporteringsperioden kan nevnes tiltak for å beskytte unge mennesker mot lovbrutere, eller for å motvirke et eventuelt ønske om å bruke narkotika.

Beskyttelsen kan ha en direkte eller mer generell form. I Ungarn tar loven av mars 2003 sikte på å beskytte personer under 18 år mot misbruk av narkotiske stoffer, og straffen for voksne vil bli strengere hvis lovbruddet involverer mindreårige. I Estland gir lovendringer innført i begynnelsen av 2004 strengere straff for de fleste narkotikarelaterte lovbrudd, herunder påvirkning av unge til ulovlig bruk av narkotika.

I juli 2004 endret Danmark sin "Lov om euforiserende stoffer". Omsetning av narkotiske stoffer i restauranter, diskoteker og lignende steder som besøkes av barn eller unge, anses nå som en betydelig skjerpene omstendighet. Slike lovbrudd skal alltid straffes med fengsel, og

⁽¹³⁾ EUT L335, 11.11.2004, s. 8; se også EONNs årsrapport for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁴⁾ EUT L47, 18.2.2004, s. 1.

intensjonen er at gjennomsnittlig fengselsstraff for slike lovbrudd skal økes med en tredel. På samme måte har Spania siden oktober 2004 betraktet omsetning av narkotika i nærheten av skoler som en skjerpene omstendighet, og har i tillegg hevet aldersgrensen for hva som defineres som “unge mennesker” i forbindelse med lovbrudd som gjelder narkotikahandel, fra 16 til 18 år. *Cannabis Enforcement Guidance* (ACPO, 2003) er en veiledning til den nye lovgivningen i England og Wales, og gir råd om hvordan man skal håndtere mennesker som påtreffes i besittelse av cannabis på eller i nærheten av skoler, ungdomsklubber eller lekeplasser.

I Latvia omfatter tiltakene rettet mot unge som bruker narkotika, blant annet to forskrifter vedtatt av regjeringen i desember 2003. Én skisserer prosedyrer for den tvungne behandlingen i institusjon (med foreldresamtykke) av barn som tas i å bruke narkotika, den andre skisserer hvilke spesifikke tiltak som skal iverksettes når narkotika eller andre rusmidler blir funnet på skoler. I England og Wales får unge under 18 år som blir pågrepet for cannabislovbrudd fortsatt en reprimande eller siste advarsel, eller de siktes av politiet, avhengig av hvor alvorlig lovbruddet er. Etter en siste advarsel vil den unge lovbrøyteren overføres til et kriminalitetsforebyggende team (*Youth Offending Team*) som vil organisere behandling eller andre støttetiltak.

Den tsjekkiske republikk fikk en ny lov om ungdomskriminalitet i 2004. I henhold til denne skal unge lovbrøytere prioriteres foran andre. Strafferettslige tiltak bør iverksettes bare når det er nødvendig, og opplæringsiltakene kan omfatte forbud mot rusmiddelbruk så vel som tvungen behandling. Maksimumsgrensen for straff som ikke omfatter frihetsberøvelse, er nå også halvert i forhold til den for voksne. Polen har også fått en ny forskrift godkjent av departementet i januar 2003 som fastsetter konkrete former for holdningsskapende og forebyggende tiltak blant barn og unge som er i faresonen for narkotikabruk. Skolene er pålagt å ha strategier for holdningsskapende og forebyggende arbeid.

I oktober 2003 publiserte Europeisk database for narkotikalovgivning (European Legal Database on Drugs – ELDD) en komparativ studie av gjeldende lovgivning om ungdom og narkotika⁽¹⁵⁾. Denne studien danner grunnlaget for rapporten som lå til grunn for Kommissjonens evaluering av EUs handlingsplan for 2000–2004, som kom ut i oktober 2004⁽¹⁶⁾. Sistnevnte fant at i alt 22 lover i 11 medlemsstater (av 15) oppfylte handlingsplanens krav i forhold til unge mennesker. De fleste tar sikte på å tilby

alternativer til fengsling, og i seks land tar loven sikte på å redusere utbredelsen av narkotikabruk, særlig blant unge mennesker. I det store og hele vier lovgiverne imidlertid disse punktene i handlingsplanen forholdsvis liten oppmerksomhet. For en grundigere analyse av tiltak rettet mot unge lovbrøytere som bruker narkotika, se det utvalgte aspektet om alternativer til fengselsstraff.

Skadereduksjon

I løpet av 2003 og 2004 ble det vedtatt flere lover som omfattet skadereduksjon.

Frankrike vedtok i august 2004 en lov om en helsepolitisk femårsplan som fastsetter at folkehelseforskriftene skal omfatte en politikk for skadereduserende tiltak for narkotikabrukere. Skadereduserende arbeid er dermed offisielt definert som et statlig ansvar.

I Finland er “Lagen om smittsamma sjukdomar” nå endret ved forordning fra regjeringen, slik at spesialister på helsesentre/-stasjoner nå er pålagt å gjøre forebyggende arbeid, herunder yte helserådgivning til sprøytebrukere samt tilby bytting av sprøyter og sprøytespisser. I Luxembourg regulerer et dekret fra Storhertugen av desember 2003 det nasjonale programmet for utdeling av sprøyter ved å fastslå hvilke institusjoner og yrkesgrupper som kan dele ut sprøyter til brukerne. Dette er en videreføring av trenden der besittelse og utdeling av sterile sprøyter eksplisitt tillates i lovgivningen⁽¹⁷⁾, en trend som er ønsket i EUs handlingsplan for 2000–2004, og som krevde utbygging av profylaktiske ordninger. Ytterligere informasjon om lovordningen finnes i ELDDs emneoversikt “Rettsgrunnlag for sprøytebytteprogrammer”⁽¹⁸⁾.

Storbritannia endret i august 2003 loven om misbruk av rusmiddel (Misuse of Drugs Act) slik at leger, farmasøyter og feltarbeidere lovlig kan dele ut vattpinner, sterilt vann, sitronsyre og visse typer utstyr (som skjær, boller, begre og fat) til narkotikabrukere som har skaffet seg kontrollerte stoffer uten resept. I juni 2004 vedtok den norske regjeringen en midlertidig lov om prøveordning med lokaler for injeksjon av narkotika (sprøyteromsloven), som skal vare i tre år. Dette fritar brukere av sprøyterom for straff for besittelse og bruk av enkeltdoser med narkotika, og gjorde det mulig å åpne et eget sprøyterom i februar 2005.

I Den tsjekkiske republikk tilbyr flere frivillige organisasjoner (NGO-er) pilletesting for å redusere faren for at ukjente eller utilsiktede stoffer blir konsumert, men hvorvidt denne virksomheten er lovlig, debatteres heftig.

⁽¹⁵⁾ *Unge og narkotika: en rettslig oversikt* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nodeid=5620>).

⁽¹⁶⁾ *Narkotikalovgivningen og de unge 2002–2004* (<http://eldd.emcdda.eu.int/?nodeid=9937>).

⁽¹⁷⁾ Syv land har vedtatt lovendringer siden 1999: Belgia, Frankrike, Luxembourg, Polen, Portugal, Slovenia og Finland.

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

Det ble ikke tatt ut noen tiltaler i 2003, og den eneste saken som så langt er fremmet av politiet (en sak fra 2002), ble avvist av påtalemyndigheten. Riksadvokaten har i ettertid utarbeidet retningslinjer på området.

I tråd med denne utviklingen av lovgivningen blir skadereduserende tiltak generelt anerkjent i EUs nye strategi og handlingsplan som en berettiget respons på behovet for å gjøre sprøytebytte mer tilgjengelig, og derved redusere den risikoen narkotika utgjør for personers helse og samfunnet i øvrig.

Straffesanksjoner

I løpet av rapporteringsperioden foretok flere land også endringer i narkotikalovgivningen med hensyn til hvilke straffer som kan idømmes for ulike lovbrudd, utenom de som er nevnt over og som spesifikt gjelder unge mennesker. For eksempel ble det i fjor rapportert at Belgia og Storbritannia satte ned straffen for uproblematisk cannabisbesittelse. I Belgia klaggjorde et nytt direktiv i februar 2005 unntakene fra den nedsatte straffen og oppfordret til full straffeforfølgning i saker som involverte "ordensforstyrrelse". Dette innbefatter besittelse av cannabis på eller i nærheten av steder hvor skolebarn og ungdom kan samles (skoler, parker, busstopp), og "åpenbar" besittelse på offentlig sted. I Danmark medførte en endring i 'Lov om euforiserende stoffer' vedtatt i mai 2004, sammen med et rundskriv fra Rigsadvokaten, at besittelse av narkotika for eget bruk nå normalt vil kunne straffes med bøter i stedet for advarsler, som tidligere ble gitt.

Dette følger et mønster av endringer i straffealternativene for bruk og omsetning som vi har sett avtegne seg i løpet av de siste årene, og som EONN har rapportert om (¹⁹). I 2003 opprettet f.eks. Belgia en ny kategori lovbrudd som tillater at uproblematisk cannabisbruk ikke påtales, Hellas reduserte maksimumstraffen for narkotikabruk fra fem til ett år, og Ungarn fjernet narkotikabruk som lovbrudd fra straffeloven. I 2002 fjernet Estland gjentatt bruk eller besittelse av små mengder illegale narkotiske stoffer for eget bruk (og maksimumstraffen på tre års fengsel) fra straffeloven. Samtidig gjorde Litauen besittelse straffbart, med en strafferamme på inntil to års ubetinget fengsel. I 2001 avkriminaliserte Luxembourg cannabisbruk og avskaffet fengselsstraff for bruk av narkotika når det ikke foreligger skjerpene omstendigheter, og Finland satte ned strafferammen for narkotikabruk og ga påtalemyndigheten adgang til forenklet rettergang. I 2000 innførte Portugal administrativ straff for narkotikabruk, mens Polen samme år opphevet det tidligere straffefritaket for besittelse. Dette mønsteret innebærer imidlertid ikke en oppmyking av

kontrollen med de konsekvensene narkotikabruk har for samfunnet, noe som går fram av det utvalgte aspektet om ordensforstyrrelse og restriksjonene for besittelse på steder hvor unge mennesker ferdes, som nevnt over.

For mistanke om illegal handel med narkotika er trenden at straffene skjerpes. I Danmark ble maksimumsstraffen for illegal handel med narkotika hevet med over 50 % i mars 2004. I begynnelsen av 2004 vedtok Estland strengere straffer for de fleste narkotikarelaterte lovbrudd, særlig i saker hvor det foreligger skjerpene omstendigheter. I Storbritannia er maksimumstraffen for handel med såkalte "Class C"-stoffer satt opp fra 5 til 14 års fengsel. I tillegg har mange land i løpet av de siste årene lagt økt vekt på å få pådømt lovbrudd som spesifikt omfatter distribusjon til unge mennesker (jf. over) samt handel (Hellas i 2001, Litauen i 2000 og Irland i 1999). Denne samstemte skjerpingen av straffen for narkotikahandel gjenspeiles i EUs rammevedtak av oktober 2004, som fastsetter minstebestemmelser for hva som skal defineres som forbrytelser og minstestruffer når det gjelder ulovlig narkotikahandel.

Rusmidler på arbeidsplassen

To land rapporterte at de arbeider med å vedta en lov om rusmidler på arbeidsplassen. I Finland har "Lagen om integritetsskydd i arbeidslivet" (759/2004) som målsetting å regulere og styrke arbeidstakernes personvern med hensyn til rusmiddeltesting på arbeidsplassen. I henhold til loven skal arbeidsgiver og ansatte utarbeide et program for bekjempelse av rusmiddelbruk på arbeidsplassen som omfatter planer for forebyggende arbeid og behandlingsalternativer samt en liste over slike jobber som krever attestert negativ rusmiddeltest. I ansettelsesprosessen kan arbeidsgiveren bare kreve umiddelbar attest av den søkeren som blir ansatt. Arbeidsgiveren har rett til å bruke informasjonen på attesten dersom jobben krever nøyaktighet, pålitelighet, selvstendig vurderingsevne og årvåkenhet, og dersom arbeid under påvirkning eller avhengighet av rus- eller legemidler kan sette liv eller helse i fare eller føre til betydelig skade. Under ansettelsesforholdet er arbeidstakeren pålagt å framlegge attest bare dersom det er saklig grunn for å mistenke at han eller hun er avhengig av eller påvirket av rusmidler i arbeidstiden.

I Irland ble Lov om sikkerhet, helse og velferd i arbeidslivet (Safety, Health and Welfare at Work Bill) offentliggjort i juni 2004. Én paragraf krever at ansatte skal forsikre at de ikke er så påvirket av rusmidler i arbeidstiden at de setter egen eller andres sikkerhet, helse eller velferd i fare. Loven krever også at ansatte, hvis arbeidsgiver har saklig grunn

⁽¹⁹⁾ For nærmere opplysninger, se EONNs temaartikkel *Ulovlig rusmiddelbruk i EU: lovgivningsmessige tilnæringer* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7079>).

for å kreve det, underkaster seg relevante, rimelige og forholdsmessige tester som skal gjennomføres av kompetent personell.

EUs nye handlingsplan vektlegger nå forebyggende arbeid i utvalgte miljøer, som arbeidslivet. Det økte fokuset på målrettet forebygging kan virke som en motvekt mot den generelle trenden med mildere straffer for narkotikabruk, kanskje fordi bekymringen over at narkotikabruken i EU

øker både i utbredelse og hyppighet. Det finnes imidlertid ingen entydige tall over omfanget av dette fenomenet, og bruk av rusmiddeltesting for noe annet formål enn påvisning av faktisk påvirkning, kan reise kompliserte nasjonale og internasjonale juridiske problemstillinger vedrørende personvern. I mellomtiden fortsetter private investorer å arbeide for å gjøre prøvetakingsutstyret mer nøyaktig og brukervennlig.

Narkotikarelatert ordensforstyrrelse: trender for politikk og tiltak, i EONNs årsrapport for 2005: utvalgte aspekter

I den narkotikapolitiske debatten på nasjonalt og europeisk plan er ordensforstyrrelse et tema som stadig oftere dukker opp. De fleste medlemsstatene, søkerlandene og Norge har lenge opplevd atferd og aktiviteter som vanligvis omfattes av begrepet "narkotikarelatert ordensforstyrrelse". Det er altså ikke snakk om et nytt fenomen, men heller en ny tendens innen narkotikapolitikken – som i hvert fall kan sees i noen medlemsstater – til å kategorisere og kollatere disse fenomenene under et paraplybegrep og sette reduksjon av forekomsten av disse opp som et mål for den nasjonale narkotikastrategien.

I hvilken grad er denne tendensen felles for landene i Europa? Finnes det noen konsensusdefinisjon for dette begrepet? Hvordan arter fenomenet seg, og hvor

omfattende er det? Hva slags retningslinjer finnes, og hva slags intervensjoner gjennomføres, uten hensyn til hvorvidt de er spesifikt eller uttrykkelig utformet for å redusere narkotikarelaterte ordensforstyrrelser? Finnes det allerede evalueringsresultater og er det etablert kvalitetsstandarder for intervensjonene? Alt dette er blant kjernespørsmålene som tas opp i dette utvalgte aspektet.

Med sin gjennomgang av utviklingen av narkotikarelatert ordensforstyrrelse i den politiske debatten i Europa, ønsker EONN å informere beslutningstakere og det brede publikum om fenomenets natur og trender samt tiltak på dette feltet innen narkotikapolitikken.

Dette utvalgte aspektet foreligger i papirutgave og på internett (bare på engelsk): "Drug-related public nuisance: trends in policy and preventive measures", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Kapittel 2

Skole, ungdom og rusmidler

Sammenlignbare data for unge menneskers bruk av alkohol og narkotika stammer stort sett fra undersøkelser blant 15-16 årige skoleelever. Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD) ble gjennomført i 1995, 1999 og sist i 2003. I 2003-undersøkelsen (Hibell et al., 2004) presenteres sammenlignbare data fra 22 medlemsstater i EU samt Norge og tre søkerland (Bulgaria, Romania og Tyrkia). Andre skoleundersøkelser (f.eks. i Nederland, Sverige og Norge) og undersøkelser av helseatferd blant skolebarn (Health Behaviour in School-aged Children – HBSC) gir også data om rusmiddelbruk blant skoleelever, og funnene underbygger hverandre i svært høy grad.

Den europeiske undersøkelsen om skoleelevers rusmiddelvaner (ESPAD): en stadig viktigere kilde til forståelsen av trender for ungdoms narkotika- og alkoholbruk

ESPAD er en viktig informasjonskilde om narkotika- og alkoholbruk blant skoleelever i Europa, og uvurderlig for registrering av trender over tid. ESPAD-undersøkelser er utført i 1995, 1999 og 2003. Bruken av standardiserte metoder og verktøyer på nasjonalt representative utvalg av skoleelever i alderen 15–16 år gir sammenlignbare datasett av høy kvalitet. Deltakelsen i ESPAD har blitt større for hver undersøkelse, og både medlemsstater og ikke-medlemsstater deltar. I 1995 deltok til sammen 26 land i Europa (herunder 10 land som gikk inn i EU i mai 2004). Dette tallet økte til 30 i 1999, og i 2003-undersøkelsen deltok imponerende 35 land, inkludert 23 medlemsstater i EU (herunder de 10 landene som gikk inn i EU i 2004) og tre søkerland (Bulgaria, Romania og Tyrkia) samt Norge. Spania deltok ikke i studien, men ESPAD-rapporten for 2003 presenterer nasjonale data fra den spanske skoleundersøkelsen (PNSD).

Sammenlignbarheten ved ESPAD-undersøkelsen er sikret ved standardisering av aldersgruppe, metode og tidspunkt for datainnsamling, bruk av tilfeldige utvalg, stringent utforming av spørreskjemaer og forsikring om anonymitet.

Spørsmålene i undersøkelsen fokuserer på alkoholforbruk (livstidsprevalens, 12-måneders og 30-dagers prevalens,

Prevalens og bruksmønstre

Cannabis

Data fra den siste ESPAD-undersøkelsen fra 2003 viser at livstidsprevalensen av cannabisbruk blant 15- og 16-årige skoleelever er høyest i Den tsjekkiske republikk (44 %) (figur 1). De laveste anslagene over livstidsprevalens (under 10 %) stammer fra Hellas, Kypros, Sverige, Norge, Romania og Tyrkia. Tyskland, Italia, Nederland, Slovakia og Slovenia (27 % og 28 %) er blant landene hvor livstidsprevalensen er over 25 %, mens de høyeste anslagene over livstidsprevalens, fra 32 % og til 40 %, er rapportert fra Belgia, Frankrike, Irland og Storbritannia. I de fleste land

gjennomsnittlig forbruk, overstadig drikking) og bruk av illegale rusmidler (livstidsprevalens, 12-måneders og 30-dagers prevalens, inkludert målinger av hvor hyppig narkotika ble brukt i løpet av disse tidsvinduene).

Noen av de viktigste resultatene av 2003-undersøkelsen i EU-medlemsstatene, søkerlandene og Norge var at:

- Cannabis er det langt vanligste illegale rusmiddelet som brukes.
- Ecstasy er det nest vanligste illegale rusmiddelet, men erfaringen med bruk av ecstasy er relativt liten.
- Erfaringen med amfetaminer, LSD og andre hallusinogener er liten.
- Selv om prevalensen av bruk er relativt lav, er "magic mushrooms" det vanligste hallusinogenet i 12 EU-medlemsstater.
- Andre stoffer som brukes av skoleelever omfatter beroligende midler og sedativer uten resept (med høyest rapporterte nasjonale nivå på 17 %) samt sniffestoffer (nasjonalt maksimum 18 %).
- 30-dagersprevalensen for overstadig drikking (definert som inntak av minst fem alkoholenheter ved samme anledning) varierer betraktelig landene imellom.

Informasjon om ESPAD og den nye rapporten finner du på ESPADs nettsted (www.ESPAD.org).

har det siden 1995 vært en kontinuerlig økning i antallet skoleelever som noen gang har prøvd cannabis ⁽²⁰⁾. Variasjonene landene imellom er imidlertid store.

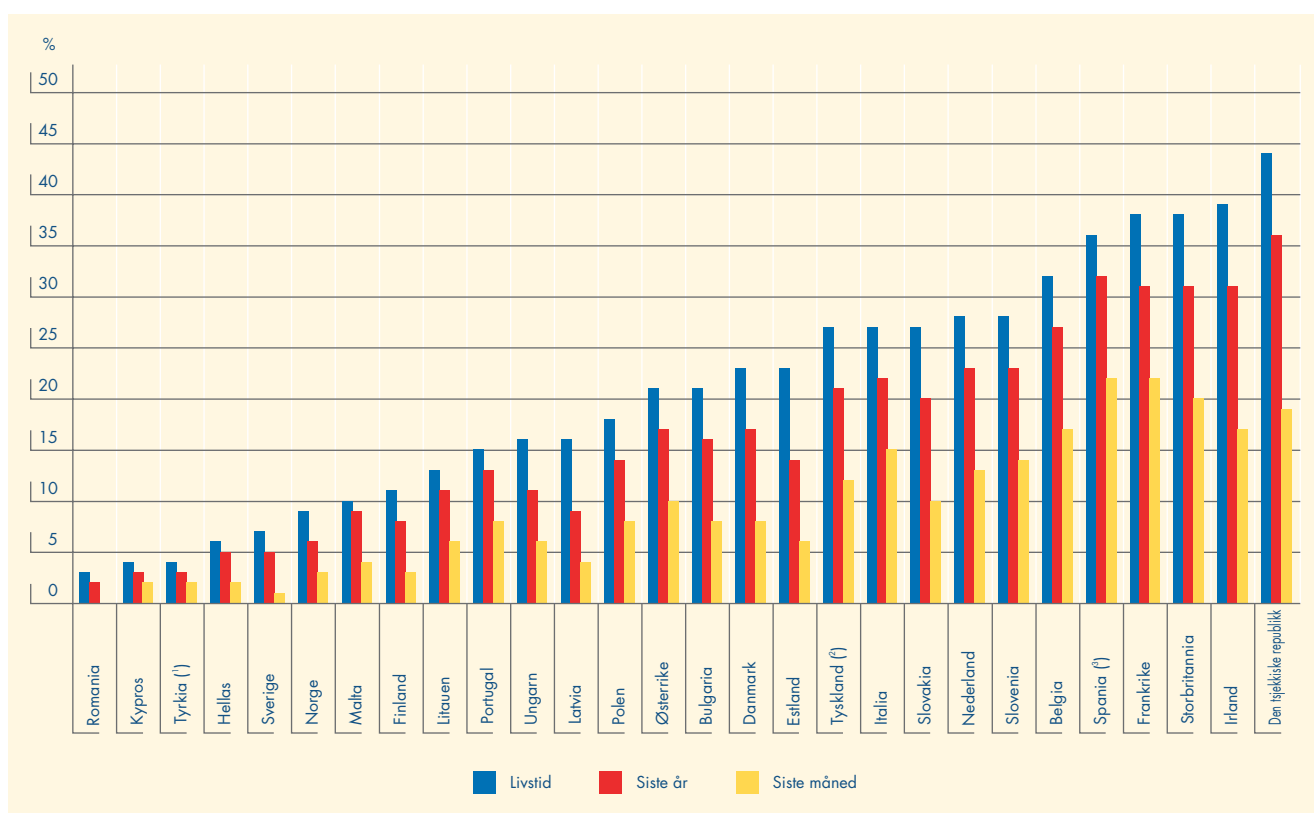
Nye data fra ESPAD-undersøkelsen i 2003 blant 15–16-årige skoleelever viser at livstidsprevalensen av cannabisbruk varierer fra 3 % til 44 %. Mellom 2 % og 36 % av skoleelevene rapporterer at de har brukt stoffet i løpet av de siste 12 månedene, mens bruk i løpet av siste måned varierer fra 0 % i noen land til 19 % i andre ⁽²¹⁾ (figur 1). Det er relative variasjoner i de ulike prevalensratene. Livstidsprevalensen er f.eks. høyest i Den tsjekkiske republikk, mens aktuell bruk (siste måned) er høyest i Spania og Frankrike (22 %).

I nesten alle land er prevalensen av cannabisbruk høyere blant gutter enn blant jenter. Kjønnsforskjellene er mer markert for de som rapporterer at de i løpet av livet har brukt cannabis 40 ganger eller mer ⁽²²⁾.

Nasjonale skoleundersøkelser gjennomført i 11 medlemsstater og Bulgaria omfattet også eldre elever (17–18 år). Livstidsprevalensen av cannabisbruk i denne aldersgruppen varierte fra under 2 % på Kypros til 56 % i Den tsjekkiske republikk, mens aktuell bruk (siste måned) av cannabis varierte fra under 1 % på Kypros til nesten 30 % i Frankrike. I alle land som gjennomførte undersøkelser, unntatt på Kypros, var anslagene over prevalens blant eldre skoleelever høyere enn anslagene for 15-16-åringer ⁽²³⁾.

Den tsjekkiske republikk hadde fra 1999 til 2003 en økning på 5 % i antallet skoleelever som rapporterte at de hadde prøvd cannabis i en alder av 13 år eller yngre. Tretten andre EU-land rapporterte om mindre økninger (1–3 %) ⁽²⁴⁾. Bare Nederland og Storbritannia rapporterte om nedgang (på 1 %).

Figur 1: Livstidsprevalens, prevalens siste år og prevalens siste måned for cannabisbruk blant 15-16-årige skoleelever i 2003



(1) Tallene for Tyrkia er basert på en storby hver i seks regioner (Adana, Ankara, Diyarbakir, Istanbul, Izmir og Samsun).

(2) Tyske data er basert på kun seks regioner (Bayern, Brandenburg, Berlin, Hessen, Mecklenburg-Vorpommern og Thüringen).

(3) Spania deltok ikke i ESPAD-undersøkelsen. Dataene som er tatt med her, er basert på en spansk undersøkelse gjennomført i november-desember 2002. Prevalensspørsmålene er sammenlignbare med spørsmålene i ESPAD, men andre sider ved metoden gjør at de spanske opplysningene ikke er direkte sammenlignbare.

Kilde: Hibell et al., 2004.

⁽²⁰⁾ Se figur EYE-1 (del ii) og EYE-1 (del ix) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²¹⁾ Se kapittel 3 for nærmere opplysninger om cannabisbruk blant skoleelever.

⁽²²⁾ Se figur EYE-1 (del iii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²³⁾ Se tabell EYE-1 og EYE-3 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²⁴⁾ Se figur EYE-1 (del vii) i Statistiske opplysninger 2005.

Ifølge en nyere Eurobarometer-undersøkelse (2004) ⁽²⁵⁾ steg antallet unge mennesker i alderen 15–24 år som oppga at de er blitt tilbudt cannabis, fra 46 % i 2002 til 50 % i 2004. I samme tidsrom steg også antallet unge mennesker som rapporterte at de kjente noen som hadde brukt cannabis, fra 65 % til 68 %.

ESPAD-undersøkelsene viser at skoleungdoms oppfatning av cannabis, både når det gjelder risikoen ved bruk og tilgjengeligheten av stoffet, er nært forbundet med livstidsprevalensen. Forholdet mellom risiko og prevalens er omvendt proporsjonalt ⁽²⁶⁾, dvs. at en oppfatning om høy risiko er forbundet med lav prevalens, og motsatt, mens en oppfatning om tilgjengelighet er direkte korrelert med livstidsprevalens av bruk ⁽²⁷⁾.

Unge mennesker i land hvor anslagene over prevalens av cannabisbruk er høyere enn gjennomsnittet, kan i stadig større grad ha tilbøyelighet til å se på cannabisbruk som "normalt". De fleste land som rapporterer forholdsvis høy livstidsprevalens av cannabisbruk, rapporterer også relativt høye anslag for "overstadig" drikking (definert som å drikke fem eller flere alkoholenheter ved samme anledning) i løpet av siste 30 dager ⁽²⁸⁾, noe som tyder på at disse to typene atferd utgjør del av en utbredt livsstil. Avvik fra dette mønsteret kan sees i Frankrike, Italia og Bulgaria, hvor cannabisbruk er relativt omfangsrikt, mens overstadig drikking er relativt lite utbredt.

Andre narkotiske stoffer

Prevalensen av bruk av ecstasy var høyere enn for amfetamin i 14 av EU- og søkerlandene som rapporterte til ESPAD-undersøkelsen i 2003 ⁽²⁹⁾. De laveste tallene for livstidsbruk av ecstasy (2 % eller mindre) ble funnet i Danmark, Hellas, Litauen, Malta, Finland, Sverige, Norge, Romania og Tyrkia. Høyere prevalensrater, fra 3 % til 4 %, ble rapportert i Belgia, Tyskland, Frankrike, Italia, Latvia, Østerrike, Polen, Portugal, Slovenia, Slovakia og Bulgaria. De landene som hadde høyest livstidsprevalens for ecstasybruk, var Den tsjekkiske republikk med 8 %, og Estland, Spania, Irland, Nederland og Storbritannia, som alle hadde 5 %.

Når det gjelder prevalensratene for de ulike tidsperiodene, var i 2003 den høyeste livstidsprevalensen for bruk av ecstasy 8 %, sammenlignet med 5 % for bruk siste 12 måneder (nylig bruk) og 2 % for bruk i løpet av siste måned (aktuell bruk).

Sammenhengende undersøkelses-serier viser at livstidsprevalensen av ecstasybruk blant 15–16-årige skoleelever generelt har økt i tidsrommet 1995–2003, og at den største økningen har funnet sted i Den tsjekkiske republikk og i de fleste nye medlemsstatene ⁽³⁰⁾. Tallene for livstidsprevalens fra ESPAD-undersøkelsen i 1999 viser imidlertid svingninger i enkelte land. Nedgangen i ecstasybruk i Storbritannia fant sted før 1999 og kan delvis tilskrives bred mediedekning av ecstasyrelaterte dødsfall i løpet av siste halvdel av 1990-tallet.

Psilocin og psilocybin – "magic mushrooms"

Psilocin og psilocybin, de psykoaktive virkestoffene i såkalte "magic mushrooms", står oppført i Vedlegg 1 til FN-konvensjonen av 1971 og er derfor underlagt kontroll i alle medlemsstater. Deres stilling i forhold til loven og i hvilken grad restriksjonene med hensyn til dyrking og konsum håndheves, varierer imidlertid fra medlemsstat til medlemsstat, dvs. at soppen kan være klassifisert som såkalt kontrollert stoff, ikke-kontrollert stoff eller kontrollert i "bearbeidet form", en kategori som rettslig sett ikke er helt klar.

ESPAD-undersøkelsen rapporterte første gang om bruk av "magic mushrooms" i 2003. Prevalensanslagene for bruk av "magic mushrooms" blant 15-16-åringer oversteg eller var lik anslagene for LSD eller andre hallusinogene stoffer, i de fleste land som deltok ⁽³¹⁾. I tillegg var livstidsprevalensen for bruk av "magic mushrooms", sammenlignet med livstidserfaring med ecstasybruk, høyere i Belgia, Tyskland og Frankrike og lik i Den tsjekkiske republikk, Danmark, Italia, Nederland og Polen. Livstidsprevalensen for bruk av "magic mushrooms" var null på Kypros, i Finland og Romania, 4 % i Tyskland, Irland og Storbritannia og 5 % i Belgia, Frankrike og Nederland. Prevalensen er høyest i Den tsjekkiske republikk (8 %). Data om trender for bruk av "magic mushrooms" finnes ikke.

Forebyggende arbeid – nye utviklinger

Enkeltmenneskets verdier og atferd påvirkes av hva de anser for å være normalt i sitt sosiale miljø, og dette gjelder særlig for unge mennesker. Hvis de betrakter eksperimentering med cannabisbruk som "normalt" og sosialt akseptabelt (forbundet med liten risiko og høy

⁽²⁵⁾ En annen Eurobarometer-undersøkelse (Eurobarometer, 2004) 'Ungdom og narkotika' ble gjennomført i 2004. Denne utvalgsundersøkelsen basert på et ikke-sannsynlighetsutvalg, omfattet 7 659 unge i alderen 15–24 år fra de 15 medlemsstatene som deltok i undersøkelsen i 2002.

⁽²⁶⁾ Se figur EYE-1 (del v) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²⁷⁾ Se figur EYE-1 (del vi) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²⁸⁾ Se figur EYE-1 (del viii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²⁹⁾ Se figur EYE-2 (del iv) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽³⁰⁾ Se figur EYE-2 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽³¹⁾ Se figur EYE-2 (del v) i Statistiske opplysninger 2005.

tilgjengelighet), kan dette ha stor innvirkning på deres verdier og atferd når det gjelder cannabisbruk (Botvin, 2000). For det forebyggende arbeidet ligger utfordringen i å gi unge mennesker sosiale og kognitive strategier til å håndtere denne påvirkningen. Det er derfor ikke realistisk å vurdere effektiviteten av det forebyggende arbeidet ut fra data om rusmiddelbruk blant unge, særlig ikke anslag over eksperimentell bruk, ettersom slike data gjenspeiler samfunnsmessige normer og ikke reell problematferd.

I stedet bør det forebyggende arbeidet evalueres ut fra en rekke utvetydige kriterier: klart definerte mål, målgrupper og tiltak fastsatt i nasjonale strategier og basert på et internasjonalt kunnskapsgrunnlag; kvalitetssikringstiltak; utarbeidelse av selektive forebyggingstiltak og familiebasert forebygging samt regulering av lovlige rusmidler med sikte på å påvirke de sosiale normene som medfører at man ser gjennom fingrene med eller tillater visse former for rusatferd.

Når det gjelder evaluering av forebyggingsstrategiene, representerer Frankrikes og Italias nye strategier en kraftig forbedring i forhold til tidligere politikk, i den forstand at de nå klarere definerer hvilken rolle det forebyggende arbeidet skal ha og viktigheten av strukturerte programmer og prioriterte innsatsområder. Nesten alle medlemsstatene tenderer mot mer strategiske tilnæringsmåter, og sårbare grupper hensyntas i økende grad i planene.

Normative og strukturelle tiltak

Kontrolltiltak mot lovlige rusmidler bidrar til å etablere et normativt grunnlag som andre forebyggende tiltak kan bygge på. Samfunnsnormer som tillater bruk av tobakk og alkohol og tolererer den innflytelsen de har på atferden, er kjente risikofaktorer for en velvillig holdning til bruk av ulovlige rusmidler (Becoña, 2002). I motsetning til hva de fleste tror, påvirkes sosiale normer mer av kontrolltiltak enn av mediekampanjer eller holdningsskapende tiltak (Hawks et al., 2002; Canning et al., 2004). Eurostat (2002) sammenlignet kontrolltiltak mot tobakk og indikatorer på røyking hos barn/ungdom i medlemsstatene i EU og fant at det er en forbindelse mellom streng tobakkskontroll (reklameforbud, aldersgrenser for kjøp, restriksjoner osv.) og røykevaner. Andelen ungdom som røyker var større i land med en forholdsvis slapp tobakkspolitikk (f.eks. Danmark, Tyskland og Storbritannia) enn i land med strengere kontroll (f.eks. Frankrike, Sverige og Norge). Man vet at effekten av forebyggende tiltak begrenses hvis de motarbeides, eller ikke støttes, av normene og politikken i samfunnet. Initiativer fra EU og WHO (Aspect Consortium, 2004) på dette området har vunnet støtte, og medlemsstatene knytter nå i økende grad

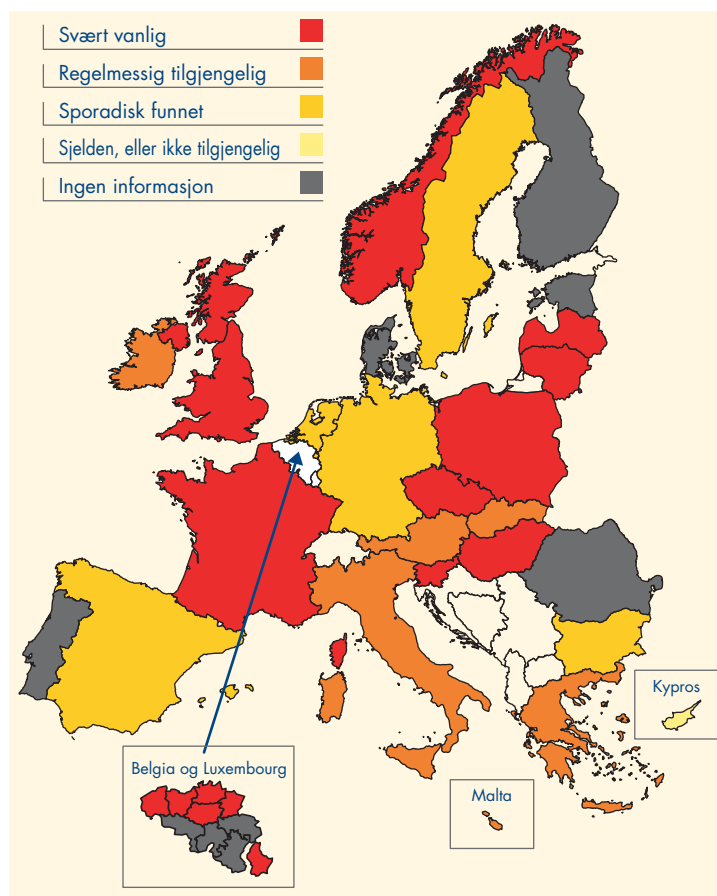
tobakksregulering opp mot det forebyggende arbeidet mot narkotika.

Skolebasert forebyggende arbeid

I alle medlemsstatene betraktes skolene som den viktigste arenaen for generelt forebyggende arbeid, og i de nasjonale strategiene blir det nå lagt betydelig større vekt på skolebasert forebyggende arbeid og den strukturerte gjennomføringen av denne tilnæringsmåten. Dette kommer til uttrykk ved at skoleverkets rusmiddelpolitikk bygges ut (figur 2), det utarbeides spesielle modulbaserte forebyggende programmer for skolene og lærernes opplæring styrkes.

Flere land enn tidligere har innført (Danmark har fått sitt første skolebaserte program for utvikling av livsferdigheter), utvidet (Tyskland) eller planlegger (Frankrike og Italia i sine nasjonale strategier) mer strukturerte forebyggende programmer. For eksempel ble forebyggende programmer gjennomført i 60 % av alle skolene i Polen i 2003.

Figur 2: Skolepolitisk utvikling



NB: Tysktalende del av Belgia = sporadisk funnet.
Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

Hellas gir et meget godt eksempel på hvordan det forebyggende arbeidet kan bevege seg bort fra tradisjonelle opplysningsbaserte og individualistiske (rådgivende) tilnæringsmåter til en reell folkehelsestrategi hvis dekning maksimeres gjennom programbaserte metoder. Antallet skolebaserte forebyggende programmer i Hellas ble mer enn doblet fra 2000 til 2003 og antallet familiebaserte programmer tredoblet i samme periode. Malta og Storbritannia har også satset mer på programbaserte tilnæringer i det forebyggende arbeidet. For eksempel søker "Blueprint Programme" å fastslå hvordan internasjonal forskning om effektiv narkotikaforebygging kan tilpasses innenfor det engelske skolesystemet. Det tar utgangspunkt i dokumentasjon som fastslår at kombinasjonen av skolebasert opplæring om narkotika med foreldreengasjement, mediekampanjer, initiativer fra lokale helsemyndigheter og partnerskap i nærmiljøet er mer effektiv enn skoleintervensjoner alene. Seks millioner pund (8,5 mill. euro) er avsatt til dette programmet over fem år ⁽³²⁾.

Overvåking og kvalitetskontroll

For å kontrollere og forbedre kvaliteten på det forebyggende arbeidet er man avhengig av å ha en meningsfull oversikt over eksisterende aktiviteter og innholdet i disse. Følgelig vektlegger medlemsstatene i økende grad overvåking av forebyggende programmer, som vi ser av de nye ordningene i Tyskland ⁽³³⁾ og Norge ⁽³⁴⁾ så vel som det ungarske forskningsprosjektet "Lys og skygge", som samlet inn informasjon om innhold, målsettinger, metoder, målgrupper og dekning av skolebaserte forebyggende programmer. Overvåking er også gjennomført i Den tsjekkiske republikk og gjennom Ginger i Flandern. Dessverre har Spania gått bort fra IDEA Prevención, som i mange år var Europas best utbygde overvåkings- og kvalitetssystem innen forebygging.

Informasjonssystemer om forebygging kan også bidra til å avdekke praksiser og programkomponenter som er lite effektive. For eksempel er enkeltstående informasjonsmøter eller foredrag av eksperter eller politiet fremdeles vanlig i mange medlemsstater, til tross for forskernes utvetydige konklusjoner at disse intervensjonene er, om ikke skadelige, så i beste fall lite effektive (Canning et al., 2004).

Bare ved systematisk registrering av forebyggende aktiviteter kan innholdet i forebyggende programmer

gjennomgås og deretter – med utgangspunkt i eksisterende kunnskap om effektivitet – rettes mot spesifikke populasjoner. Retningslinjer eller standarder for gjennomføringen av forebyggende programmer er vesentlig, særlig i land hvor det forebyggende arbeidet er svært desentralisert.

Innhold i programmer og aktiviteter

Takket være økt satsing på programbaserte metoder og forbedret, standardisert informasjonsinnsamling har det vært mulig å gjennomgå og sammenligne innhold og trender innen forebyggende politikk i hele EU. Informasjonen kommer vanligvis fra nasjonale eksperter eller ekspertgrupper som har en pålitelig oversikt over situasjonen i sitt land, noe som gjør at de kan framlegge opplysninger i en standardisert form, eller den er basert på kvantitative data om overvåkede, programbaserte intervensjoner som er tilgjengelige i enkelte medlemsstater, f.eks. Hellas og Ungarn.

For eksempel har de fleste medlemsstatene gjennomført opplæring i personlige og sosiale ferdigheter i skolene som en forebyggende metode. Blant emnene som dekkes er beslutningstaking, mestring, målsetting og selvhevdelse, kommunikasjon og det å vise empati. Denne evidensbaserte teknikken, som er hentet fra sosiale læringsteorier ⁽³⁵⁾, synes nå å være en viktig metode i de fleste medlemsstatene, selv i land som ikke har programbaserte tilnæringsmåter (Frankrike, Luxemburg og Sverige) (tabell 2). Estland oppgir utbredt bruk av en bok som gir opplæring i sosiale ferdigheter.

Informasjonsarbeidet spiller fortsatt en sentral rolle innen narkotikaforebygging i mange medlemsstater (se tabell 2). Erkjennelsen av at informasjon er av begrenset verdi når det gjelder å forebygge narkotikabruk, begynner først nå sakte å synke inn (se f.eks. Sveriges nasjonale rapport). Tilnæringsmåter som bare er basert på helseopplysning begrenser seg også bare til å påvirke kognitive prosesser, og mangler ofte konkrete komponenter som atferdstrening og trening i sosialt samspill. Disse metodene er imidlertid fremdeles utbredt i en del land, til tross for at vi i dag vet hva som er effektiv narkotikaforebygging.

Det er to forklaringer til at slike tilnæringer til narkotikaforebygging fremdeles brukes. Den ene er den instinktive og tradisjonelle antakelsen at informasjon om narkotika og risikoen forbundet med narkotikabruk i seg

⁽³²⁾ www.drugs.gov.uk/NationalStrategy/YoungPeople/Blueprint

⁽³³⁾ PrevNet (www.prevnet.de).

⁽³⁴⁾ www.forebyggingstiltak.no

⁽³⁵⁾ Atferd betraktes som resultat av sosial læring fra rollemodeller og av normer og holdninger fra "andre viktige" (Bandura, 1977). Negative holdninger til narkotikabruk og beskyttende self-efficacy kan læres eller betinges. Dette konseptet danner grunnlaget for modeller som baserer seg på bruk av jevnaldrende og den spesifikke modellen for livsferdigheter.

selv vil virke avskrekkende. Den andre forklaringen gjenspeiler en helt ny trend inspirert av arbeidet innen skadereduksjon, som er basert på troen at kognitive ferdigheter er viktigere enn atferdsbaserte metoder når det gjelder å lære ungdommer å treffe informerte beslutninger og valg i livet. De som forfekter denne teknikken, mener at atferdsbaserte tilnæringsmåter til narkotikaforebygging

som f.eks. å øke de sosiale ferdighetene, er nedlatende og demoniserer narkotikabruk (Ashton, 2003; Quensel, 2004), og at den beste metoden er å gi ungdommene nødvendige kognitive verktøyer ved å gi dem informasjon. Til tross for deres ulike tradisjoner viser begge tilnæringsmåtene at helseatferd, da særlig narkotikabruk, handler om et personlig, rasjonelt valg, mens det er en

Tabell 2: Skolebasert forebygging i Europa

	Kvalitetsstandarder/retningslinjer (*)			Personlige sosiale ferdigheter	Målsettinger	
	På plass	Obligatorisk	Forutsetning for finansiering		Primære	Sekundære
Belgia flamsktalende del	Ja	Ja	Ja	Svært vanlig	Livsferdigheter	Informasjon
Belgia fransktalende del	Ja	Ja	Ja	m.d.	Beskyttet miljø	Opplæring
Den tsjekkiske republikk	Planlagt		Ja	Svært vanlig	Selvbilde	Beskyttet miljø
Danmark	Nei			Nei	Informasjon	
Tyskland	Nei			Svært vanlig	Livsferdigheter	Informasjon
Estland	Nei			Sporadisk	m.d.	
Hellas	Ja	Ja	Ja	Svært vanlig	Livsferdigheter	Opplæring
Spania	Planlagt	Ja	Ja	Svært vanlig	Livsferdigheter	Selvbilde
Frankrike	Ja			Sjelden	Informasjon	Livsferdigheter
Irland	Ja	Ja		Svært vanlig	Livsferdigheter	Selvbilde
Italia	Ja			Regelmessig	Informasjon	Livsferdigheter
Kypros	Planlagt	Ja	Ja	Sporadisk	Beskyttet miljø	Livsferdigheter
Latvia	Planlagt			Sporadisk	Informasjon	Livsferdigheter
Litauen	Nei			Regelmessig	Informasjon	
Luxembourg	Ja		Ja	Regelmessig	Opplæring	Livsferdigheter
Ungarn	Planlagt			Regelmessig	Informasjon	Livsferdigheter
Malta	Nei			Svært vanlig	Informasjon	Livsferdigheter
Nederland	Ja			Nei	Informasjon	
Østerrike	Ja		Nei	Sporadisk	Livsferdigheter	Beskyttet miljø
Polen	Nei			Regelmessig	Livsferdigheter	Informasjon
Portugal	Ja	Ja	Ja	Sporadisk	Informasjon	Livsferdigheter
Slovenia	Planlagt			Sporadisk	Informasjon	Livsferdigheter
Slovakia	Nei			Sjelden		
Finland	m.d.			m.d.	Velferdstjenester	Informasjon
Sverige	Nei			Regelmessig	Beskyttet miljø	Sosial inklusjon
Storbritannia	Ja			Svært vanlig	Informasjon	Livsferdigheter
Norge	Nei			Regelmessig	Informasjon	Selvbilde
Bulgaria	m.d.			Sporadisk	Informasjon	Beskyttet miljø
Romania	m.d.			Sporadisk		

NB: m.d. = mangler data.
 (*) Man må huske på at det ikke finnes noen felles europeisk definisjon for "kvalitetsstandarder og retningslinjer", og at detaljnivået kan variere, noe som påvirker sammenlignbarheten.

vanlig oppfatning innen helsevitenskapene at sosiale (nabolag, jevnaldersgruppe, normer) og personlige faktorer (temperament, intellektuelle og emosjonelle ferdigheter) har større betydning når det gjelder å forme atferd i forbindelse med helse og narkotikabruk, enn læring alene.

Den feilaktige oppfatningen at narkotikabruk er normalt og sosialt akseptert blant jevnaldrende, er det viktigste kognitive elementet som kan påvirkes ved forebygging. Faktisk betyr en livstidsprevalens av cannabisbruk blant unge voksne på 30 % at mer enn to tredeler av befolkningen aldri har brukt cannabis, og at det faktisk er det som er det "normale". Og likevel, selv hvor godt dokumentert gevinsten ved teknikker som går på ungdommers normative holdninger er (Reis et al., 2000; Taylor, 2000; Cunningham, 2001; Cuijpers et al., 2002), brukes de sjelden i Europa.

Selektiv forebygging

Nasjonale narkotikastrategier og handlingsplaner nevner stadig oftere spesifikt sårbare grupper som de forebyggende tiltakene særlig bør rettes mot. Det fokuseres enda sterkere på dette i de nye medlemsstatene: Estland (skolebarn, spesialskoler), Ungarn, Kypros, Malta, Polen (forsømte barn og ungdommer fra dysfunksjonelle familier) og Slovenia.

Ettersom de sårbare gruppene som den selektive forebyggingen er rettet mot, ofte har betydelig erfaring med legale og illegale rusmidler, er de fleste selektive forebyggende intervensjonene begrenset til skreddersydd informasjon, individuell rådgivning og kreative eller sportslige alternativer. Man bør imidlertid ikke glemme at de teknikkene som brukes i de generelle forebyggende programmene som baserer seg på sosial påvirkning, ofte er like, om ikke mer, effektive innen selektiv forebygging. Normativ restrukturering (f.eks. lære at de fleste jevnaldrende er imot bruk), selvhevdelsestrening, motivering, målfastsettelse og korrigerende av myter har vist seg å være meget effektive metoder blant sårbare ungdommer (Sussman et al., 2004), men brukes sjelden i selektiv forebygging i EU. Imidlertid gis intervensjonene i rekreasjonsmiljøene (se "Forebyggende arbeid i fritidsmiljøer" s. 48) for det meste i form av målrettet informasjon.

Selektiv forebygging i skoler

Hovedfokuset for den selektive forebyggingen i skolene er kriseintervensjon og tidlig identifisering av elever med problemer. Målet er å finne løsninger på skolenivå for å unngå at elever i faresonen dropper ut eller blir utvist, og dermed forverrer sin situasjon. Programbaserte tilnæringsmåter tilbys i Tyskland, Irland, Luxemborg og

Østerrike (Leppin, 2004), mens Polen og Finland tilbyr kurs eller veiledning for lærere i hvordan de skal gjenkjenne problemer hos elever, også rusmiddelbruk, og treffe egnede tiltak. Blant de tradisjonelle individuelle tilnæringsmåtene er pedagogisk-psykologiske tjenester (som i Frankrike og på Kypros), som er basert på (egen-) henvisninger. Irland har en ny, intensiv skolevelferdstjeneste som skal samarbeide med skoler og familier i utdanningsmessig svakere stillede områder for å sikre at barna går regelmessig på skolen.

Selektive tiltak i lokalmiljøet

Selektive tilnæringsmåter i lokalmiljøet er i all hovedsak rettet mot sårbare ungdommer på gaten. I landene i Norden patruljerer foreldregrupper – "natteravnere" – gatene. Østerrike har, gjennom kurs, kvalitetssikring og felles seminarer, f.eks. for ungdomsarbeidere i rekreasjonsmiljøer, investert tungt i å forbedre balansen mellom strukturene for narkotikaforebygging, sosial trening og sosialarbeid. Målet er også å bruke ungdomsstrukturene til profesjonelle forebyggende intervensjoner. Norge satser også på samarbeid og styrker den tverrfaglige innsatsen mellom skole, barnevern og sosiale tjenester. RAR-metodene ⁽³⁶⁾ (rapid assessment and response) – rask innsamling av informasjon (statistisk) i kombinasjon med intervjuer (spørreskjemaer, fokusgrupper) og/eller observasjoner av problemområdet – brukes i disse prosjektene i Norge, så vel som i Tyskland og Nederland.

Irland, Storbritannia og i noen grad også Nederland og Portugal, har tradisjon for intervensjoner som fokuserer på høyrisikoområder. Imidlertid har også Tyskland (Stöver og Kolte, 2003, som siteres i Tysklands nasjonale rapport) og Frankrike nå foreslått tiltak på dette området. Det er nytt for disse landene å sette narkotikaforebyggende arbeid inn i spesielle geografiske områder i henhold til sosiale kriterier.

Medlemsstatene tar også i økende grad sikte på spesifikke etniske grupper i sitt selektive forebyggende arbeid (f.eks. Irland, Luxemborg, Ungarn). For eksempel er fokus på etnisitet et viktig aspekt i Ungarn, hvor romanifolket på grunn av denne folkegruppens sosiale og kulturelle særtrekk og vanskelige levekår, er svært utsatt for narkotikarelaterte problemer. Opplæring av medlemmer av gruppen selv, selvhjelpsgrupper, tilsyn, ulike forebyggende programmer og lavterskeltjenester for romanifolket drives der av frivillige organisasjoner (NGOer).

Sårbare familier

Universell, familiebasert forebygging, hovedsakelig kveldsmøter, forelesninger, seminarer og arbeidsgrupper for foreldre, er fremdeles populært i mange medlemsstater

⁽³⁶⁾ Verdens helseorganisasjon: *Retningslinjer for rask vurdering og tiltak i forbindelse med bruk av psykoaktive stoffer og særlig sårbare unge mennesker* (<http://www.who.int/docstore/hiv/Core/acknowledgements.html>).

(Tyskland, Frankrike, Kypros og Finland), selv om det ikke foreligger bevis på at de har noen effekt (Mendes et al., 2001). I Hellas, Spania, Irland og Norge har imidlertid det selektive forebyggende, familierettede arbeidet gjennomgått en interessant utvikling idet det er innført innovative konsepter som går ut over den enkelte familie/foreldre som har narkotikaproblemer og erkjenner hvilken rolle sosiale, økonomiske og kulturelle faktorer spiller for rusmiddelbruk. I Nederland konkluderte evalueringen av rusmiddelforebyggende prosjekter for innvandrerforeldre at en standardisert intervensjon iverksatt gjennom innvandrernetverkene, der man henvendte seg til kvinner og menn separat, kunne være en farbar vei (Tarweij og Van Wamel, 2004). I Norge har behandlings- eller opplæringsmetoden Parent Management Training (PMTO, Oregon-modellen), som opprinnelig var en metode for familier med barn med alvorlige atferdsforstyrrelser, blitt gjennomført og evaluert i tre kommuner. To andre land har gjennomført Iowa Strengthening Families Program (ISFP). Dette intensive familie-intervensjonsprogrammet for risikoutsatte familier kombinerer undervisningsmetoder for skolebarn (10–14 år) med et opplæringsprogram for foreldrene deres, med sikte på å forebygge rusmiddelbruk gjennom økt familiekompetanse og styrkede familieband (Kumpfer et al., 2003).

Behovet for indisert forebygging

Indisert forebygging fokuserer på individer der det er fastslått at vedkommende har risikofaktorer som

kan føre til rusmiddelproblemer, f.eks. oppmerksomhetssvikt/hyperaktivitet (ADHD). Det er bare Tyskland og Sverige som rapporterer om narkotikaforebyggende tiltak rettet mot ungdommer med ADHD. I Tyskland tyder de siste estimatene for utbredelsen av ADHD på at 2–6 % av alle i alderen 6–18 år har ADHD, noe som gjør ADHD til en av de vanligste kroniske kliniske tilstandene blant barn og ungdom. I Sverige omfatter den forebyggende strategien for disse barna kognitiv og sosial trening, og metodene sikres utbredelse gjennom opplæring av spesialister på forebyggende arbeid. Ettersom primærhelsetjenesten er i kontakt med nesten alle førskolebarn, og de aller fleste barn går på grunnskolen, bør man kunne identifisere flesteparten av de risikoutsatte barna gjennom systematisk screening og etterfølgende individualiserte intervensjoner.

Italias handlingsplan fokuserer sterkt på psykopatologiske forhold og alvorlige atferdsproblemer hos barn og ungdom som er prediktive for narkotikabruk og misbruk hvis de overses på et tidlig tidspunkt. Blant de problemene som er identifisert, er: atferdsproblemer, hyperaktivitet og oppmerksomhetssvikt, angst etterfulgt av affektive lidelser, bulimi og psykogen overvekt, personlighetsforstyrrelser, problemer med interpersonell kommunikasjon, posttraumatisk stressyndrom og panikkanfall. Både generelle og selektive forebyggende tilnæringsmåter forutsettes å kunne brukes.



Kapittel 3

Cannabis

Prevalens og mønstre

Cannabis er langt det vanligste illegale rusmiddelet som brukes i Europa. Nyere befolkningsundersøkelser viser at mellom 3 % og 31 % av alle voksne (i alderen 15–64 år) har forsøkt stoffet minst én gang (livstidsprevalens). Livstidsprevalensen er lavest i Malta (3,5 %), Portugal (7,6 %) og Polen (7,7 %) og høyest i Frankrike (26,2 %), Storbritannia (30,8 %) og Danmark (31,3 %). I de fleste landene (15 av 23 land som det foreligger informasjon om) ligger livstidsprevalensen mellom 10 % og 25 %.

Mellom 1 % og 11 % av alle voksne oppgir at de har brukt cannabis i løpet av de siste 12 månedene, med Malta, Hellas og Sverige med lavest prevalenstall, og Den tsjekkiske republikk, Frankrike, Spania og Storbritannia med høyest. De fleste landene (14) oppga prevalenstall for nylig bruk mellom 3 % og 7 %.

Et anslag over det totale antallet voksne (15–64 år) i EU sett under ett, som bruker cannabis, kan utledes av tilgjengelige nasjonale anslag. På grunnlag av dette har anslagsvis om lag 20 % av hele EUs befolkning, eller mer enn 62 millioner mennesker, forsøkt cannabis noen gang. Tallet faller til rundt 6 % for voksne, eller i overkant av 20 millioner mennesker, når det gjelder nylig bruk av cannabis (bruk siste år). Til sammenligning, i den nasjonale undersøkelsen av narkotikabruk og helse gjennomført i USA i 2003 (United States national survey on drugs and health – SAMHSA, 2003) oppga 40,6 % av alle voksne (12 år og opp) at de hadde prøvd cannabis eller marihuana minst én gang, og 10,6 % at de hadde brukt et av stoffene i løpet av de siste 12 månedene. Blant 18–25-åringene var tallet 53,9 % (livstidsprevalens), 28,5 % (siste 12 måneder) og 17 % (siste måned) ⁽³⁷⁾.

Som for andre narkotiske stoffer oppgir unge voksne gjennomgående høyere bruk. Mellom 11 % og 44 % av unge europeere i alderen 15–34 år oppgir at de noen gang har forsøkt cannabis, med lavest prevalenstall i Hellas, Portugal og Polen og høyest i Frankrike (39,9 %),

Anslag over narkotikabruk i befolkningen

Narkotikabruk i befolkningen generelt måles i spørreundersøkelser som gir estimater over hvor stor andel av befolkningen som har brukt narkotika i løpet av definerte tidsrom: livstidsbruk (eksperimentering), bruk siste 12 måneder (nylig bruk) og bruk siste 30 dager (aktuell bruk) ⁽¹⁾.

EONN har utarbeidet et sett felles "kjernepunkter" for den europeiske spørreskjema modellen ("European Model Questionnaire – EMQ) som er implementert i eller kompatibel med de fleste spørreskjemaene i EUs medlemsstater. EMQ er tatt med i en rapport på EONNs nettsted ⁽²⁾. "Livstidsbruk" kan være av begrenset verdi som indikator for nåværende situasjon blant voksne (selv om den kan være en rimelig indikator blant skoleelever), men kan sammen med andre tiltak gi kunnskaper om visse aspekter ved bruksmønstrene (fortsett eller avsluttet bruk) og generasjonsdynamikken i utbredelsen av narkotikabruk. "Bruk siste 12 måneder" gir en indikasjon på nylig narkotikabruk, selv om denne bruken ofte vil være sporadisk, og "bruk siste 30 dager" gir en indikasjon på mer aktuell bruk og vil omfatte personer som bruker stoffet hyppig.

⁽¹⁾ For mer om metoder for befolkningsundersøkelser og metoder som er brukt i den enkelte nasjonale undersøkelse, se Statistiske opplysninger 2005.

⁽²⁾ Handbook for surveys about drug use among the general population (www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1380).

Storbritannia (43,4 %) og Danmark (44,6 %). Nylig bruk ble oppgitt av 3–22 % av unge voksne, med lavest tall i Hellas, Sverige, Polen og Portugal, og høyest i Storbritannia (19,5 %), Frankrike (19,7 %) og Den tsjekkiske republikk (22,1 %), og 11 land oppgir prevalenstall for nylig bruk på mellom 7 og 15 %.

Blant 15–24-åringene i Europa hevder 9–45 % å ha prøvd cannabis, og tallet ligger i de fleste landene i området 20–35 %. Nylig bruk (siste 12 måneder) ble oppgitt av 4–32 %, i de fleste land i området 9–21 % ⁽³⁸⁾.

⁽³⁷⁾ Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og opp) er større enn aldersspredningen som er brukt av EONN i undersøkelsene i EU (15–64 år). På den annen side er aldersspredningen for unge voksne (18–25 år) mindre enn aldersspredningen som brukes i de fleste EU-undersøkelser (15–24 år).

⁽³⁸⁾ Se figur GPS-2 i Statistiske opplysninger 2005.

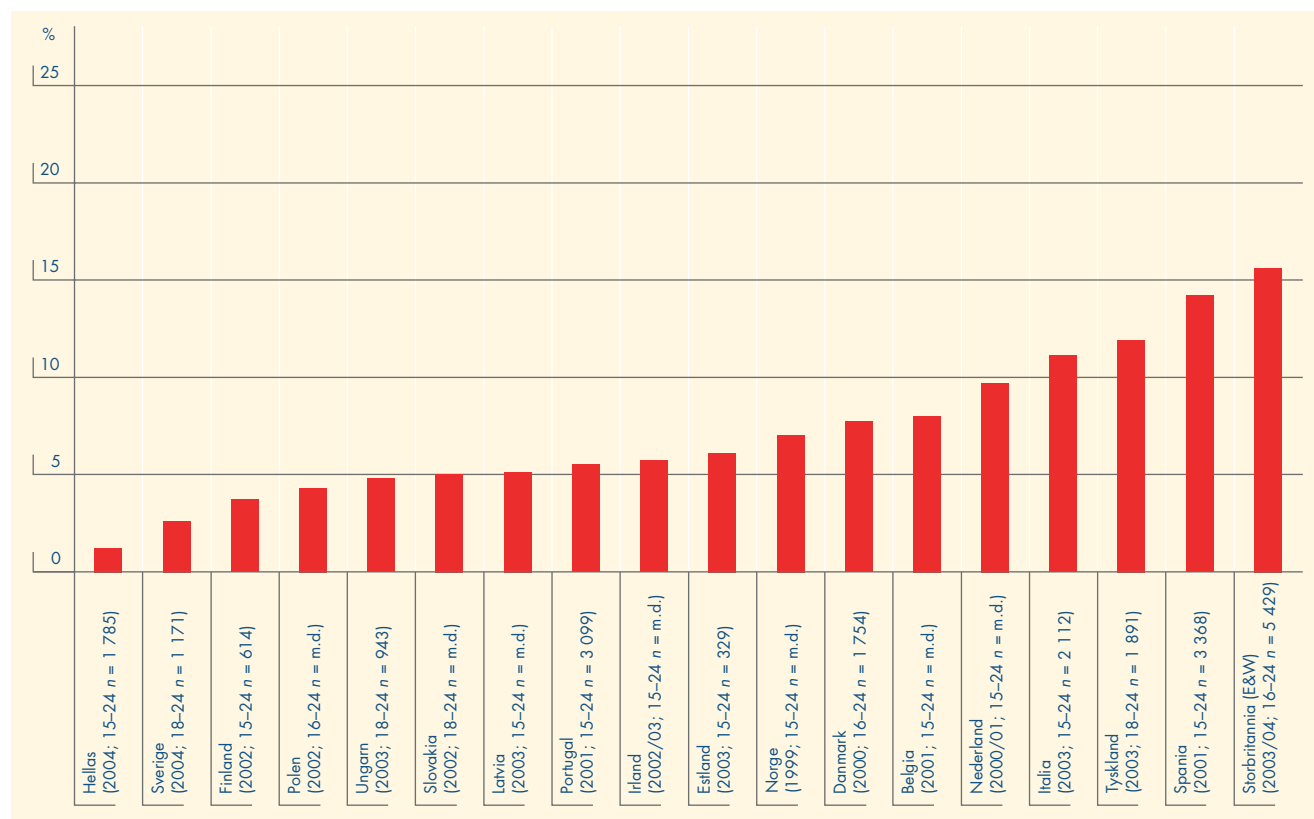
I likhet med andre illegale rusmidler er cannabisbruk klart mer utbredt blant menn enn blant kvinner, selv om denne forskjellen varierer mellom landene. Forholdet mann:kvinne når det gjelder livstidserfaring varierer fra 1,25:1 til 4:1 (1,25–4 menn pr. kvinne), og for aktuell bruk fra om lag 2:1 til 6:1. Undersøkelser tyder også på at cannabis er vanligere i urbane områder og i områder med høy befolkningstetthet. Dermed kan de registrerte nasjonale forskjellene delvis gjenspeile ulik urbaniseringsgrad, selv om det er tegn som tyder på at rekreasjonsbruk sprer seg fra urbane områder til distriktene.

Det faktum at tallene for nylig og aktuell bruk er vesentlig lavere enn tallene for bruk noen gang, tyder på at bruken av cannabis vil være mer sporadisk eller avsluttes etter en tid. I de fleste EU-landene rapporterer 20–40 % av alle voksne som noen gang har prøvd cannabis, at de har brukt stoffet i løpet av de siste 12 månedene, og om lag 10–20 % rapporterer å ha brukt det løpet av de siste 30 dagene ("fortsettelsesrate").

I nyere undersøkelser ble bruk siste måned rapportert av 0,5–9 % av alle voksne (mange land i området 2–4 %), av 1,5–13 % av unge voksne (mange land i området 3–8 %) og av 1,2–16 % av alle 15- til 24-åringer (mange land i området 5–10 %) (figur 3). Grovt regnet vil dermed 1 av 10–20 unge i Europa være en aktuell bruker av cannabis. Landene med lavest utbredelse av aktuelle brukere var bl.a. Malta, Hellas, Sverige, Polen og Finland, mens Storbritannia og Spania har høyest.

I årsrapporten for 2004 (EONN, 2004a) framkom det at frekvensen av cannabisbruk siste 30 dager tilsa at om lag en firedel (19–33 %) av de som hadde brukt cannabis siste måned, gjorde det på daglig eller nesten daglig basis⁽³⁹⁾, flesteparten unge menn. Det ble anslått at av alle 15–34-åringer i Europa brukte 0,9–3,7 % cannabis daglig, og at grovt regnet 3 millioner mennesker i Europa bruker stoffet daglig eller nesten daglig.

Figur 3: Nylig bruk (siste måned) av cannabis blant unge voksne (15–24 år), målt i nasjonale spørreundersøkelser



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale spørreundersøkelsene i hvert land. Noen land bruker en definisjon på unge voksne som avviker noe fra EONNs standarddefinisjon når det gjelder aldersspredningen. Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en viss diskrepans mellom landene.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

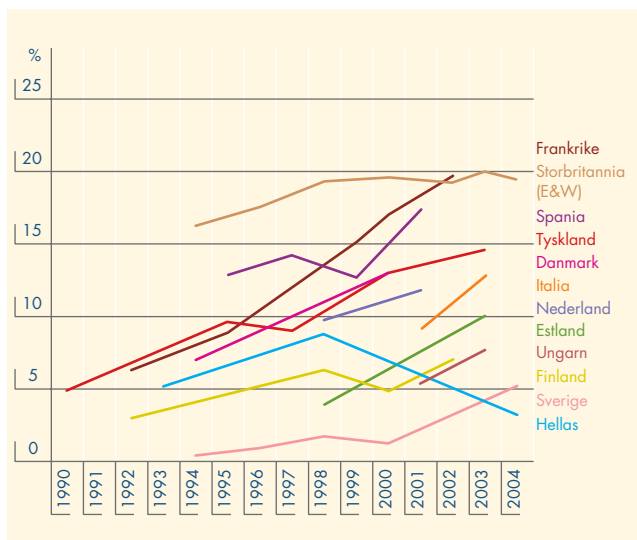
⁽³⁹⁾ Se årsrapporten for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). Informasjonen refererer til "bruk i 20 dager eller mer i løpet av siste 30 dager", også omtalt som "daglig eller nesten daglig bruk".

Trender

Fordi det finnes få sammenhengende lange serier av undersøkelser i de fleste EU-landene, er det vanskelig å identifisere rusmiddeltrender. Mange land gjennomfører påfølgende undersøkelser, men disse er ikke serier i ordets rette forstand. Til tross for økt harmonisering kan metoder og utvalgsstørrelsene variere fra en undersøkelse til en annen, og frekvensen kan være uregelmessig. Når undersøkelsene i tillegg er utført i forskjellige år i de ulike landene, blir det vanskelig å identifisere trender for Europa.

Ideelt sett bør nasjonale befolkningsundersøkelser utføres samtidig i alle medlemsstatene. Da ville det blitt mye lettere å sammenligne resultatene på nasjonalt plan (over tid) og på europeisk plan (mellom land), noe som igjen ville gjort det lettere å evaluere hva som egentlig er oppnådd med EUs handlingsplan mot narkotika. Tilgjengelige resultater fra ulike typer undersøkelser (nasjonale eller lokale spørreundersøkelser i husstandene, undersøkelser blant vernepliktige og på skoler) viser at cannabisbruken økte markant i nesten alle EU-landene i løpet av 1990-årene, særlig blant unge mennesker, og at cannabisbruken har fortsatt å øke i de senere år i enkelte land (figur 4).

Figur 4: Trender i nylig bruk (siste år) av cannabis blant unge voksne (15–34 år), målt i nasjonale spørreundersøkelser (1)



(1) Utvalgsstørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15–34 år i hvert land for det enkelte år er presentert i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005. NB: Dataene er hentet fra nasjonale spørreundersøkelser i hvert land. Figurer og metodikk som er lagt til grunn for den enkelte undersøkelse er beskrevet i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.

EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15–34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18). I Frankrike var i 1992, aldersgruppen 25–34 og i 1995, 18–39.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

I Storbritannia, som fram til 2000 hadde de høyeste tallene, har cannabisbruken blant unge voksne vært relativt stabil mellom 1998 og 2003–04, mens andre land (Frankrike og Spania (40)) tar innpå. Hellas rapporterte en nedgang fra 1998 til 2004.

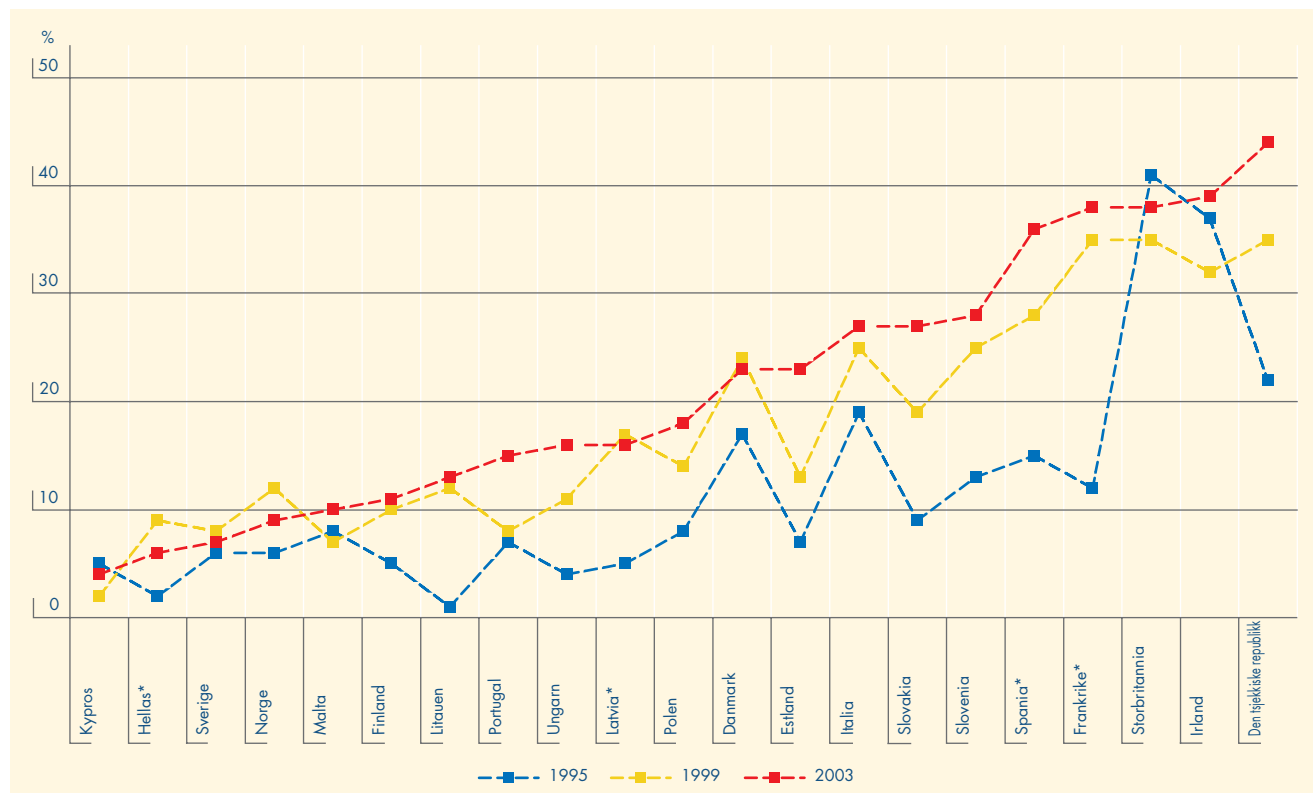
Blant de nye medlemsstatene tyder tilgjengelig dokumentasjon – hovedsakelig fra skoleundersøkelser – på at mange stater har hatt en vesentlig økning i cannabisbruken de senere årene. Dette har hovedsakelig skjedd etter midten av 1990-årene og vært konsentrert til urbane områder og menn og unge voksne. I Estland og Ungarn har påfølgende undersøkelser blant voksne gjort det mulig å identifisere nyere trender (figur 4).

En sammenligning av resultatene fra ESPAD-skoleundersøkelsene i 1995, 1999 og 2003 (Hibell et al., 2004) viser at i nesten alle medlemsstatene og søkerlandene som deltok i undersøkelsen, var livstidsprevalensen for cannabisbruk blant 15–16 år gamle skoleelever gått opp med 2 % eller mer (figur 5). I mer enn halvparten av disse landene er anslagene over utbredelsen doblet eller tredoblet siden 1995. De høyeste relative økningene fant hovedsakelig sted i de medlemsstatene i Øst-Europa som i 1995 oppga en livstidsprevalens for cannabis på under 10 %. Ingen av landene som deltok i ESPAD-undersøkelsen, hadde en kontinuerlig, merkbar nedgang i livstidsbruken av cannabis i de tre undersøkelsene.

Skoleundersøkelser viser at medlemsstatene i EU kan kategoriseres i tre grupper når det gjelder trender for rekreasjonsbruk og sporadisk bruk av cannabis. I den første gruppen (som omfatter Irland og Storbritannia) er livstidsprevalensen høy (rundt 38–39 %) men har vært stabil de siste åtte årene. Disse landene har lang tradisjon for cannabisbruk, og bruken av cannabis ble utbredt i 1980- og 1990-årene. I den andre landgruppen har livstidsprevalensen for cannabisbruk blant skoleelever økt betydelig i løpet av perioden (med inntil 26 prosentpoeng). Denne gruppen omfatter alle de nye medlemsstatene i Øst-Europa samt Danmark, Spania, Frankrike, Italia og Portugal. I den tredje gruppen er anslagene for livstidsprevalens blant skoleelever fremdeles relativt lav (rundt 10 % eller mindre). Denne gruppen omfatter medlemsstater fra både Nord- og Sør-Europa (Finland, Sverige og Norge samt Hellas, Kypros og Malta).

Blant voksne er bildet mindre klart, fordi det foreligger mindre informasjon, og den tilgjengelige informasjonen er mindre homogen, men et lignende mønster viser seg – nylig cannabisbruk (bruk siste år) ligger høyt, men stabilt i Storbritannia, mens enkelte land (f.eks. Danmark,

(40) I henhold til informasjon som kom inn for sent til å tas med i rapporten, var livstidsprevalensen blant unge voksne i Spania 20,1 % i 2003-undersøkelsen.

Figur 5: Livstidsprevalens av cannabisbruk blant 15–16-årige skoleelever, målt i ESPAD-undersøkelsen for 1995, 1999 og 2003

NB: I 1995-utgaven er det satt en stjerne ved land hvis undersøkelser ikke var direkte sammenlignbare med ESPAD-undersøkelsene. Spania deltok ikke i ESPAD-undersøkelsen. Dataene som er tatt med, er basert på en spansk undersøkelsesserie fra 1996, 1998 og 2002. Prevalensspørsmålene er sammenlignbare med spørsmålene i ESPAD, men andre sider ved metoden gjør at de spanske dataene ikke er direkte sammenlignbare.

Kilde: Hibell et al., 2004.

Tyskland, Estland, Spania og Frankrike) har hatt en betydelig økning de senere år, og andre land igjen har lavere anslag for utbredelse og mindre klare trender (f.eks. Hellas, Finland og Sverige). Nye skole- og voksenundersøkelser i de kommende 2–3 årene vil kaste mer lys over den komplekse utviklingen av narkotikatrender.

Forebygging av cannabisbruk

Bekymring i en del land omkring økende cannabisforbruk blant ungdom har ført til diskusjoner om hvorvidt narkotikatesting kan være et brukbart kontrolltiltak. Enkelte land har tatt steg i denne retningen, men narkotikatestingstiltak er fremdeles uvanlig. I Den tsjekkiske republikk har media meldt om bruk av urintester og narkotikahunder i skolen. Samtidig som det er noe støtte for disse tiltakene, konkluderte et ekspertpanel med at slike metoder ikke burde inngå i en effektiv strategi for primærforebygging. I Storbritannia tar nylig lanserte retningslinjer for skolene for seg en rekke viktige forhold som må vurderes før et slikt narkotika-testingsprogram kan gjennomføres. Blant disse er: å sikre at nødvendige

tillatelse innhentes fra foreldrene (og eleven, hvis han eller hun er myndig), vurdere om testingen er i tråd med skolens omsorgsansvar og ta i betraktning om det finnes hensiktsmessige støttetjenester tilgjengelig. Enhver beslutning om å teste elevene må være nedfelt i skolens narkotikapolitikk. EONNs nettsted har en kort rapport om narkotikatesting i skoler i EU ⁽⁴¹⁾.

Cannabis er nesten alltid inkludert i generelle (ikke-målrettede) rusmiddelforebyggende programmer. Medias oppmerksomhet på økende cannabisbruk blant ungdom, med antydning om at cannabis betraktes som stadig mer "normalt", understreker behovet for å ta for seg normative holdninger hos ungdommer. På grunn av ungdommens økende aksept av cannabis er det utviklet forebyggende programmer som er rettet mot deres holdninger til hva som er normal og akseptabel atferd. Dette temaet drøftes nærmere i kapittel 2. Mange av tiltakene går hovedsakelig ut på å informere om cannabis gjennom mediekampanjer, brosjyrer og nettsteder. Det finnes imidlertid en del interessante eksempler på selektiv forebygging, og disse finner du i EONNs database over evaluerte prosjekter innen forebygging, EDDRA ⁽⁴²⁾. Disse programmene er for

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

⁽⁴²⁾ <http://eddra.emcdda.eu.int/>

det meste rettet mot unge cannabisbrukere som har begått narkotikalovbrudd og omfatter rådgivning, personlig ferdighetstrening og et tverrfaglig støtteapparat. Eksempler på slike programmer er FRED (Tyskland), MSF-Solidarité Jeunes (Luxembourg), Ausweg (Østerrike) og kriminalitetsforebyggende ungdomsteam (YOT) i Storbritannia.

Den høye utbredelsen av cannabisbruk blant ungdom betyr at narkotikabruken ofte er et sentralt tema for alle som arbeider med barn i skolealder. En potensielt lovende selektiv skolebasert forebyggende tilnærming er Step by Step-programmet, som er innført i Tyskland og Østerrike. Ved hjelp av dette programmet kan lærerne lettere identifisere og håndtere narkotikabruk og problematferd blant elevene ⁽⁴³⁾.

Et vanskelig tema for de som arbeider med tiltak mot cannabis, er å vite hvor de skal trekke grensen mellom forebyggings- og behandlingsperspektivet. Bruken av cannabis påvirkes av jevnaldrende og av sosiale og personlige faktorer, og disse faktorene spiller en viktig rolle for den enkeltes risiko for å utvikle et langsiktig narkotikaproblem; derfor fokuserer forebyggingen ofte på disse områdene snarere enn på stoffet som sådan (Morrall et al., 2002). For eksempel viste en evaluering av Ausweg-prosjektet i Østerrike at ungdommer som fikk en første advarsel for cannabisbruk, i mindre grad enn forventet hadde personlighetsforstyrrelser, og dette viser klart at når det gjelder narkotikabruk, spiller situasjon, sosiale forhold og venner en større rolle enn individuelle psykologiske problemer (Rhodes et al., 2003; Butters, 2004). En rekke prosjekter fokuserer imidlertid på cannabis og råder ungdommene til å redusere rusmiddelbruken. Et eksempel fra Tyskland er nettstedet "Quit the Shit" (www.drugcom.de), som er et nyskapende nettbasert rådgivningsprogram for cannabisbrukere.

Behandlingsbehov i tall

Blant de totalt om lag 480 000 søknadene om behandling som ble rapportert, er cannabis oppgitt som primærrusmiddel i rundt 12 % av tilfellene, noe som plasserer stoffet på andreplass etter heroin. I løpet av åtteårsperioden 1996–2003 ble andelen cannabisklienter

av alle nye klienter som søkte behandling uansett narkotisk stoff, nesten doblet i mange land ⁽⁴⁴⁾, med en tilsvarende økning i antallet klienter. Denne analysen bør imidlertid behandles med varsomhet da den er gjort på grunnlag av data fra et begrenset antall land som kan legge fram nødvendige tidstrender for sammenligning.

Generelt er cannabis det nest hyppigst oppgitte stoffet etter heroin i rapportene om klienter som kommer til behandling for første gang ⁽⁴⁵⁾. Det er betydelige variasjoner landene imellom; cannabis oppgis av 2–3 % av alle klienter i Bulgaria og Polen, men av over 20 % av alle klienter i Danmark, Tyskland, Ungarn og Finland ⁽⁴⁶⁾. I alle land som har lagt fram data, er andelen klienter som søker behandling for cannabisbruk, høyere blant nye klienter enn blant alle klienter, på et par unntak nær, der andelen er omtrent like store ⁽⁴⁷⁾. I åtteårsperioden 1996–2003 økte andelen cannabisklienter blant alle som søkte behandling uansett narkotisk stoff, fra 9,4 % til 21,9 % ⁽⁴⁸⁾. Denne analysen er imidlertid beheftet med en del usikkerhet da tidstrendene er utarbeidet på bakgrunn av informasjon fra et begrenset antall land.

Det er langt fler menn enn kvinner blant alle narkotikabrukere i behandling. Det høyeste forholdet mann:kvinne finnes blant nye klienter som søker behandling for cannabisbruk (4,8:1). De høyeste forholdstallene mann:kvinne finner vi i Tyskland, Kypros, Ungarn og Slovakia og de laveste i Den tsjekkiske republikk, Slovenia, Finland og Sverige. Disse forskjellige landene imellom kan gjenspeile kulturelle faktorer, men muligens også forskjeller i organiseringen av behandlingstjenestene ⁽⁴⁹⁾.

Tendensen er at de som behandles for cannabisproblemer, er relativt unge – praktisk talt alle cannabisklienter som første gang kommer til behandling, er under 30 år. Det er større sannsynlighet for at tenåringer i det spesialiserte narkotika-behandlingsapparatet har et primært cannabisproblem enn klienter i andre aldersgrupper. Cannabis står for 65 % av behandlingssøknadene blant de som er yngre enn 15 år og 59 % i aldersgruppen 15–19 år ⁽⁵⁰⁾.

Det er markante forskjeller landene imellom når det gjelder hyppigheten av cannabisbruk blant nye klienter. Blant nye

⁽⁴³⁾ Se EDDRA's nettsted for ytterligere informasjon: Step by Step (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=36) og Problematisk narkotikabruk og avhengighet – tidlig påvisning og intervensjon (http://eddra.emcdda.eu.int/eddra/plsql/showQuest?Prog_ID=2088).

⁽⁴⁴⁾ Se tabell TDI-2 (del i) og TDI-3 (del iii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁴⁵⁾ Se også utvalgt aspekt om etterspørsel etter behandling for cannabis i EONNs årsrapport for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int>). For generell fordeling og trender er dataanalysen basert på klienter som søker behandling i alle behandlingssentre, og for klientprofiler og bruksmønstre på polikliniske behandlingssentre.

⁽⁴⁶⁾ Se tabell TDI-2 (del ii) og TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁴⁷⁾ Se tabell TDI-4 (del ii) og TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁴⁸⁾ Se tabell TDI-3 (del iii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁴⁹⁾ Se tabell TDI-22 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁵⁰⁾ Se tabell TDI-10 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

Indikator for etterspørsel etter behandling (treatment demand indicator – TDI)

Informasjon om antallet personer som søker behandling for et narkotikaproblem, gir ikke bare nyttige opplysninger om generelle trender for problematisk bruk av narkotika, men også om hvordan behandlingen er organisert og hvordan dekningen er i Europa. EONNs indikator for etterspørsel etter behandling (TDI) ⁽¹⁾ ⁽²⁾ gir en enhetlig struktur for rapportering av antall og karakteristika for klienter som henvises til narkotikabehandling. Selv om TDI-opplysninger nok gir et rimelig solid og nyttig bilde av hva som kjennetegner klientene som er henvist til spesialiserte rusmiddeljenester, må man av mange tekniske grunner være forsiktig med å ekstrapolere funnene til klientellet for rusmiddeljenestene som sådan. Særlig varierer antallet land som rapporterer hvert år, og trendene som identifiseres på europeisk plan må derfor tolkes med forsiktighet. I tillegg bør det tas i betraktning at datadekningen kan variere fra land til land (data om enheter som dekkes er gitt i Statistiske opplysninger), og at dataene om etterspørsel etter behandling til dels gjenspeiler i hvilken grad det enkelte land har bygget ut behandlingstilbudet.

For å gjøre det lettere å tolke og sammenligne data om etterspørsel etter behandling, bør følgende punkter tas i mente:

- Klienter som påbegynner behandling for narkotikabruk for første gang omtales som "nye klienter". Denne

gruppen betraktes analytisk sett som viktigere som indikator for trendene for narkotikabruk. Analysene gjelder også alle klienter, en gruppe som omfatter nye klienter i tillegg til alle de som har avbrutt eller avsluttet behandlingen i et tidligere år og gjenopptatt behandlingen i rapporteringsåret. Data om klienter som i løpet av rapporteringsperioden fortsatte med behandling påbegynt et tidligere år, uten avbrudd, er ikke registrert.

- To slags data er innsamlet: summariske data om alle typer behandlingssentre og detaljerte data etter typen av senter (polikliniske behandlingssentre, døgnbehandling, lavterskel rusmiddeljenester, allmennleger, behandlingssenheter i fengsel, andre typer). For de fleste landene er imidlertid dataene sparsommelige for de ulike typene av senter utenom polikliniske behandlingssentre og døgnbehandling. Derfor er analysen ofte begrenset til polikliniske behandlingssentre, som har best datadekning.
- Kvalitativ og kontekstuell informasjon fra nasjonale Reitox-rapporter for 2004 er også tatt med for å gjøre det lettere å tolke TDI-dataene.

⁽¹⁾ For ytterligere opplysninger, se EONNS nettside om etterspørsel etter behandling (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1420>) og lenke til Pempidou-gruppens og EONNs felles protokoll for indikator for etterspørsel etter behandling, versjon 2.0.

⁽²⁾ For nærmere opplysninger om datakilder etter land, se tabell TDI-1 i Statistiske opplysninger 2005.

cannabisbrukere er det Danmark og Nederland som har de høyeste andelene av daglige cannabis klienter, mens vi finner de høyeste andelene av rekreasjonsbrukere eller personer som ikke har brukt cannabis siste måned forut for behandling, i Tyskland og Hellas ⁽⁵¹⁾, noe som sannsynligvis gjenspeiler forskjeller i praksis når det gjelder henvisning til behandling. I Tyskland bruker om lag en tredel av nye cannabis klienter stoffet bare sporadisk eller har ikke brukt det siste måned forut for behandling, mens denne gruppen andre steder utgjør 11 % av klientene, og om lag 60 % bruker det daglig.

Beslag og markedsinformasjon

Produksjon og handel

I 2003 var cannabis fortsatt det illegale rusmiddelet som ble produsert og omsatt i størst mengder på verdensbasis. Den globale spredningen av cannabisproduksjonen og problemene med å overvåke den, gjør det imidlertid

vanskelig å beregne hvor stor produksjonen egentlig er (UNODC, 2003a).

Storskalaproduksjon av cannabis harpiks skjer hovedsakelig i noen få land, da særlig Marokko, mens handel skjer i svært mange land (CND, 2004, 2005). På bakgrunn av en oversikt over cannabisproduksjonen i Marokko utført av UNODC og Marokkos regjering (2003), er det beregnet at Rif-regionen i 2003 sto for om lag 40 % av den globale produksjonen av cannabis harpiks (INCB, 2005). Det meste av cannabis harpiksen som brukes i EU, kommer fra Marokko og smugles inn i Europa hovedsakelig over den iberiske halvøy, selv om Nederland er et annet viktig distribusjonssenter for videre transport til EU-landene (Bovenkerk og Hogewind, 2002). Andre land som nevnes som opprinnelsesland for cannabis harpiks beslaglagt i EU i 2003, er Albania, Afghanistan, Iran, Pakistan, Nepal og India (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; INCB, 2005).

Produksjonen av cannabisplanter brer stadig om seg i verden, og den potensielle produksjonen er beregnet til

⁽⁵¹⁾ Se tabell TDI-18 (del iv) i Statistiske opplysninger 2005.

Talking av beslags- og markedsdata

Antallet narkotikabeslag i et land betraktes gjerne som en indirekte indikator på tilbud og tilgjengelighet av narkotika, selv om de også gjenspeiler politiets ressurser, prioriteringer og strategier, og likeledes i hvilken grad nasjonale og internasjonale tilbudsreducerende tiltak virker inn på omsetningsleddene. Mengdene som beslaglegges kan variere fra år til år, f.eks. hvis noen av beslagene et år er svært store. Av denne grunn betrakter mange land antallet beslag som en bedre indikator på trender. I alle land omfatter antallet beslag en stor del små beslag på detaljnivå. De beslaglagte stoffenes opprinnelse og destinasjon kan gi en indikasjon på smuglerruter og produksjonsområder, men denne informasjonen er ikke alltid kjent. De fleste medlemsstatene i EU rapporterer om renhet og pris på stoffene på detaljnivå. Opplysningene kommer imidlertid fra en rekke ulike kilder som ikke alltid er sammenlignbare eller pålitelige, og dette gjør det vanskelig å foreta nøyaktige sammenligninger landene imellom.

minst 40 000 tonn (CND, 2005). Cannabisplantene som i 2003 ble beslaglagt i EU rapporteres å komme fra en rekke land, blant annet Nederland og Albania, men også land i Afrika (Malawi, Sør-Afrika, Nigeria) og USA (nasjonale Reitox-rapporter, 2004). I tillegg dyrkes og produseres cannabisprodukter (innen- eller utendørs) lokalt i nesten alle medlemsstatene i EU (nasjonale Reitox-rapporter, 2004).

Beslag

I 2003 ble det på verdensbasis beslaglagt totalt 1 347 tonn cannabisharpiks og 5 821 tonn cannabisplanter. Vest- og Sentral-Europa (70 %), Sørvest-Asia og Nær- og Midtøsten (21 %) gjorde de

største beslagene av cannabisharpiks, mens de største beslaglagte kvantaene av cannabisplanter var konsentrert i Nord- og Sør-Amerika (68 %) og Afrika (26 %) (CND, 2005). Når det gjelder antallet beslag, var cannabis det stoffet som hyppigst ble beslaglagt i alle landene i EU, med unntak av Estland og Latvia, hvor antallet amfetaminbeslag var høyere i 2003. Cannabis er også det stoffet som beslaglegges i størst mengder i EU, selv om en del land i 2003 rapporterer om større beslag av andre stoffer – amfetamin i Estland og Luxemburg, heroin i Ungarn og kokain i Polen. Historisk sett skjer de fleste cannabisbeslagene i EU i Storbritannia, etterfulgt av Spania og Frankrike, og dette er nok fremdeles tilfellet ⁽⁵²⁾. De siste fem årene har imidlertid Spania stått for over halvparten av de totale mengdene som er beslaglagt i EU. På EU-nivå har antallet cannabisbeslag ⁽⁵³⁾ vist en mer eller mindre oppadgående trend siden 1998, selv om ufullstendig datarapportering fra et par land gjør dette usikkert, samtidig som de beslaglagte kvanta ⁽⁵⁴⁾ synes å ha gått opp siden 2000.

Pris og styrke

I 2003 varierte den gjennomsnittlige prisen på cannabisharpiks i Den europeiske union fra 1,4 euro pr. gram i Spania til 21,5 euro pr. gram i Norge, mens prisen på cannabisplanten varierte fra 1,1 euro pr. gram i Spania til 12 euro pr. gram i Latvia ⁽⁵⁵⁾.

Styrken på cannabisproduktene avhenger av innholdet av tetrahydrocannabinol (THC), som er det viktigste virkestoffet. I 2003 ble cannabisharpiksen på detaljnivå i land som har tilgjengelige data, oppgitt til å ha et gjennomsnittlig THC-innhold fra under 1 % (Polen) til 25 % (Slovakia), mens styrken på cannabisplanten varierte fra 1 % (Ungarn, Finland) til 20 % (hjemmedyrket i Nederland) ⁽⁵⁶⁾.

⁽⁵²⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2003 når disse foreligger. Data om antallet cannabisbeslag i 2003 manglet for Italia, Kypros, Nederland og Romania; data om både antallet cannabisbeslag og beslaglagte cannabiskvanta i 2003 manglet for Irland og Storbritannia.

⁽⁵³⁾ Se tabell SZR-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁵⁴⁾ Se tabell SZR-2 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁵⁵⁾ Se tabell PPP-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁵⁶⁾ Se tabell PPP-5 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.



Kapittel 4

Amfetaminlignende stoffer, LSD og andre syntetiske stoffer

Når det gjelder utbredelse av bruk, oppgir de aller fleste landene en eller annen form for syntetiske rusmidler som det nest vanligste stoffet. Bruken av disse stoffene i befolkningen generelt er typisk lav, mens utbredelsen i yngre aldersgrupper er betydelig høyere og kan være spesielt høy i enkelte sosiale sammenhenger og/eller visse subkulturer.

Blant syntetiske stoffer som brukes i Europa, er både sentralstimulerende og hallusinogene stoffer. Av sistnevnte er lysergsyredietylamid (LSD) det mest kjente, men de generelle forbruksnivåene har vært lave og ganske stabile i lengre tid. Det er tegn på økende interesse for naturlig forekommende hallusinogener, noe vi omtaler annetsteds i rapporten.

Begrepet amfetaminlignende stoffer (amphetamine-type stimulants – ATS) brukes om både amfetamin- og ecstasygruppen av narkotika. Amfetamin er et fellesnavn som brukes til å beskrive en rekke kjemisk beslektede narkotiske stoffer som stimulerer sentralnervesystemet, hvorav de to viktigste på det illegale narkotikamarkedet i Europa, er amfetamin og metamfetamin. Av disse er amfetamin det langt lettest tilgjengelige stoffet, selv om metamfetaminbruken også øker. På det nåværende tidspunkt synes bruken av metamfetamin å være begrenset til Den tsjekkiske republikk, men sporadiske rapporter fra andre steder tilsier at utviklingen må følges nøye, fordi dette er et stoff som er kjent for å være forbundet med en rekke alvorlige helseproblemer.

Det mest kjente stoffet i ecstasygruppen er 3,4-metylendioksymetamfetamin (MDMA), men det er også påvist nære analoger i ecstasytabletter. Disse stoffene omtales av og til som entaktogener, som betyr "medfører berøring innenfra", og omfatter syntetiske stoffer som er kjemisk beslektet med amfetaminer, men som har en noe ulik virkning, da de kombinerer noen av virkningene som mer typisk finnes i hallusinogene stoffer.

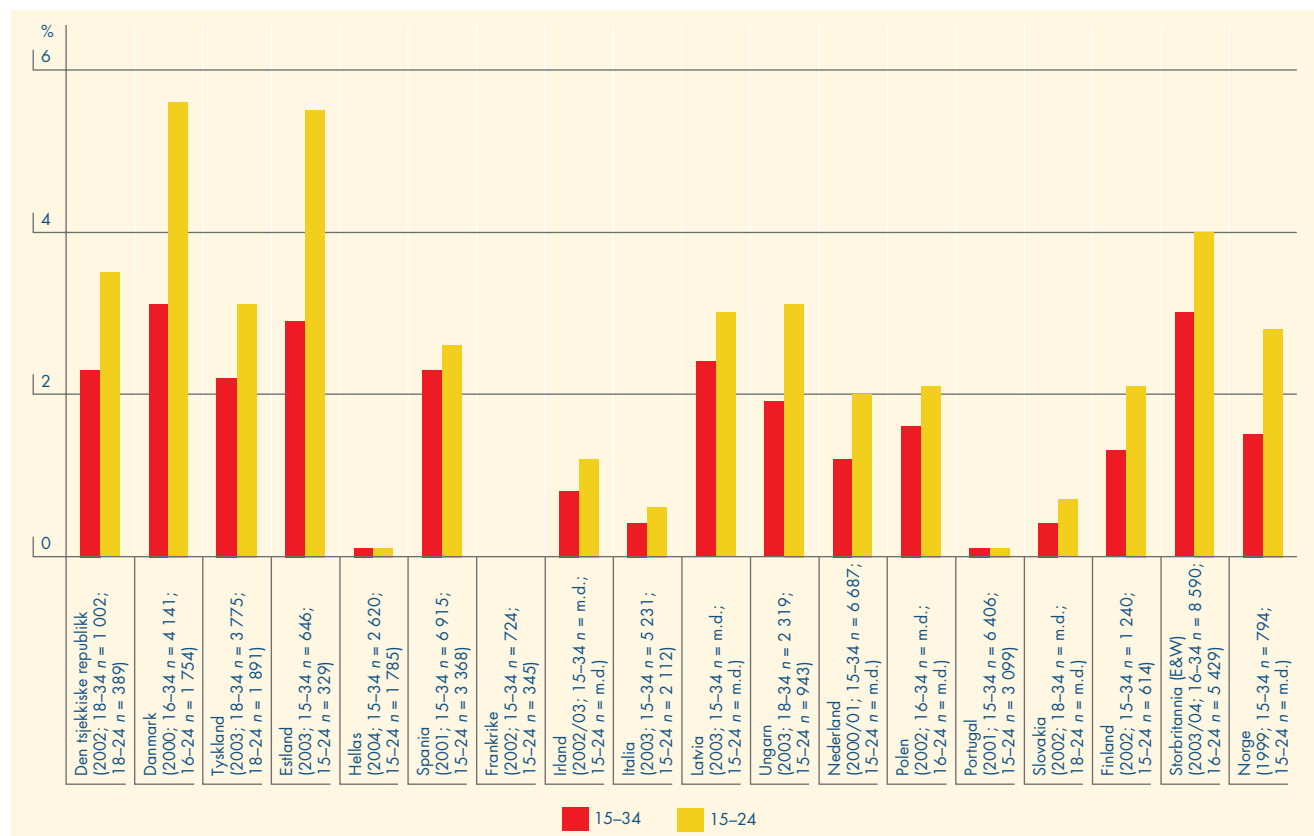
Prevalens og bruksmønstre

Tradisjonelt har befolkningsundersøkelser vist at nest etter cannabis er amfetamin det oftest brukte illegale rusmiddelet, men amfetaminbruk er generelt klart mindre utbredt enn bruk av cannabis. Dette mønsteret synes å være i endring i mange land, og ecstasy tar over for amfetaminer og inntar annenplassen etter cannabis både i nyere generelle befolkningsundersøkelser og skoleundersøkelser. For eksempel fant ESPAD-skoleundersøkelsen i 2003 (Hibell et al., 2004) at estimatene for livstidsprevalens av ecstasybruk var høyere enn estimatene for amfetaminbruk i 14 av landene i EU, Norge og søkerlandene ⁽⁵⁷⁾. Imidlertid er det viktig å huske at ecstasy ble populært på 1990-tallet, mens amfetaminbruk har en lengre historie. Dette ser vi igjen i nyere undersøkelser blant voksne, som viser høyere tall for livstidserfaring med bruk av amfetamin i 11 land og for ecstasy i 10 land, men høyere tall for nylig bruk (siste 12 måneder) av ecstasy i 15 land og for amfetamin i bare fem land (i to land var samme tall oppgitt).

Ifølge nyere undersøkelser varierer livstidserfaringen med amfetaminbruk blant alle voksne (15–64 år) i medlemsstatene i EU fra 0,1 % til 6 % unntatt i Storbritannia, der tallet er så høyt som 12 %. Nylig bruk er betydelig lavere, og varierer fra 0 % til 15 %, med Danmark, Estland og Storbritannia i den øvre enden av skalaen.

Et lignende bilde avtegner seg for gruppen unge voksne (15–34 år) i befolkningsundersøkelser; livstidserfaringen med bruk av amfetamin varierer fra 0,1 % til 10 % – Storbritannia oppgir eksepsjonelt høye 18,4 %. Nylig bruk varierer fra 0 % til 3 %, igjen med Danmark, Estland og Storbritannia i den øvre enden av skalaen (figur 6). Selv om tallene for livstidsbruk er betydelig høyere i Storbritannia enn i andre land, er prevalensen av nylig amfetaminbruk (bruk siste 12 måneder) veldig lik tallene som ble oppgitt av andre land, og fortsetter generelt å gå ned.

⁽⁵⁷⁾ Se figur EYE-2 (del iv) i Statistiske opplysninger 2005.

Figur 6: Nylig bruk (siste år) av amfetamin blant unge voksne i utvalgte aldersgrupper, 15–34 og 15–24, målt i befolkningsundersøkelser

NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale spørreundersøkelsene i hvert land (se tabell GPS-4 for aldersgruppen 15–34). Noen land bruker en definisjon på unge voksne som avviker noe fra EONNs standarddefinisjon når det gjelder aldersspredningen. Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en viss diskrepans mellom landene.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

ESPAD-undersøkelsene fra 2003 gir også nye data om amfetaminbruken blant 15-16-åringene⁽⁵⁸⁾. Livstidsprevalensen for amfetaminbruk varierer fra under 1 % til 7 %, og de høyeste nasjonale anslagene for nylig og aktuell bruk (siste 30 dager) av stoffet er hhv. 4 % og 3 %.

Om lag 0,2–6,5 % av den voksne befolkningen har noen gang prøvd ecstasy; for de fleste land 1–4 %. Nylig bruk rapporteres av 0–2,5 % av alle voksne. Den tsjekkiske republikk, Spania og Storbritannia har de høyeste prevalenstallene.

Blant unge voksne (15–34 år) oppgir 0,6–13,6 % erfaring med bruk av ecstasy. Nylig bruk (prevalens siste 12 måneder) rapporteres av 0,4–6 %. Den tsjekkiske republikk, Estland, Spania og Storbritannia har de høyeste prevalenstallene (figur 7).

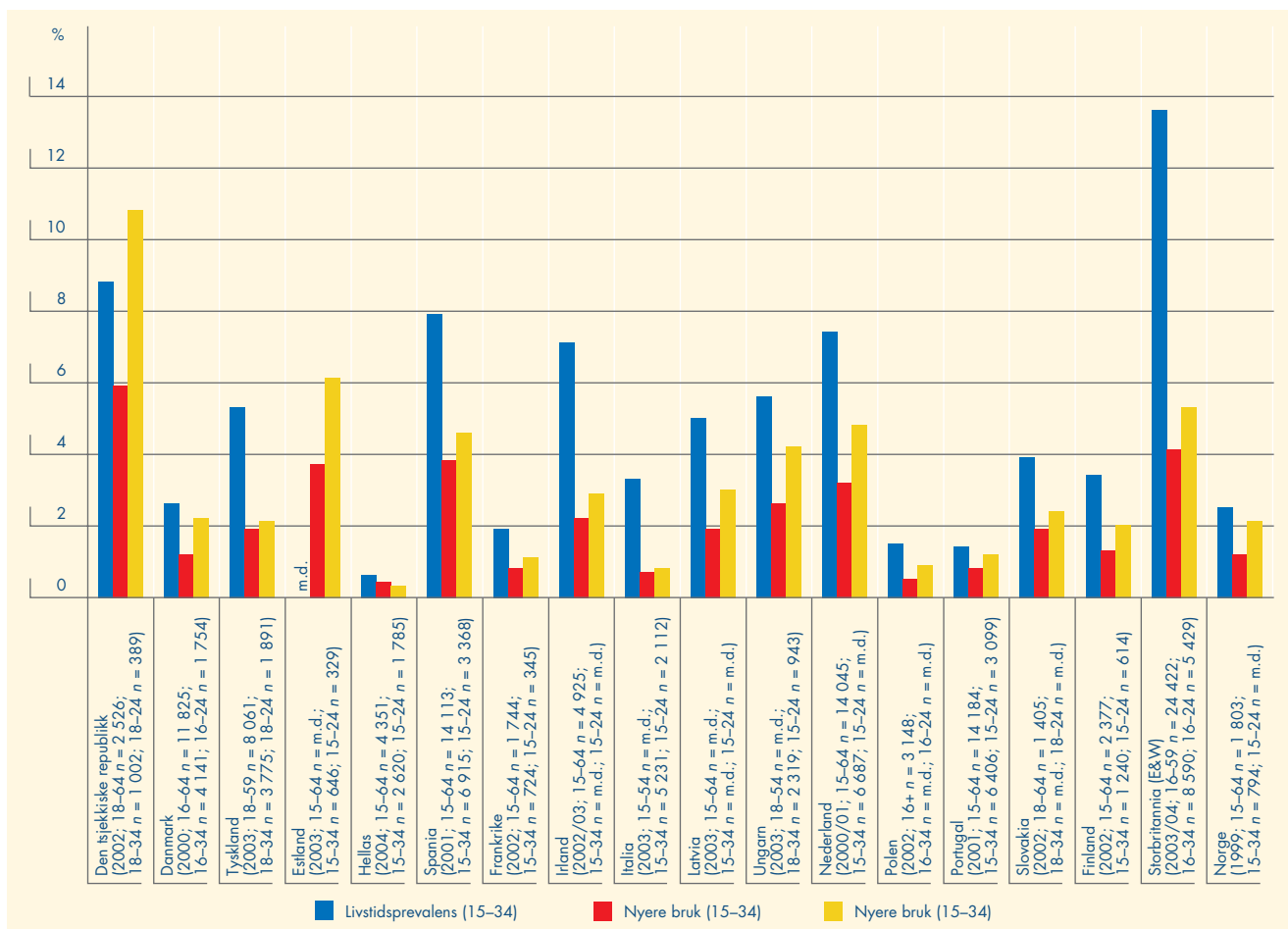
Ettersom bruk av ecstasy hovedsakelig er et ungdomsfenomen, er det nyttig å analysere prevalensen blant 15–24-åringene og 15-16-åringene. I aldersgruppen 15–24 år varierer livstidsprevalensen fra 0,4 % til 13 %,

og tallene for nylig bruk fra 0,3 % til 11 %. Videre er narkotikabruk i denne aldersgruppen mer utbredt blant menn enn blant kvinner, idet de fleste landene oppgir en livstids erfaring blant 15–24-årige menn på 4–16 % og nylig bruk hos menn på 2–8 %. Tallene for aktuell bruk (bruk siste 30 dager), som inkluderer regelmessig bruk, ble oppgitt av syv land og varierte fra 2 % til 5 %, noe som tilsier at 1 av 20–50 menn i alderen 15–24 år bruker ecstasy regelmessig. Disse tallene vil sannsynligvis være høyere i urbane områder, særlig hos personer som går på diskoteker, klubber og dance-tilstelninger (Butler og Montgomery, 2004).

Estimater over utbredelsen av ecstasybruk er betydelig lavere for 15–16 år gamle skolelever enn for 15–24-åringene. Livstidsprevalensen av ecstasy blant skoleelevene i undersøkelsen varierer fra 0 % til 8 %, med enda lavere tall for nylig bruk (0–4 %) og aktuell bruk (0–3 %). I de fleste landene ligger estimatene for aktuell bruk mellom 1 % og 2 %, med liten forskjell mellom kjønnene (Hibell et al., 2004).

⁽⁵⁸⁾ Se kapittel 2 for en detaljert analyse av resultatene av ESPAD-skoleundersøkelsen fra 2003.

Figur 7: Livstidsprevalens og nylig bruk (siste år) av ecstasy blant unge voksne i utvalgte aldersgrupper, 15–34 og 15–24, målt i befolkningsundersøkelser



NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale spørreundersøkelsene i hvert land (se Statistiske opplysninger 2005, tabell GPS-2 for livstidsprevalens og GPS-4 for nyere bruk i aldersgruppen 15–34 år). Noen land bruker en definisjon på unge voksne som avviker noe fra EONNs standarddefinisjon når det gjelder aldersspredningen. Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en viss diskrepans mellom landene.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

Til sammenligning viste den nasjonale undersøkelsen i 2003 om narkotikabruk og helse i USA (SAMHSA, 2003) at 4,6 % av alle voksne (12 år og opp) oppga livstidserfaring med ecstasy og 0,9 % oppga nylig bruk. Blant 18–25-åringene i samme undersøkelse rapporterte 14,8 % om livstidserfaring, 3,7 % om nylig bruk og 0,7 % om aktuell bruk (siste måned)⁵⁹.

Trender

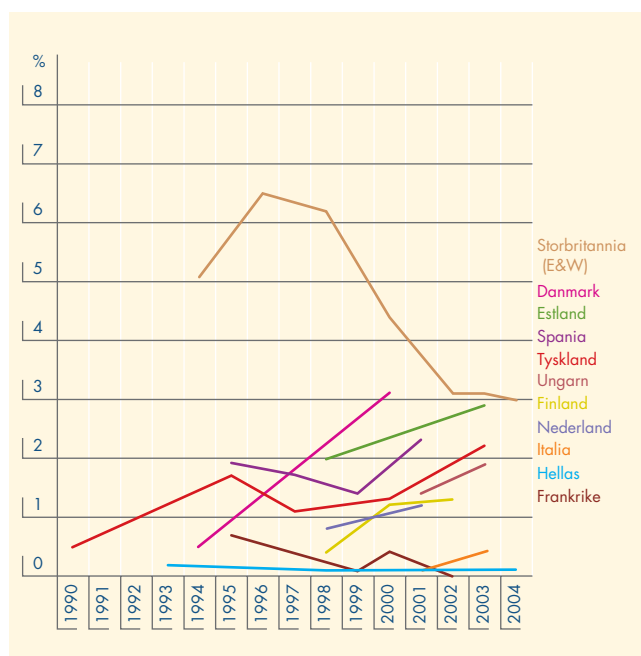
Befolkningsundersøkelsene viser en økning i nylig bruk av amfetamin (figur 8) og ecstasy (figur 9) blant unge voksne i de fleste land som har informasjon fra serier av undersøkelser. Når det gjelder ecstasy, er unntakene Tyskland og Hellas, hvor nivåene ikke er økt, og Storbritannia, hvor bruken av disse stoffene

nylig har stabilisert seg (2002–03), om enn på relativt høye nivåer (figur 9).

Som nevnt tidligere er i mange land bruken av ecstasy mer utbredt enn bruken av amfetamin, men dette betyr ikke at det har vært noen nedgang i amfetaminbruken. I de fleste landene som kunne legge fram informasjon fra serier av undersøkelser, har bruken av amfetamin (nylig bruk blant unge voksne) faktisk økt. Et unntak å merke seg er Storbritannia, der en betydelig reduksjon i amfetaminbruken er observert etter 1998. Dette kan forklare hvorfor utbredelsen av livstidserfaring er høy sammenlignet med de mer moderate nivåene av nylig bruk som er registrert. Det kan spekuleres i om minskningen i amfetaminbruk til en viss grad kompenseres av en økning i bruken av kokain og ecstasy (se figur 8 og 9).

⁵⁹ Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og opp) er større enn aldersspredningen som er brukt av EONN i undersøkelsene i EU (15–64 år). På den annen side er aldersspredningen for unge voksne (18–25 år) mindre enn aldersspredningen som brukes i de fleste EU-undersøkelsene (15–24 år).

Figur 8: Trender for nylig bruk (siste år) av amfetamin blant unge voksne (15–34 år), målt i befolkningsundersøkelser (1)



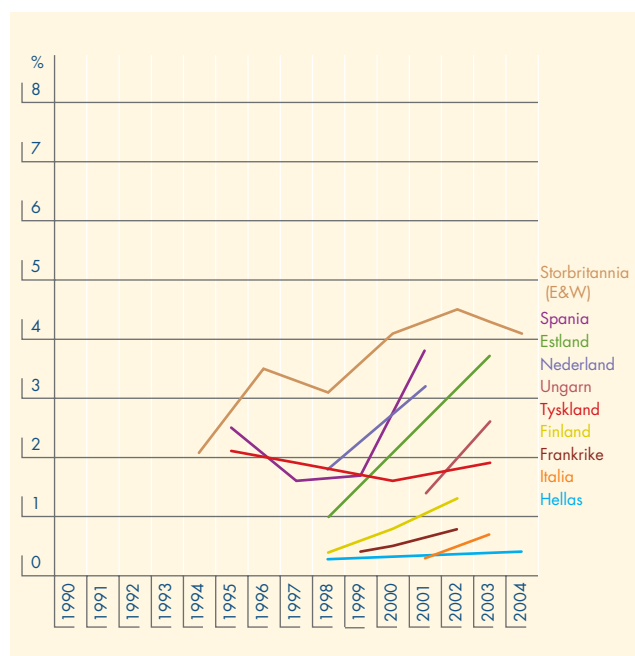
(1) Utvalgsstørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15–34 år i hvert land for det enkelte år er presentert i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.
 NB: Dataene er hentet fra nasjonale spørreundersøkelser i hvert land. Figurer og metodikk som er lagt til grunn for den enkelte undersøkelse, er beskrevet i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.
 EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15–34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18). I Frankrike var aldersgruppen 18–39 i 1995.
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

Behandlingsbehov i tall

Bruk av amfetaminlignende stoffer (ATS) er sjelden den viktigste årsaken til narkotikabehandling. Det er imidlertid et par unntak: I Den tsjekkiske republikk, Finland og Sverige står ATS – og da amfetamin mer enn ecstasy – for noe mellom 18 % og over 50 % av den totale primære behandlingsbehovet. I Den tsjekkiske republikk gjelder over 50 % av alle søknader om behandling primært et problem med metamfetamin. Det samme er tilfelle for nye søknader også i Slovakia (60). 11 % av alle nye klienter i Europa som søkte behandling og ga opplysninger, oppgir amfetaminlignende stoffer som sekundærrusmiddel (61).

Hvis vi sammenligner data for 2002 og 2003, ser vi at den oppadgående trenden i antallet brukere av ATS vedvarte (+3,5 %), for fra 1996 til 2003 økte antallet

Figur 9: Trender for nylig bruk (siste år) av ecstasy blant unge voksne (15–34 år), målt i befolkningsundersøkelser (1)



(1) Utvalgsstørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15–34 år i hvert land for det enkelte år er presentert i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.
 NB: Dataene er hentet fra nasjonale spørreundersøkelser i hvert land. Figurer og metodikk som er lagt til grunn for den enkelte undersøkelse, er beskrevet i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.
 EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15–34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18).
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

klienter som søkte behandling for ATS fra 2 204 til 5 070 i 12 EU-land.

Av alle nye klienter som søkte behandling for ATS ved polikliniske behandlingssentre, brukte 78,5 % amfetamin og 21,4 % MDMA (ecstasy) (62). Den høyeste andelen ecstasyklienter er i Ungarn, Nederland og Storbritannia.

Nesten en tredel av alle ATS-brukere som søkte behandling, var i alderen 15–19 år og en tredel mellom 20 og 24 år (63). De fleste ATS-klientene bruker stoffet for første gang når de er mellom 15 og 19 år gamle (64).

For ATS-klientene i behandlingsapparatet er tallene for sporadisk og daglig bruk like store. I landene der andelen amfetamin-klienter er høyere, bruker de fleste klientene stoffet 2–6 ganger i uken (65).

(60) Se tabell TDI-4 (del ii) og TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

(61) Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2005.

(62) Se tabell TDI-23 i Statistiske opplysninger 2005.

(63) Se tabell TDI-11 (del i) og TDI-11 (del v) i Statistiske opplysninger 2005.

(64) Se tabell TDI-10 (del i) og TDI-10 (del v) i Statistiske opplysninger 2005.

(65) Se tabell TDI-18 (del iii) i Statistiske opplysninger 2005.

Den vanligste inntaksmetoden for amfetamin og ecstasy er peroralt (58,2 %), men rundt 15 % av klientene injiserer stoffet. I noen land er over 60 % av ATS-klientene aktuelle sprøytebrukere av amfetamin (Den tsjekkiske republikk og Finland) ⁽⁶⁶⁾.

Ecstasyrelaterte dødsfall

Sammenlignet med opiatrelaterte dødsfall forekommer ecstasyrelaterte dødsfall forholdsvis sjelden, selv om antallet i enkelte land likevel ikke er ubetydelig og kartleggingen kunne vært bedre. Beskrivelsen "ecstasyrelatert dødsfall" kan innebære at ecstasy er nevnt på dødsattesten eller ble funnet i den toksikologiske analysen (ofte sammen med andre rusmidler) ⁽⁶⁷⁾.

Selv om rapporteringen ikke er harmonisert, tyder data fra nasjonale Reitox-rapporter for 2004 på at ecstasydødsfall er sjelden i de fleste landene i EU, særlig dødsfall som involverer ecstasy alene. I 2003 rapporterte flere land om ecstasyrelaterte dødsfall: Østerrike (ett dødsfall som involverte ecstasy alene), Den tsjekkiske republikk (ett dødsfall som sannsynligvis skyldtes en MDMA-overdose), Frankrike (åtte tilfeller i forbindelse med ecstasy), Tyskland (to tilfeller som involverte bare ecstasy og åtte som involverte ecstasy i kombinasjon med andre rusmidler – tilsvarende tall for 2002 var 8 og 11), Portugal (påvist i 2 % av alle narkotikarelaterte dødsfall) og Storbritannia (ecstasy "nevnt" i 49 dødsattester i 2000, 76 i 2001 og 75 i 2002). Nederland oppga syv dødsfall som skyldtes akutt forgiftning av psykostimulerende stoffer, selv om det aktuelle stoffet ikke var spesifisert.

Få land oppgir data om akuttmedisinske tilfeller som involverer ecstasy. I Amsterdam var antallet ikke-fatale akutttilfeller (Nederlands nasjonale rapport) som skyldtes ecstasybruk stabilt mellom 1995 og 2003 (det samme gjelder antallet amfetaminrelaterte tilfeller), mens akutttilfellene som skyldtes hallusinogene sopper og gamma-hydroksybutyrat (GHB), økte. I Danmark (nasjonal rapport) økte antallet sykehuskontakter for forgiftning pga. sentralstimulerende midler fra 112 tilfeller i 1999 til 292 tilfeller i 2003; av disse økte antallet forbundet med ecstasybruk markant fra 1999 til 2000, uten at det har vært mulig å påvise noen klar trend siden den gang, mens antallet kontakter pga. amfetaminbruk økte jevnt i løpet av perioden.

Forebyggende arbeid

Mobile forebyggende prosjekter tilpasser seg fragmenteringen av "rave"-kulturen slik at målgruppen unge rekreasjonsbrukere fremdeles kan nås, for eksempel

via kontaktpunkter for hver "scene". Blant de landene som utførte pilletesting har Tyskland og Polen avsluttet denne praksisen. I Nederland utføres pilletesting bare i laboratorier, og i Frankrike er det foreslått at pilletesting på stedet skal opphøre. Blant årsakene er at urene piller forekommer sjeldnere i Vest-Europa, samt tvil om hvorvidt pilletesting faktisk er lovlig. I Den tsjekkiske republikk har imidlertid pilletestingsprosjektene vedvart og vært tema for en viss debatt i media.

Forebyggende arbeid i fritidsmiljøer

Stadig flere av de nye medlemsstatene rapporterer at de har selektive forebyggingsprosjekter i rekreasjonsmiljøer, særlig Den tsjekkiske republikk, Kypros (mobil informasjonsenhet i festmiljøer), Ungarn (tre organisasjoner), Polen og Slovenia.

Innholdet i intervensjonene er typisk uendret og er noenlunde likt i de fleste medlemsstatene, med rusfrie diskoteker, kunstutstillinger, teaterforestillinger, filmer og tegneserier osv., seminarer, mobile utstillinger og turer (Luxembourgs nasjonale rapport).

Strukturelle tilnærminger er fremdeles viktig. I Italia, Nederland og Skandinavia betraktes etablering av nettverk som en forutsetning for det rusmiddelforebyggende arbeidet, og målet er å påvirke utelivskulturen. For å oppnå dette samarbeider fagfolk med eierne av steder som typisk brukes av rekreasjonsbrukere (inkludert kaffebarer i Nederland) og med andre aktører i utelivsmiljøet, f.eks. dørvakter og baransatte. I Sverige bygges slike intervensjoner også ut i andre storbyer enn Stockholm. En studie av lignende ordninger i Nederland konkluderte med at gjestene og de som organiserer fester oppfører seg betydelig mer ansvarlig mht. illegale rusmidler enn forventet (Pijlman et al., 2003). Integreerte tilnærminger av denne typen har også den fordel at de leder den offentlige oppmerksomheten bort fra hendelser og medisinske akutsituasjoner som involverer illegale stoffer på store fester, og retter fokus mot de generelle risikoene ved klubbmiljøet. Retningslinjer for tryggere utelivsmiljø faller inn i denne kategorien, men er ennå ikke helt vanlige i Europa (Calafat et al., 2003).

Individuell rådgivning på internett er en relativt ny tilnærming som er tatt i bruk i Østerrike og Tyskland (www.drugcom.de). Tilsvarende har Østerrike rådgivning pr. e-post ved rusmittletatens nye call-senteret i Wien, og kvalitetsstandarder er utarbeidet (FSW, 2004). Imidlertid tilbyr de fleste nettstedene for narkotikaforebygging bare ekspertrådgivning og omfatter ikke diskusjonsfora, da det

⁽⁶⁶⁾ Se tabell TDI-17 (del iii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁶⁷⁾ Se EONNs årsrapport for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/no/page038-no.html>) for en nærmere drøfting av ecstasyrelaterte dødsfall.

ikke foreligger solide beviser på at slike brukerledede grupper har noen positiv effekt (Eysenbach et al., 2004).

Beslag og markedsinformasjon ⁽⁶⁸⁾

Ifølge FNs organ for narkotika og kriminalitet (UNODC, 2003a) er det vanskelig å si noe om omfanget av produksjonen av amfetaminlignende stoffer – “syntetiske stoffer, herunder de kjemisk beslektede stoffene amfetamin, metamfetamin og ecstasy” – ettersom “den er basert på lett tilgjengelige kjemikalier og fremstilles i laboratorier som lett kan skjules”. Den årlige globale produksjonen av amfetaminlignende stoffer er imidlertid anslått til om lag 520 tonn (UNODC, 2003b). De globale beslagene av amfetaminlignende stoffer toppet seg i 2000 da 46 tonn ble beslaglagt, for siden å falle og igjen stige til 34 tonn i 2003 (CND, 2004, 2005).

Amfetamin

Ut fra antallet laboratorier som er ødelagt, skjer mesteparten av verdens produksjon av amfetamin i Europa. I 2003 ble amfetaminlaboratorier avdekket i åtte EU-land (Belgia, Tyskland, Estland, Litauen, Luxembourg, Nederland, Polen, Storbritannia). Mesteparten av amfetaminet som ble beslaglagt i EU i 2003, kom fra Nederland, etterfulgt av Polen og Belgia. I tillegg foreligger det rapporter om at amfetamin som produseres i Estland og Litauen er beregnet på landene i Norden. Amfetaminsmuglingen er fortsatt hovedsakelig intraregional (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005).

Likeledes ble de fleste amfetaminbeslagene gjort i Europa. I volum sto Vest- og Sentral-Europa for 82 % av all amfetamin som ble beslaglagt i verden i 2003, mens Øst- og Sør-Europa sto for 13 % og landene i Nærøsten og Midtøsten for 3 % (CND, 2005). I løpet av de siste fem årene har Storbritannia ⁽⁶⁹⁾ gjort de fleste amfetaminbeslagene i EU. I EU sett under ett nådde antallet amfetaminbeslag ⁽⁷⁰⁾, som tidligere viste en nedadgående trend, en topp i 1998, mens beslaglagte kvanta av amfetamin ⁽⁷¹⁾ nådde en topp i 1997. Antallet amfetaminbeslag økte igjen i 2001 og 2002, men på grunnlag av trendene i land som har lagt fram data, kan antallet være stabilisert eller har gått ned i 2003.

Beslaglagte kvanta har også variert, men synes å ha økt etter 2002 ⁽⁷²⁾.

I 2003 varierte gjennomsnittlig amfetaminpris på brukernivå fra under 10 euro pr. gram i Belgia, Estland, Hellas, Latvia, Ungarn, Nederland og Slovakia til 37,50 euro pr. gram i Norge ⁽⁷³⁾. Gjennomsnittlig renhet for amfetamin på detaljnivå i 2003 varierte fra 7,5 % (Tyskland) til 50 % (Norge) ⁽⁷⁴⁾.

Metamfetamin

Av alle amfetaminlignende stoffer er metamfetamin det stoffet som produseres og smugles mest i hele verden. I 2003 ble de største kvantaene fortsatt produsert og beslaglagt i Øst- og Sørøst-Asia (Kina, Myanmar, Filippinene, Thailand), etterfulgt av Nord-Amerika (USA) (CND, 2005). Den europeiske produksjonen av metamfetamin har langt mindre dimensjoner. I 2003 ble hemmelige laboratorier for framstilling av metamfetamin avdekket og rapportert av Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Litauen og Slovakia (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Den tsjekkiske republikk har rapportert om produksjon av metamfetamin siden begynnelsen av 1980-årene (UNODC, 2003a). Det meste har gått til lokalt forbruk, men noe har blitt smuglet til Tyskland og Østerrike (Tsjekkias nasjonale rapport, 2004). I 2003 rapporterte tsjekkiske myndigheter en økning i produksjonen av “pervitin” (lokalt metamfetamin) basert på farmasøytiske spesialpreparater, som et resultat av mangel på efedrin (forløper for metamfetamin) på det lokale svartebørsmarkedet. Selv om EONN ikke systematisk samler inn data om metamfetaminbeslag, rapporterer Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Litauen og Norge om slike beslag i 2003. I tillegg oppga Danmark at metamfetamin er blitt stadig vanligere på det illegale rusmiddelmarkedet, og Latvia rapporterte om økende beslaglagte kvanta (800 kg) av efedrin i 2003 (sammenlignet med 2002) (nasjonale Reitox-rapporter, 2004).

I 2003 var detaljprisen på “pervitin” i Den tsjekkiske republikk oppgitt til mellom 16 euro og 63 euro pr. gram ⁽⁷⁵⁾, mens renhetsgraden varierte mellom 50 % og 75 % ⁽⁷⁶⁾.

⁽⁶⁸⁾ Se “Talking av beslags- og markedsdata”, s. 42.

⁽⁶⁹⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for Storbritannia for 2003 når disse foreligger. Data om antallet amfetaminbeslag i 2003 manglet for Italia, Kypros, Nederland og Romania; data om både antallet amfetaminbeslag og beslaglagte amfetaminkvanta i 2003 manglet for Irland og Storbritannia.

⁽⁷⁰⁾ Se tabell SZR-7 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁷¹⁾ Se tabell SZR-8 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁷²⁾ Dette bør sjekkes opp mot manglende data for 2003 – særlig for Storbritannia – når disse foreligger.

⁽⁷³⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁷⁴⁾ Se tabell PPP-8 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁷⁵⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁷⁶⁾ Se tabell PPP-8 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

Ecstasy

Selv om Europa fortsatt er sentrum for verdens produksjon av ecstasy, synes Europas relative betydning å avta i takt med at ecstasyproduksjonen i andre deler av verden tar seg opp, særlig i Nord-Amerika og Øst- og Sørøst-Asia (CND, 2005; INCB, 2005). I 2003 ble flere ecstasylaboratorier oppdaget rundt om i verden (CND, 2005), og i EU ble slike laboratorier rapportert avdekket i Belgia, Estland, Litauen og Nederland (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Ecstasy som beslaglegges i EU har hovedsakelig sin opprinnelse i Nederland, etterfulgt av Belgia, selv om Estland og Storbritannia også nevnes som opprinnelsesland (nasjonale Reitox-rapporter, 2003).

Omsetningen av ecstasy er fortsatt konsentrert til Vest-Europa, men i likhet med produksjonen har omsetningen i de senere år spredt seg videre utover i verden (UNODC, 2003a). Når det gjelder beslaglagte kvanta, sto land i Vest- og Sentral-Europa i 2003 for 58 %, etterfulgt av Oseania med 23 % (CND; 2005). I 2002 passerte Nederland for første gang Storbritannia som det landet i EU som beslaglegger mest ecstasy ⁽⁷⁷⁾.

Antallet ecstasybeslag ⁽⁷⁸⁾ på EU-nivå økte raskt i perioden 1998–2001. Etter 2002 har imidlertid antallet beslag gått ned, og på bakgrunn av trender i land som har tilgjengelige data, synes denne nedgangen å ha fortsatt i 2003. Antallet ecstasybeslag ⁽⁷⁹⁾ økte kraftig fra 1998 til 2000 for deretter å flate ut. I 2003 økte imidlertid antallet beslag i flesteparten av landene som har lagt fram data. Imidlertid må den tilsynelatende nedgangen i ecstasybeslag i EU (både antall og kvanta) i 2003, verifiseres mot manglende data for 2003 – særlig fra Storbritannia – så snart disse foreligger.

I 2003 varierte gjennomsnittsprisen for en ecstasytablett på gatenivå fra under 5 euro (Ungarn, Nederland) til 20–30 euro (Hellas, Italia) ⁽⁸⁰⁾.

I 2003 viste analyser av de fleste tablettene som ble solgt på det illegale markedet, at de inneholdt kun ecstasy

(virkestoffet MDMA) og ecstasylignende stoffer (MDEA, MDA) som psykoaktive ingredienser. Dette var tilfellet for Danmark, Spania, Ungarn, Nederland, Slovakia og Norge, der mer enn 95 % av de analyserte tablettene inneholdt disse stoffene. Imidlertid oppga to land, Estland og Litauen, at en høy prosentandel (hhv. 94 % og 76 %) av de analyserte tablettene inneholdt amfetamin og/eller metamfetamin som eneste psykoaktive stoff. MDMA-innholdet i ecstasytabletter varierer meget fra parti til parti (selv mellom forskjellige partier med samme logo) både innenfor hvert land og landene imellom. I 2003 varierte gjennomsnittlig MDMA-innhold i ecstasytabletter fra 54 mg til 78 mg ⁽⁸¹⁾. Blant andre psykoaktive stoffer som ble funnet i tabletter solgt som ecstasy i 2003, var MDA, MDE, PMA, PMMA, DOB, 5MeO-DIPT, 4-MTA og 1-PEA (nasjonale Reitox-rapporter, 2004).

LSD

LSD produseres og smugles i langt mindre omfang enn amfetaminlignende stoffer (ATS). Fram til 2000 skjedde de fleste LSD-beslagene i EU i Storbritannia, men etter dette har Tyskland ⁽⁸²⁾ hatt det høyeste antallet beslag ⁽⁸³⁾. For EU sett under ett har både antallet LSD-beslag ⁽⁸⁴⁾ og beslaglagte kvanta av LSD ⁽⁸⁵⁾ gått jevnt nedover i perioden 1998-2002, med unntak for en liten utfliating i 2000. Imidlertid viser tallene for 2003 en økning for første gang på ni år, både i antall og kvanta av LSD-beslag. Uvanlig store mengder ble beslaglagt i Spania, Frankrike og Polen. Dette kan tyde på en renessanse for handelen med LSD (og muligens bruk) i EU. I 2003 varierte gjennomsnittsprisen for en brukerdose LSD fra 4 euro i Storbritannia til 25 euro i Italia ⁽⁸⁶⁾.

Systemet for tidlig varslings (EWS)

Det viktigste målet for det europeiske systemet for tidlig varslings (EWS) innenfor rammen av EUs Fellestiltak av 1997 ⁽⁸⁷⁾ mot nye syntetiske stoffer, er rask innsamling, analyse og utveksling av informasjon om nye syntetiske

⁽⁷⁷⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2003 når disse foreligger. Data om antallet ecstasybeslag i 2003 manglet for Italia, Kypros, Nederland og Romania; data om både antallet ecstasybeslag og beslaglagte kvanta i 2003 manglet for Irland og Storbritannia.

⁽⁷⁸⁾ Se tabell SZR-9 (del iv) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁷⁹⁾ Se tabell SZR-10 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁸⁰⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁸¹⁾ Denne spredningen er basert på data fra bare noen få land, nemlig Danmark, Tyskland, Frankrike, Luxembourg og Nederland.

⁽⁸²⁾ Det er viktig å merke seg det lave antallet LSD-beslag slik at ikke variasjonene fra et år til et annet overfortolkes.

⁽⁸³⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2003 når disse foreligger. Data om antallet LSD-beslag i 2003 manglet for Italia, Kypros, Nederland og Polen; data om både antallet LSD-beslag og beslaglagte kvanta av LSD i 2003 manglet for Irland, Malta, Slovenia, Storbritannia, Bulgaria og Romania.

⁽⁸⁴⁾ Se tabell SZR-11 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁸⁵⁾ Se tabell SZR-12 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁸⁶⁾ Se tabell PPP-4 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁸⁷⁾ I EUs Fellestiltak av 1997 om informasjonsutveksling, risikovurdering og kontroll med nye syntetiske stoffer (EUT L 167, 25.6.1997) defineres nye syntetiske rusmidler som "syntetiske narkotiske stoffer som ennå ikke er oppført i tilleggene til FN-konvensjonen av 1971 om psykotropiske stoffer, som utgjør en like alvorlig trussel mot folkehelsen som stoffene oppført i tillegg I og II til konvensjonen, og som har begrenset terapeutisk verdi". Fellestiltaket gjelder sluttprodukter i motsetning til prekursorer.

stoffer så snart de dukker opp i narkotikamiljøet i Europa. EWS får støtte fra EONN gjennom Reitox-nettet og driver sin virksomhet i tett samarbeid med Europol, som bidrar med relevant politiinformasjon via sitt nettverk av nasjonale enheter (ENU).

I 2004 varslet medlemsstatene EONN om seks nye syntetiske stoffer, og det totale antall stoffer som nå overvåkes, er dermed kommet opp i over 25. Blant disse er ringsubstituerte fenetylaminer (hovedsakelig fra 2C-gruppen samt TMA-2, 4-MTA, PMMA osv.), tryptaminer (som DMT, AMT, DIPT og ulike derivater) og piperaziner (inkludert BZP, mCPP). Informasjon om flere andre stoffer, herunder enkelte katinoner (f.eks. substituerte pyrrolidiner), ble også samlet inn og utvekslet. Europakommisjonen og Det europeiske råd ble imidlertid ikke bedt om å sanksjonere en risikovurdering av nye stoffer, siden risikoen for den enkelte, folkehelsen og samfunnet ikke var tilstrekkelig dokumentert.

Ketamin og GHB ble begge risikovurdert i 2000 og overvåkes fortsatt gjennom EWS. Selv om det er indikasjoner på at bruken av disse to stoffene kan få en betydelig spredning i rekreasjonsmiljøer, foreligger det fremdeles ikke tilstrekkelig dokumentasjon til å tallfeste utbredelsen eller identifisere trender på EU-plan.

Ketamin ble rapportert identifisert i Belgia, Danmark, Hellas, Frankrike, Ungarn, Nederland, Sverige, Storbritannia og Norge. De fleste beslagene var av hvitt pulver, men Frankrike og Storbritannia rapporterte også om beslag/funn av ketamin i væskeform. De høyeste tallene for påvisning i kroppsvæsker og prøver ble rapportert av Sverige og Norge (hhv. 51 og 30), men ingen av dem skilte mellom medisinsk og illegal bruk.

Identifikasjon av GHB, herunder beslag av forløperne GBL og 1,4-BD (kjemikalier som er lett å finne i handelen), ble rapportert av Belgia, Den tsjekkiske republikk, Danmark, Estland, Frankrike, Nederland, Sverige, Finland, Storbritannia og Norge. GHB er beslaglagt både i pulver- og væskeform.

I løpet av de to siste månedene av 2004 ble det fra Belgia, Frankrike, Italia og Nederland rapportert flere tilfeller av forgiftning som skyldtes inntak av kokain utspedd med ganske høye doser atropin⁽⁸⁹⁾. Umiddelbart etter at faren for forgiftning ved kombinasjonen kokain og atropin ble kjent, sendte EONN ut et varsel til EWS-partnerne med anbefaling om å informere sine nettverk og da særlig relevante helsemyndigheter om symptomene på kokain/atropin-forgiftning, slik at diagnose kunne stilles på et tidlig tidspunkt. Som resultat av dette valgte flere

medlemsstater også å sende ut tidlige varsler til sine nettverk og helsemyndigheter.

I mai 2005 ble EWS ytterligere styrket ved en rådsbeslutning (2005/387/JIS) til erstatning for Fellestiltaket av 1997. Rådsbeslutningen utvider EWS' virkeområde til alle nye psykoaktive stoffer (både narkotiske og syntetiske stoffer). I tillegg åpner ordningen for også å ta med legemidler i utvekslingen av informasjon om nye psykoaktive stoffer.

Internasjonale tiltak mot produksjon og handel med syntetiske stoffer

EU og de internasjonale samarbeidspartnerne innser i økende grad betydningen av å overvåke og kontrollere prekursorerne som inngår i produksjonen av kontrollerte stoffer. Ved å være mer på vakt når det gjelder de kjemikalierne som trengs for å produsere stoffer som heroin, kokain og ecstasy, kan tiltak gjennomføres for å stanse eller hindre forsyningen. Pr. i dag finnes det tre store internasjonale programmer på området: Operation Purple, for kaliumpermanganat, som brukes til å framstille kokain; Operation Topaz, som overvåker internasjonal handel med eddiksyre, en forløper som brukes i heroinproduksjonen, og Project Prism, som fokuserer på tilbakesporing i forbindelse med beslag av forløpere for amfetaminlignende stoffer som er gjort på innførselssteder eller i illegale narkotikalaboratorier. I løpet av de siste to årene er til sammen 20 227 transaksjoner meldt til INCB og undersøkt gjennom disse operasjonene, og meget tyder på at tiltakene har hatt konsekvenser for narkotikaproduksjonen.

Project Prism er særlig viktig når det gjelder produksjonen av syntetiske stoffer i EU. Dette er et utfordrende område å arbeide på, for av det store antallet kjemikalier som kan brukes til å produsere amfetaminlignende stoffer, finnes det mange stoffer som brukes i eller er biprodukter i lovlige kommersielle aktiviteter. Prism Project skal også overvåke den internasjonale handelen med safrol, som brukes i produksjonen av ecstasy, hindre spredning av legemidler som inneholder pseudoefedrin og lokalisere laboratorier som driver med illegal produksjon av 1-fenyl-2-propanon. Til tross for vanskene arbeidet på dette området representerer, synes Project Prism å ha styrket det internasjonale samarbeidet, noe som har ført til at en rekke vellykkede forbud er innført. Som et eksempel nevner INCB (2005) i sin siste rapport samarbeidet mellom Kina og Polen, som førte til opprullingen av en stor sak som gjaldt smugling av 1-fenyl-2-propanon til Polen.

⁽⁸⁹⁾ Atropin, et antikolinergisk middel, er et naturlig alkaloid av *Atropa belladonna*. Alvorlig forgiftning kan være dødelig.

Tiltak mot produksjon og handel med syntetiske stoffer i Europa

I samsvar med planen for gjennomføring av tiltak som skal treffes for å motvirke forsyningen av syntetiske stoffer, utarbeidet Kommisjonen sammen med Europol en rapport i desember 2003 som beskriver status for større multilaterale prosjekter for kartlegging av distribusjonsnett og erfaringer som er gjort på dette feltet i EU, i medlemsstatene og i søkerlandene. Rapporten pekte ut de nøkkelelementene i slike prosjekter som synes å være vesentlige for å oppnå operasjonelle fordeler. Den konkluderte med at "det potensielt vil være fordelaktig å kombinere informasjon og etterretnings-opplysninger fra et antall områder med anknypning til syntetiske stoffer innenfor rammen av en inkluderende og integrert strategi".

I desember 2004 slo Europol sammen prosjektene CASE og GENESIS til prosjektet Synergy, som omfatter: en analytisk arbeidsfil (AWF) som støttes av 20 medlemsstater og noen tredjestater, Europols system for sammenligning av illegale laboratorier (Europol Illicit Laboratory Comparison System – EILICS) samt Europols system for ecstasy-logoer (Europol Ecstasy Logo System – EELS). Prosjektet støtter fortsatt Samlet innsats mot syntetiske stoffer i Europa (Comprehensive Action against Synthetic Drugs in Europe – CASE), et svensk initiativ om amfetaminprofilering, samt Europeisk felles enhet for prekursorer (European Joint Unit on Precursors – EJUP), med eksperter fra seks medlemsland.

AWF-delen bidrar med innsamling og analyse av kriminal-etterretning på høyt plan i forbindelse med syntetiske

stoffer og prekursorer. Etterforskning av kriminelle organisasjoner og/eller bestemte framgangsmåter prioriteres.

EILCS sammenstiller fotografisk og teknisk informasjon fra installasjoner for produksjon av syntetiske stoffer og tilhørende kjemiske avfallsdeponier, slik at det blir mulig å undersøke forbindelsene mellom beslaglagt utstyr, materiell og kjemikalier, gjennomfører informasjonsutveksling, tilbakesporing og rettsmedisinske undersøkelser med sikte på bevissikring samt identifiserer tilretteleggere og tilhørende kriminelle grupper og retter innsatsen særskilt inn mot disse. Via EILICS er Europol det europeiske kontaktpunktet for Project Prism – Equipment, INCBs globale tilbakesporingsprogram for tablettmaskiner og annet utstyr som brukes i produksjonen av syntetiske stoffer.

EELS sammenstiller informasjon om framgangsmåter så vel som fotografisk og rettsmedisinsk informasjon fra større beslag, slik at det blir mulig: å identifisere treff mellom beslag og beslaglagt utstyr, ta initiativ til utveksling av informasjon innhentet av politi og rettsvesen, bidra til styrket etterforskningsinnsats og rettsmedisinsk profilering med sikte på bevissikring rettet mot kriminelle organisasjoner.

Europols Katalog over utstyr for produksjon av syntetiske stoffer (Europol Synthetic Drug Production Equipment Catalogue) og Europols Katalog over ecstasylogoer (Europol Ecstasy Logo Catalogue) oppdateres og publiseres jevnlig.



Kapittel 5

Kokain og crack

Prevalens og bruksmønstre for kokain

Ifølge nyere nasjonale undersøkelser oppgir mellom 0,5 % og 6 % av den voksne befolkningen at de har prøvd kokain minst én gang (dvs. livstidsprevalens), med Italia (4,6 %), Spania (4,9 %) og Storbritannia (6,8 %) i den øvre enden av skalaen. Nylig kokainbruk (siste 12 måneder) oppgis generelt av mindre enn 1 % av alle voksne; i de fleste land mellom 0,3 % og 1 %. Spania og Storbritannia har prevalensrater for nylig bruk på over 2 %.

Selv om prevalensratene for kokain er mye lavere enn for cannabis, kan de være høyere blant unge voksne enn i befolkningsgjennomsnittet. Livstidsprevalensen blant 15–34-åringene spenner fra 1 % til 11,6 %, og er nok en gang høyest i Spania (7,7 %) og Storbritannia (11,6 %). For nylig bruk varierer tallene mellom 0,2 % og 4,6 %, med ca. 2 % i Danmark, Irland, Italia og Nederland og over 4 % i Spania og Storbritannia.

Kokainbruken er høyere blant menn. For eksempel viser undersøkelser fra Danmark, Tyskland, Spania, Italia, Nederland og Storbritannia at menn i alderen 15–34 år hadde en livstidserfaring på mellom 5 % og 13 %. Seks land rapporterte om rater for nylig bruk på over 3 %, og Spania og Storbritannia 6–7 % (figur 10).

I befolkningen generelt avsluttes kokainbruken enten etter en periode med eksperimentering som ung voksen eller forekommer sporadisk, hovedsakelig i helger og i fritidssammenheng (barer og diskoteker). Enkelte land kan likevel ha visse former for regelmessig bruk som ikke er uvesentlig. Aktuell bruk (siste 30 dager) oppgis av 1,5–4 % av unge menn (15–34 år) i Spania, Italia, Nederland og Storbritannia. I urbane områder kan kokainbruken ha et betydelig større omfang.

En nyere studie som ble gjennomført parallelt i flere byer, viser at det store flertallet (95 %) av de som ble definert

som sosialt integrerte brukere (rekruttert på diskoteker, i klubber eller gjennom private kontakter), sniffet kokain, og bare en liten andel hadde noen gang røykt eller injisert stoffet (Prinzleve et al., 2004).

Tar vi utgangspunkt i en gjennomsnittlig prevalens for nylig bruk av kokain blant alle voksne på 1 % (prevalens siste år), innebærer dette at mellom 3 og 3,5 millioner mennesker i Europa har brukt kokain i løpet av det siste året. Et tilsvarende grovt estimat over aktuell bruk gir ca. 1,5 millioner brukere ⁽⁸⁹⁾.

Til sammenligning, i USA viste den nasjonale undersøkelsen i 2003 om narkotikabruk og helse (SAMHSA, 2003) at 14,7 % av alle voksne (12 år og opp) noen gang hadde brukt kokain, og 2,5 % oppga at de hadde brukt kokain i løpet av de siste 12 månedene ⁽⁹⁰⁾. Blant 18–25-åringene var tallene 15 % (livstidserfaring), 6,6 % (siste 12 måneder) og 2,2 % (siste måned). For menn i alderen 18–25 var tallene hhv. 17,4 %, 8,2 % og 2,9 %. Selv sammenlignet med de landene i Europa som har de høyeste prevalenstallene, har USA høyere livstidsprevalens for kokainbruk i befolkningen generelt. Forskjellen er imidlertid ikke like uttalt for nylig bruk, og enkelte land i Europa oppgir nå anslag som overstiger de amerikanske tallene.

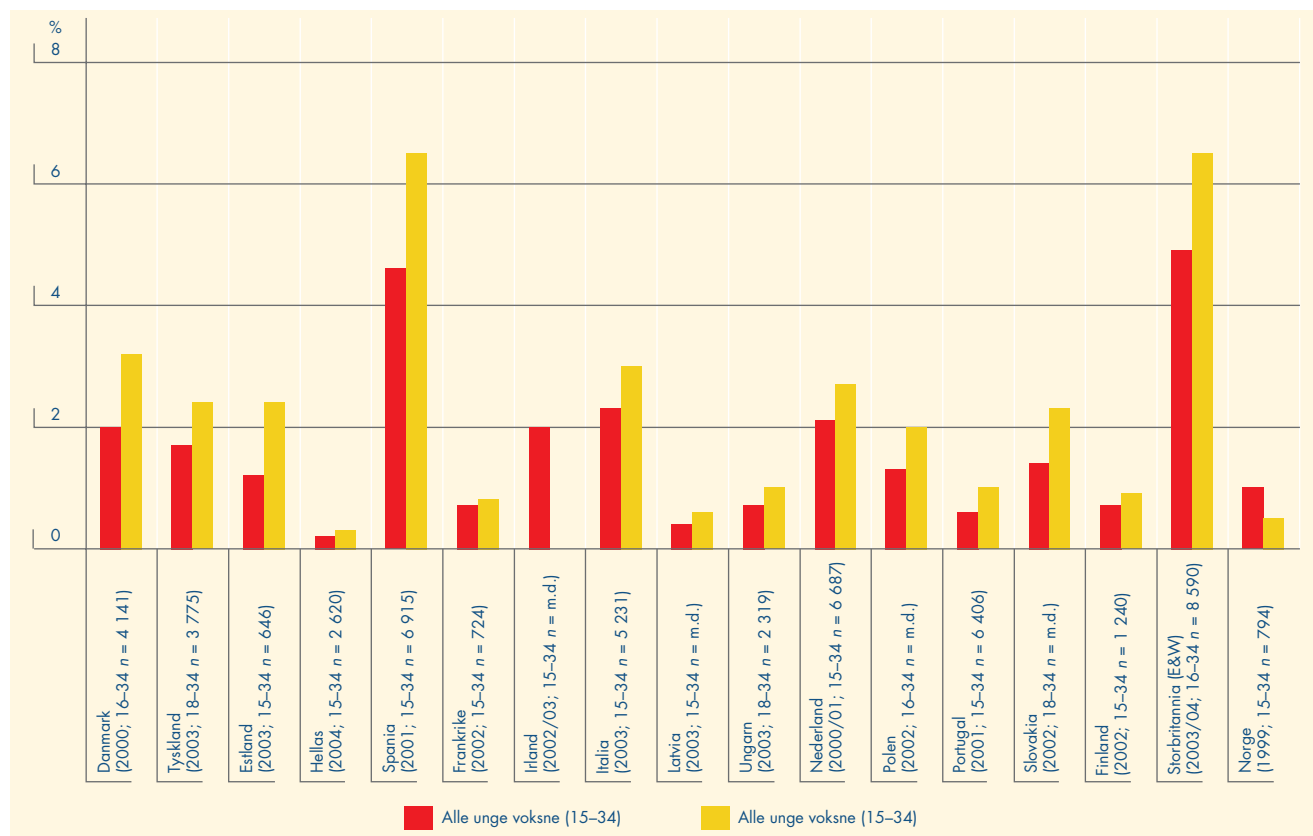
Trender for kokainbruk

I Europa er det fremdeles vanskelig å identifisere klare trender for kokainbruk basert på befolkningsstudier (se punktet om cannabis-trender). Imidlertid varsles det fra flere hold om økt kokainbruk i Europa, både i lokale rapporter, fokusstudier i dance-miljøer, rapporter om økninger i beslag-indikatorer og enkelte økninger i problemrelaterte indikatorer (dødsfall, akuttstusjoner).

Nylig kokainbruk blant unge økte betydelig i Storbritannia fra 1996 til 2000, men har siden vært relativt stabil, selv om moderate økninger er observert der i de senere årene.

⁽⁸⁹⁾ Disse svært grove estimatene er basert på middeltallene for nasjonale prevalensrater (se tabell GPS-1 i Statistiske opplysninger 2005). Merk at flere folkerike land (Tyskland, Spania, Italia, Nederland og Storbritannia) har forholdsvis høye prevalensrater, i flere tilfeller høyere enn de ratene som lagt inn i beregningen.

⁽⁹⁰⁾ Merk at aldersspredningen i den amerikanske undersøkelsen (12 år og opp) er større enn aldersspredningen som er brukt av EONN i undersøkelsene i EU (15–64 år). På den annen side er aldersspredningen 18–25 år mindre enn aldersspredningen som brukes i de fleste EU-undersøkelsene (15–24 år).

Figur 10: Nylig bruk (siste år) av kokain blant alle unge voksne og blant unge menn, målt i nasjonale spørreundersøkelser

NB: Dataene er hentet fra de nyeste nasjonale spørreundersøkelsene i hvert land (se tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005). Noen land bruker en definisjon på unge voksne som avviker noe fra EONNs standarddefinisjon når det gjelder aldersspredningen. Variasjoner i aldersspredningen kan medføre en viss diskrepans mellom landene.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

Spania ^(*) hadde også en økning fra 1999 til 2001. Mindre markerte økninger ble observert i Danmark, Italia, Ungarn, Nederland og Østerrike (i lokale undersøkelser) og – med visse svingninger på 1990-tallet – i Tyskland (figur 11).

Kokainrelaterte dødsfall

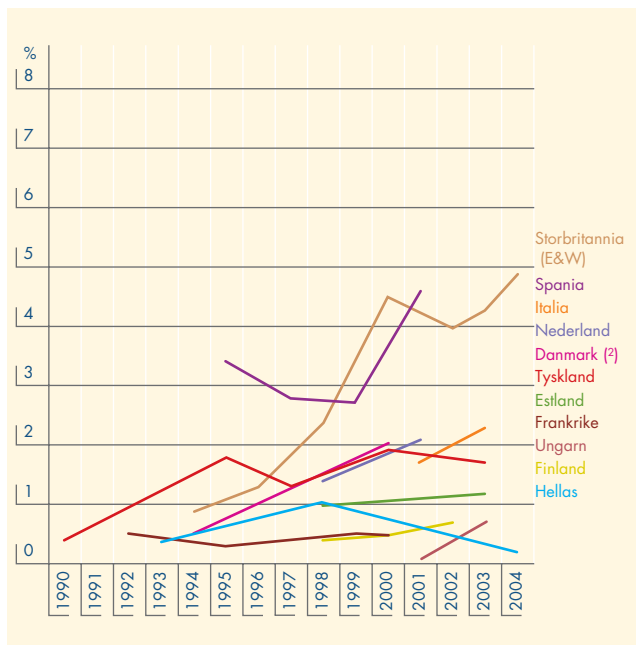
Det er økende bekymring omkring helse- og livsrisikoene ved kokainbruk, særlig fordi man i enkelte land observerer en trend med økende rekreasjonsbruk av kokain, spesielt i miljøer (diskoteker, klubber) som tiltrekker yngre mennesker. Til tross for problemene med å tallfeste antallet kokainrelaterte dødsfall, kan dette målet være en nyttig indikator på økt risiko eller bidra til å identifisere risikofylte bruksmønstre. Selv om Europa synes å ha lav forekomst av akutte dødsfall der kokain er til stede uten opiat, er det sannsynlig at dagens statistikker ikke fanger opp kokainrelaterte dødsfall på en dekkende måte. Informasjonen som foreligger om kokaindødsfall på europeisk plan, er begrenset, og rapporteringen foregår på ulike måter. Kokainbruk forekommer hyppig blant

opiatbrukere, og i tilfeller med opiat-overdoser avdekker de toksikologiske analysene ofte kokain, foruten andre stoffer som alkohol og benzodiazepiner.

Flere land la fram informasjon om kokaindødsfall i 2003 (nasjonale Reitox-rapporter): Tyskland (25 tilfeller med kokain alene og 93 med kokain i kombinasjon med andre rusmidler; tilsvarende tall for 2002 var 47 og 84), Frankrike (10 dødsfall som skyldtes kokain alene og ett i forbindelse med et legemiddel), Hellas (to tilfeller som skyldtes kokain), Ungarn (fire dødsfall på grunn av kokain-overdose), Nederland (17 dødsfall i 2003 på grunn av kokain, med en oppadgående trend fra to tilfeller i 1994 til 37 i 2002), Østerrike (kokain ble funnet i 30 % av alle narkotikarelaterte dødsfall, men alene i bare tre tilfeller og i forbindelse med gass i et tilfelle), Portugal (kokain funnet i 37 % av alle narkotikarelaterte dødsfall) og Storbritannia (antallet dødsattester hvor kokain nevnes, økte fra 85 i 2000 til 115 i 2001 og 171 i 2002, med en åttedobling i perioden 1993–2001). I sin nasjonale Reitox-rapport 2003 oppga Spania at kokain ble påvist i 54 % av alle narkotikarelaterte dødsfall i 2001. Av 39 dødsfall (8 % av alle

^(*) Informasjon som kom for sent til å bli tatt med i rapporten, tyder på en stabilisering i 2003-undersøkelsene (siste års prevalens blant unge voksne er 4,8 % mot 4,6 % i 2001).

Figur 11: Trender i nylig bruk (siste år) av kokain blant unge voksne (15–34 år), målt i befolkningsundersøkelser ⁽¹⁾



⁽¹⁾ Utvalgsstørrelser (respondenter) for aldersgruppen 15–34 år i hvert land for det enkelte år er presentert i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽²⁾ I Danmark representerer verdien for 1994 "tunge stoffer".

NB: Dataene er hentet fra nasjonale spørreundersøkelser i hvert land. Figurer og metodikk som er lagt til grunn for den enkelte undersøkelse, er beskrevet i tabell GPS-4 i Statistiske opplysninger 2005.

EONN har definert unge voksne som aldersgruppen 15–34 år (Danmark og Storbritannia fra 16, Tyskland, Estland (1998) og Ungarn fra 18). I Frankrike var aldersgruppen, 25–34 i 1992 og 18–39 i 1995.

Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra befolkningsundersøkelser, rapporter eller vitenskapelige artikler. Se også tabell GPS-0 i Statistiske opplysninger 2005.

narkotikarelaterte dødsfall) som inntraff uten spor av opiater, skyldtes 21 kokain alene og fem kokain og alkohol.

Til tross for informasjonens begrensninger synes kokain å ha spilt en avgjørende rolle i mellom 1 % og 15 % av alle narkotikarelaterte dødsfall i land som kan skille mellom de ulike narkotiske stoffene som har forårsaket døden, og flere land (Tyskland, Spania, Frankrike og Ungarn) oppga at ca. 8–12 % av alle dødsfall var narkotikarelatert. Selv om det er meget vanskelig å ekstrapolere disse resultatene til hele Europa, kan dette bety at vi årlig i EU har flere hundre kokainrelaterte dødsfall. Selv om kokain forårsaker langt færre dødsfall enn opiater, er kokainrelaterte dødsfall et alvorlig og muligens økende problem. I de få landene hvor det kan beregnes trender, synes disse å vise en økning.

Kokain kan dessuten være en medvirkende faktor ved dødsfall som skyldes hjerte-karproblemer (arytmi, hjerteinfarkt og hjerneslag; se Ghuran og Nolan, 2000),

særlig hos brukere som er predisponert, og mange av disse dødsfallene blir nok ikke rapportert.

Behandlingsbehov i tall ⁽⁹²⁾

Etter opiater og cannabis er kokain det stoffet som ved inntak til behandling hyppigst rapporteres som primærrusmiddel, idet det står for rundt 10 % av alle søknader om behandling i hele EU. Bak dette tallet ligger imidlertid store variasjoner fra et land til et annet, da i de fleste landene etterspørselen etter behandling for kokainbruk er ganske lav, bortsett fra i Spania og Nederland, hvor andelen som søker behandling for kokainbruk, representerer hhv. 26 % og 38 % av alle klienter ⁽⁹³⁾. I de fleste landene er det blant nye klienter prosentvis flere som søker behandling for kokain som primærrusmiddel, enn blant alle klienter sett under ett ⁽⁹⁴⁾. Kokain rapporteres også som sekundærrusmiddel av 13 % av nye klienter som søker behandling i polikliniske behandlingssentre ⁽⁹⁵⁾.

Mange land rapporterer om økt kokainbruk blant klientene som oppsøker behandlingsapparatet. Fra 1996 til 2003 økte andelen nye klienter som søkte behandling for kokainbruk fra 4,8 % til 9,3 %, og antallet nye klienter i behandling for kokain som primærrusmiddel økte fra 2 535 til 6 123. I 2003 fikk Nederland for første gang fler søknader om behandling for kokainbruk enn for opiatbruk. En analyse av behandlingsdata fra London viser at antallet klienter som brukte kokain, ble mer enn doblet i perioden 1995–1996 til 2000–2001 (GLADA, 2004), dog fra en lav baselinje (735 til 1 917).

Disse dataene er sannsynligvis påvirket av et lite men økende problem med crack, eller crack-kokain (røykbar kokainbase), noe det foreligger indikasjoner på både i Nederland og Storbritannia, hvor antallet crack-klienter har gått opp i de senere år. Selv om antallet problematiske narkotikabrukere er lavt, har de tendens til å konsentreres i noen få storbyområder, og de vil derfor også være lettest synlig i kartleggingsrapporter for byer.

Crack-brukere har gjerne en annen sosial bakgrunn enn personer som bruker kokainpulver. Det er mer sannsynlig at de kommer fra sosialt vanskelige forhold, og det finnes indikasjoner på at etniske minoritetsgrupper kan være særlig utsatt for problemer relatert til crack. For eksempel er crack primærrusmiddelet for to tredeler av alle svarte som søker narkotikabehandling i London (GLADA, 2004), og 30 % av alle crack-klienter i Nederland er av

⁽⁹²⁾ Når det gjelder generell fordeling og trender, er dataanalysen basert på alle klienter som søker behandling, uansett behandlingssenter, og når det gjelder klientprofiler og bruksmønstre, på polikliniske behandlingssentre.

⁽⁹³⁾ Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005. Data for Spania viser til 2002.

⁽⁹⁴⁾ Se tabell TDI-4 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽⁹⁵⁾ Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2005.

ikke-nederlandsk herkomst. Til tross for alle bekymringene omkring crack, bør man ha på minnet at selv om stoffet er svært skadelig både for brukeren selv og for deres omgivelser, så er problemet i europeisk målestokk fremdeles i høyeste grad lokalt. Det bør anføres at det hovedsakelig er to land som rapporterer om crack-klienter, nemlig Nederland og Storbritannia.

Men de aller fleste søknadene om behandling for kokainbruk i Europa gjelder ikke crack. Ca. 70 % av alle nye kokainklienter bruker kokainhydroklorid (kokainpulver), dvs. at de hovedsakelig sniffer stoffet, mens bare resterende 30 % bruker crack. Om lag 5 % av alle nye kokainklienter oppgir at de injiserer stoffet.

Av alle nye klienter som søker behandling for kokain som primærrusmiddel, er de fleste menn (forholdet mann:kvinne er 3,7:1), men kjønnsfordelingen varierer fra land til land⁽⁹⁶⁾. En kvalitativ forskningsstudie utført i Italia blant klienter som søkte behandling for bruk av sentralstimulerende midler, hovedsakelig kokain, viser at det er nesten like mange kvinner som menn blant brukerne, men blant de som søker seg til behandling for bruk av kokain og andre sentralstimulerende midler, er det atskillig flere menn enn kvinner (Macchia et al., 2004).

Nye klienter som har kokain som primærrusmiddel, er i snitt eldre enn andre narkotikabrukere (gjennomsnittsalder er 30 år, og de fleste er i aldersgruppen 20–34 år). En mindre men likevel stor del av klientene rapporteres å være mellom 35 og 39 år⁽⁹⁷⁾.

Kokain brukes ofte i kombinasjon med et annet rusmiddel, ofte cannabis (40 %) eller alkohol (37 %). Lokale studier blant sprøytebrukere viser at det i enkelte områder er blitt populært å kombinere heroin og kokain i sprøytene (sprøytebrukerne selv kaller det gjerne "speedballing"). Hvis så er tilfelle, er ikke dette noe som kommer frem i de samlede dataene over behandlingsbehov i de fleste land, hvor bare en liten andel av klientene oppgir kombinasjonsbruk av heroin og kokain. Dette gjelder imidlertid ikke alle land, for i Nederland antyder en analyse av dataene for kokainbrukeres behandlingsbehov at mange kokainklienter er blandingsbrukere, og at den største gruppen består av folk som bruker både kokain og heroin (Mol et al., 2002).

Behandling for problematisk bruk av kokain

Det finnes ingen veletablert, anerkjent farmakologisk behandling for personer med et kokainproblem slik som det gjør for opiatproblemer. Noen ganger kan

kokainbrukere få forskrevet legemidler for systematisk lindring, men disse virker oftest bare en kort tid og tar sikte på å lindre problemene relatert til kokainbruk, f.eks. angst og søvnforstyrrelser. Mer langsiktige former for behandling av kokainbrukere gis vanligvis innenfor de generelle rusmiddeltjenestene. Imidlertid synes de generelle behandlingstilbudene for personer med kokainproblemer å være dårlig utbygget (Haasen, 2003). Dette kan være i ferd med å endres ettersom enkelte land nå har begynt å bygge ut nye behandlingstiltak for personer med et kokainproblem. For eksempel er England nå i ferd med å få på plass et tilbud spesifikt rettet mot crack-brukere (NTA, 2003).

Mesteparten av den vitenskapelige litteraturen om behandling av kokainproblemer kommer fra amerikanske studier og vil muligens derfor ikke gjenspeile en europeisk virkelighet. Dessverre foreligger det fremdeles få evalueringer av behandling av problematisk kokainbruk i EU, noe som delvis simpelthen skyldes at europeiske behandlingstjenester historisk sett sjelden har vært konfrontert med kokainproblemer. En europeisk, systematisk gjennomgang av litteratur om kokainbehandling (Rigter et al., 2004) viser at problematiske kokainbrukere vanligvis ikke gjerne samtykker til behandling og har høye tilbakefallsrater. Det foreligger en viss dokumentasjon på at psykoterapi kan bidra til å redusere forbruket, men det er ikke funnet overbevisende dokumentasjon på at akupunktur kan være effektiv i behandlingen av kokainproblemer. Generelt bør imidlertid alle disse resultatene betraktes i lys av det faktum at det rett og slett ikke finnes noe solid europeisk evidensgrunnlag som kan legges til grunn for terapeutiske intervensjoner på dette området. For eksempel vet man ikke en gang med sikkerhet om intervensjoner spesifikt rettet mot kokain er mer effektive enn behandling i mer generelle, ikke-rusmiddelspesifikke programmer. Videre er det fortsatt et åpent spørsmål hvorvidt det er mulig å utvikle en farmakologisk behandling for problematisk kokainbruk som kan bli "standardbehandling" på samme måte som metadon og buprenorfin er blitt standard tilnæringsmåter i behandlingen av problematisk opiatbruk. Men siden det er store forskjeller i hvordan opiat og sentralstimulerende midler som kokain virker på kroppen, bør også behandlingen være forskjellig. Det pågår for tiden en del interessant arbeid i USA for å utrede mulighetene for en midlertidig blokkering av effekten av kokain på brukeren, og det vil bli interessant å se om dette arbeidet kan føre til nye behandlingstilbud.

Tiltak for å redusere helseskadene

I løpet av de siste par årene har vi fått stadig flere tiltak som tar sikte på å forebygge og redusere helseskadene som skyldes bruk av kokain og crack, og det er kommet ut

⁽⁹⁶⁾ Se tabell TDI-22 i Statistiske opplysninger 2005 og *Forskjeller i bruksmønstre for narkotika mellom kvinner og menn* (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=7293>).

⁽⁹⁷⁾ Se tabell TDI-10 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

mye ny informasjon om kokain og crack, særlig på internett. Hjelp-telefonene i Belgia, Frankrike og Portugal har mottatt flere henvendelser om bruken av kokain og crack enn noen gang tidligere, selv om disse samtalene fremdeles er langt færre enn slike som gjelder lovlige rusmidler og cannabis. Ansatte i rusmiddeljenestene får mer og bedre opplæring i hvordan de skal håndtere problemer som skyldes bruk av kokain og crack i miljøer hvor dette er et nytt fenomen (utelivsmiljøet i Dublin, techno-miljøet i Wien).

En del storbyer har etablert spesialiserte rådgivningstjenester og behandlingstilbud for kokain- og crack-brukere, f.eks. Frankfurt (Suchthilfzentrum Bleichstrasse: www.drogenberatung-jj.de), Barcelona (Hospital Vall d'Hebron: www.vhebron.es), Wien (ChEck iT!: www.checkyourdrugs.at) og London (www.cracklondon.org).

Beslag og markedsinformasjon ⁽⁹⁸⁾

Produksjon og handel

Colombia er langt den største kilden til illegal koka i verden, etterfulgt av Peru og Bolivia. Den globale produksjonen av kokain i 2003 har vært anslått til 655 tonn, hvorav 67 % fra Colombia, 24 % fra Peru og 9 % fra Bolivia (CND, 2005). Mesteparten av alt kokain som beslaglegges i Europa, kommer direkte fra Sør-Amerika (Colombia) eller via Sentral-Amerika og Karibia. I 2003 ble særlig Brasil og Venezuela oppgitt som transittland for kokain som ble importert inn i EU, ved siden av Argentina, Costa Rica og Curaçao (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005). Andre transittområder var Sør- og Vest-Afrika (INCB, 2005). De viktigste innførselsstedene i EU var fremdeles i Spania, Nederland og Portugal (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; CND, 2005; INCB, 2005).

Beslag

Beslagsdata viser at kokain er det tredje mest omsatte narkotiske stoffet, etter cannabisplanter og cannabisharpiks. Ut fra totale beslaglagte kvanta av kokain i verden – 490,5 tonn i 2003 – foregikk fremdeles mesteparten av omsetningen av kokain i Nord- og Sør-Amerika (82 %) og Europa. Sistnevnte sto for 17 % av de totale mengdene kokain som ble beslaglagt i verden, som er en økning i forhold til foregående år (CND, 2005). De fleste europeiske kokainbeslag finner sted i Vest-Europa. Spania har i løpet av de siste fem årene gjennomgående vært det landet i EU med høyest antall kokainbeslag. I 2003 sto Spania for mer enn halvparten av alle beslag i EU, både i antall og kvanta ⁽⁹⁹⁾.

I perioden 1998–2002 økte antallet kokainbeslag ⁽¹⁰⁰⁾ i alle land unntatt Tyskland og Portugal. I samme periode varierte mengdene beslaglagt kokain i EU ⁽¹⁰¹⁾, men trenden var likevel oppadgående. Basert på trender i land som har lagt fram data, synes imidlertid antallet beslag av kokain i EU å ha gått ned i 2003 (særlig i Spania), mens derimot mengdene som ble beslaglagt økte betydelig (særlig i Spania og Nederland). Det ble gjort spesielt store beslag i EU i 2003.

Selv om beslag av crack er rapportert av noen EU-land, er det ikke alltid mulig å skille dem fra kokainbeslagene. Dermed kan altså trendene for kokainbeslag faktisk også omfatte crack.

Priser og renhet

Det var store variasjoner i gjennomsnittsprisen ⁽¹⁰²⁾ på kokain på detaljistnivå i EU i 2003; fra 34 euro pr. gram i Spania til 175 euro pr. gram i Norge.

Sammenlignet med heroin hadde kokainen gjennomsnittlig høy renhet, og varierte i 2003 fra 32 % i Den tsjekkiske republikk og Tyskland til 83 % i Polen ⁽¹⁰³⁾.

⁽⁹⁸⁾ Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 42.

⁽⁹⁹⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2003 så snart disse foreligger. Data om antallet kokainbeslag i 2003 manglet for Italia, Kypros, Nederland og Romania. Data om både antallet kokainbeslag og beslaglagte kokainkvanta i 2003 manglet for Irland og Storbritannia.

⁽¹⁰⁰⁾ Se tabell SZR-5 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁰¹⁾ Se tabell SZR-6 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁰²⁾ Se tabell PPP-3 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁰³⁾ Se tabell PPP-7 (del i) i Statistiske opplysninger 2005. Merk at gjennomsnittlige estimater for kokainrenhet i Den tsjekkiske republikk og Polen i 2003 er basert på et lite antall prøver ($n =$ hhv. 5 og 6).



Kapittel 6

Heroin og injeksjonsbruk

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

Problematisk bruk av narkotika

"Problematisk bruk av narkotika" (problem drug use – PDU) defineres operasjonelt som "injeksjonsbruk av narkotika eller langvarig/regelmessig bruk av opiat, kokain og/eller amfetaminer" ⁽¹⁰⁴⁾. Varierende definisjoner og metodisk usikkerhet medfører at det er vanskelig å gjøre pålitelige beregninger på dette området, og derfor bør man også utvise varsomhet i tolkingen av forskjeller mellom land eller over tid.

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

Problematisk narkotikabruk blir stadig mer sammensatt. For eksempel har de fleste land fått større problemer i forbindelse med blandingsbruk av rusmidler, mens en del land hvor opiatproblemer historisk har vært dominerende, nå rapporterer om en dreining mot andre narkotiske stoffer. I Spania går anslagene over problematiske opiatbrukere ned, og en økning er observert i kokainrelaterte narkotikaproblemer. Det foreligger imidlertid ingen

pålitelige tidstrender over problematisk bruk av narkotika som omfatter problematisk bruk av kokain. Tyskland og Nederland rapporterer om en økende andel crack-brukere i populasjonene av problematiske narkotikabrukere, men det totale anslaget over problematiske narkotikabrukere i Nederland er ikke endret.

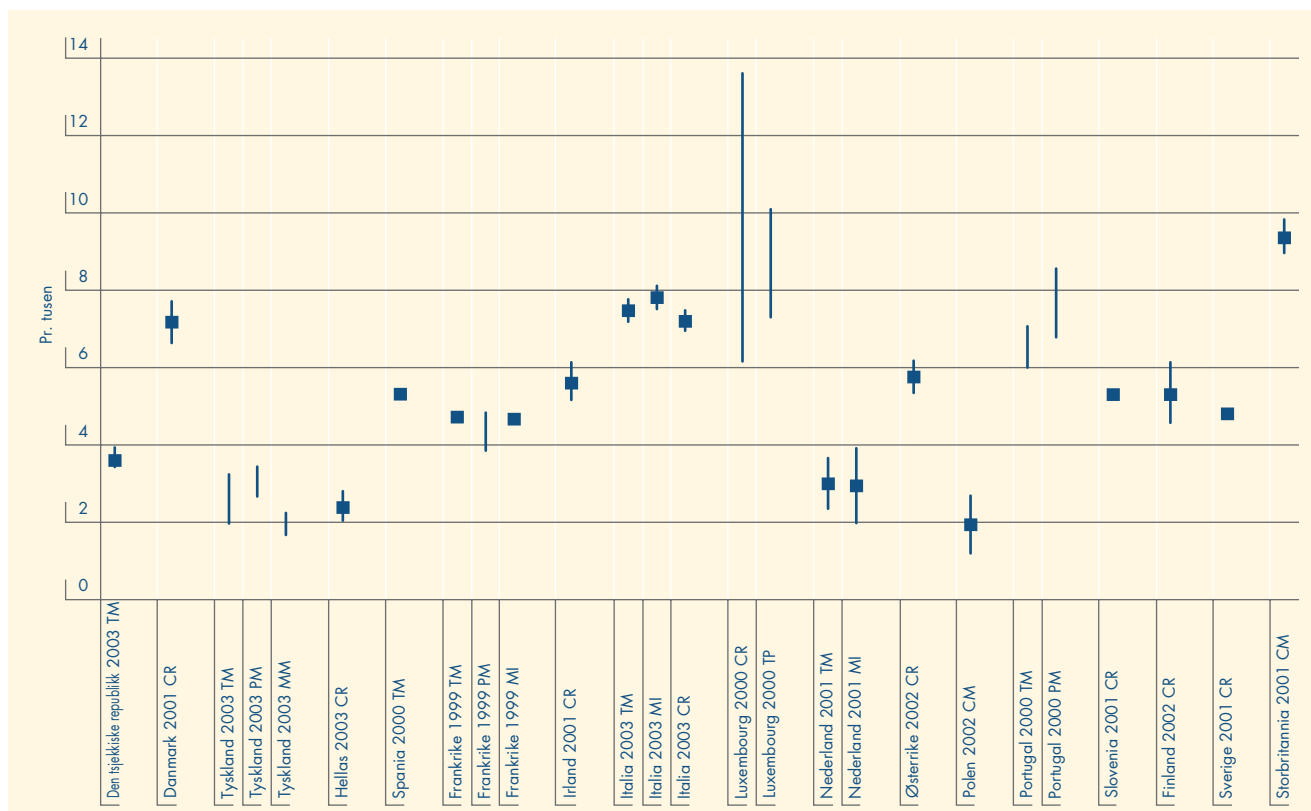
Prevalens

Anslagene over utbredelsen av problematisk bruk av narkotika på nasjonalt nivå i perioden 1999–2003 varierer mellom 2 og 10 tilfeller pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64 (på grunnlag av anslagenes middelværdi), eller inntil 1 % av den voksne befolkningen ⁽¹⁰⁵⁾. Utbredelsen synes å variere meget mellom landene, men når forskjellige metoder brukes innenfor ett land, gir de i all hovedsak samsvarende resultater. Danmark, Irland, Italia, Luxembourg, Østerrike, Portugal, Spania og Storbritannia rapporterer om høyere estimater (6–10 tilfeller pr. tusen innbyggere i alderen 15–64), mens Tyskland, Hellas, Nederland og Polen rapporterer om lavere estimater (under fire tilfeller pr. tusen innbyggere i alderen 15–64) (figur 12). Av de nye medlemsstatene i EU og søkerlandene er det bare Den tsjekkiske republikk, Polen og Slovenia som har godt dokumenterte estimater, og der ligger tallene midt på treet, med henholdsvis 3,6, 1,9 og 5,3 tilfeller pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64. Et veid gjennomsnitt over problematisk bruk av narkotika i EU ligger sannsynligvis på mellom fire og syv tilfeller pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64, som altså betyr 1,2–2,1 millioner problematiske narkotikabrukere i EU, og av disse vil et sted mellom 850 000 og 1,3 millioner være aktive sprøytebrukere. Disse anslagene er likevel langt fra sikre og vil måtte justeres etter hvert som flere data kommer inn fra de nye medlemsstatene.

Lokale og regionale anslag tyder på at utbredelsen av problematisk bruk av narkotika varierer mye byer og regioner imellom. De høyeste prevalensestimaterne i perioden 1999–2003 oppgis av Irland, Portugal og Storbritannia, med tall pr. tusen som når 16 (Dublin), 17 (Beja), 24 (Aveiro), 25 (deler av London), og opp til

⁽¹⁰⁴⁾ Nærmere opplysninger er gitt i metodeopplysninger om problematisk bruk av narkotika i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁰⁵⁾ Se tabell PDU-1 i Statistiske opplysninger 2005.

Figur 12: Anslag over utbredelsen av problematisk narkotikabruk 1999–2003 (pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64)

NB: CR = Capture-Recapture, TM = Treatment Multiplier, PM = Police Multiplier, MI = Multivariate Indicator, TP = Truncated Poisson, CM = Combined Methods. For flere opplysninger, se tabell PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistiske opplysninger 2005.

Et punkt viser til et punkttestimat og en strek viser til et toleranseområde, som kan være et 95 % konfidensintervall eller et intervall basert på en sensitivitetsanalyse (se tabell PDU-3). Målgruppene kan variere noe avhengig av metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. Det spanske anslaget omfatter ikke problematisk kokainbruk – et høyere anslag er gitt i tabell PDU-2 og PDU-3, hvor denne gruppen også er tatt med, men som kanskje ikke er like pålitelig.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter. Se også EONN (2003).

29 (Dundee) og 34 (Glasgow) (figur 13). De lokale, geografiske variasjonene er imidlertid store, idet en annen del av London har en anslått prevalens på 6 pr. tusen. Dette tyder på at det er nødvendig å øke tilgjengeligheten av pålitelige prevalensanslag på lokalt plan i mange andre land, hvor særlig høy (eller lav) lokal eller regional prevalens kan foreligge, men ikke blir målt.

Selv om det har vært gjort store framskritt når det gjelder beregningsmetoder, gjør mangelen på pålitelige og sammenhengende historiske data det vanskelig å vurdere trender for problematisk bruk av narkotika. Rapporter fra en del land om endringer i estimatene, som understøttes av andre indikatordata, tyder på at det har vært en økning i problematisk bruk av narkotika siden midten av 1990-tallet (EONN, 2004a), men i enkelte land synes dette å ha stabilisert seg i de senere årene. Repeterte estimater er tilgjengelig for perioden 1999–2003 fra 16 land (Danmark og Sverige medregnet, som begge har data for 1998–2001, og Storbritannia, som har data for 1996–2001). Av disse 16 landene oppga seks økte

estimater over problematisk bruk av narkotika (Danmark, Finland, Norge, Østerrike, Sverige og Storbritannia), fem oppga en stabil prevalens eller nedgang (Den tsjekkiske republikk, Irland, Tyskland, Hellas og Slovenia) og fem (Spania, Italia, Luxembourg, Nederland og Portugal) oppga varierende trender avhengig av beregningsmetode, som til dels kan vise til de ulike målgruppene av problematiske narkotikabrukere⁽¹⁰⁶⁾.

Sprøytebruk

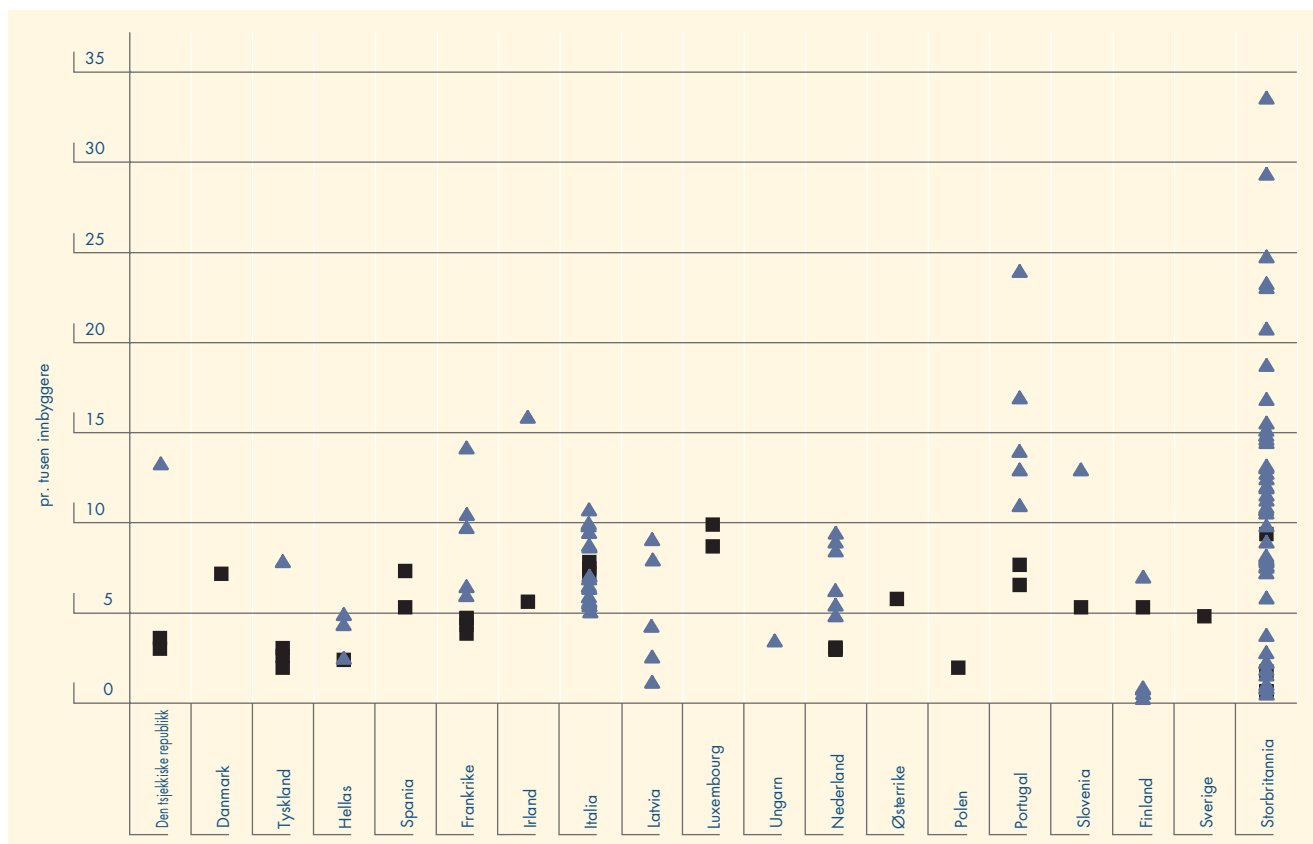
Sprøytebrukere er en svært risikoutsatt gruppe. Det er derfor viktig å vurdere sprøytebruk separat, som en kjernekategori innenfor problematiske narkotikabrukere.

Til tross for sprøytebrukens innvirkning på folkehelsen, er det få land som legger fram nasjonale eller lokale estimater over sprøytebruk. Tilgjengelige estimater på nasjonalt plan varierer mellom ett og seks tilfeller pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64, noe som tilsier at det er store forskjeller landene imellom når det gjelder utbredelsen av sprøytebruk⁽¹⁰⁷⁾. Luxembourg oppgir de

⁽¹⁰⁶⁾ Se figur PDU-4 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁰⁷⁾ Se figur PDU-2 i Statistiske opplysninger 2005.

Figur 13: Nasjonale og lokale anslag over utbredelsen av problematisk narkotikabruk, 1999–2003 (pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64)



NB: Svart kvadrat = nasjonale utvalg; blå trekant = lokale/regionale utvalg
Målgruppene kan variere noe avhengig av metode og datakilde. Sammenligninger bør derfor gjøres med varsomhet. For flere opplysninger, se tabell PDU-1, PDU-2 og PDU-3 i Statistiske opplysninger 2005. Mønsteret for lokale prevalensanslag avhenger mye av om studier er tilgjengelige og hvor de er gjennomført, men der lokale anslag er tilgjengelige, kan de tyde på at utbredelsen avviker fra det nasjonale gjennomsnittet i visse byer eller regioner.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter. Se også EONN (2003).

høyeste nasjonale estimatene for sprøytebruk, med ca. seks tilfeller pr. tusen innbyggere i aldersgruppen 15–64, mens Hellas oppgir det laveste estimatet, med i overkant av ett tilfelle pr. tusen. Selv om det foreligger få prevalensestimater for sprøytebruk, finnes det tegn på at utbredelsen har økt i Norge etter 1999. I Portugal gir forskjellige beregningsmetoder ulike trender ⁽¹⁰⁸⁾.

En analyse av utbredelsen av sprøytebruk blant heroinbrukere i behandling avdekker forskjeller i utbredelsen landene imellom og varierende trender over tid ⁽¹⁰⁹⁾. I en del land (Spania, Nederland, Portugal) er det en relativt liten andel av heroinbrukerne som bruker sprøyter, mens injisering av heroin fortsatt er normen i andre land. I noen av de gamle EU-landene som har lagt fram data (Danmark, Spania, Frankrike, Hellas, Italia og Storbritannia), har utbredelsen av sprøytebruk blant heroinbrukere i behandling gått ned. Men i de fleste nye medlemsstatene, i det minste i de som har lagt fram data,

er de aller fleste heroinbrukerne i behandling sprøytebrukere.

Behandlingsbehov i tall

Av det samlede antallet søknader om behandling gjelder 60 % behandling for opiatbruk, selv om primærrusmiddelet i mange saker ikke er registrert, og over halvparten (54 %) av disse opiatklientene er kjente sprøytebrukere. For 10 % er det ikke kjent om de er sprøytebrukere eller ikke. Opiater oppgis også som sekundærrusmiddel av rundt 10 % av alle nye klienter ⁽¹¹⁰⁾.

I mange land er det fremdeles først og fremst opiat (hovedsakelig heroin) klientene søker behandling for, men relevante forskjeller finnes mellom landene. EUs medlemsstater og søkerlandene kan grovt deles inn i tre grupper ut fra hvor stor andel av behandlingspopulasjonen som har et problem med heroin:

⁽¹⁰⁸⁾ Se figur PDU-5 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁰⁹⁾ Se figur PDU-3 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹¹⁰⁾ Se tabell TDI-24 i Statistiske opplysninger 2005.

- under 40 % – Den tsjekkiske republikk, Nederland, Polen, Finland, Sverige;
- 50–70 % – Danmark, Tyskland, Spania, Irland, Kypros, Latvia, Slovakia, Romaniaa;
- over 70 % – Frankrike, Hellas, Italia, Litauen, Luxembourg, Malta, Slovenia, Storbritannia, Bulgaria (¹¹¹).

Utbredelsen av opiatklienter som fortsetter i behandling i mange år, rapporteres å være økende, mens forekomsten av nye søknader om opiatbehandling går ned (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; Drug Misuse Research Division, 2004). Enkelte land kan spore trendene for heroinbruk blant nye klienter i behandling fra 1996 til 2003, og her sees en generell nedgang i absolutte søknadstall.

Opiatbehandlingens relative andel av alle nye klienter er betydelig redusert, noe som skyldes en økning i antallet klienter hvis problemer primært er relatert til andre rusmidler. Dette kan igjen skyldes: at enkelte opiatklienter går over fra heroin til kokain (Ouweland et al., 2004), en differensiering av behandlingsapparatet som er blitt mer tilgjengelig for andre problematiske narkotikabrukere, eller redusert rekruttering av nye problematiske narkotikabrukere (Nederlands nasjonale rapport).

Denne trenden har variert mellom landene det siste tiåret, idet det har vært en kraftig nedgang i antallet heroinklienter i Danmark, Tyskland, Nederland, Slovakia og Finland, og en viss økning i Bulgaria og Storbritannia (¹¹²).

En dataanalyse over nye klienter i polikliniske behandlingssentre gir en mer detaljert beskrivelse av profilen for opiatbrukere. Det er 2,8 menn for hver kvinne som søker behandling for bruk av opiat som primærrusmiddel. Kjønnforholdet varierer imidlertid betydelig fra land til land, fra 5:1 til 2:1, med unntak av Kypros, hvor forholdet mann:kvinne er veldig høyt (11:1), og Sverige, hvor det er veldig lavt (0,9:1), det er flere kvinner enn menn blant opiatbrukerne (¹¹³).

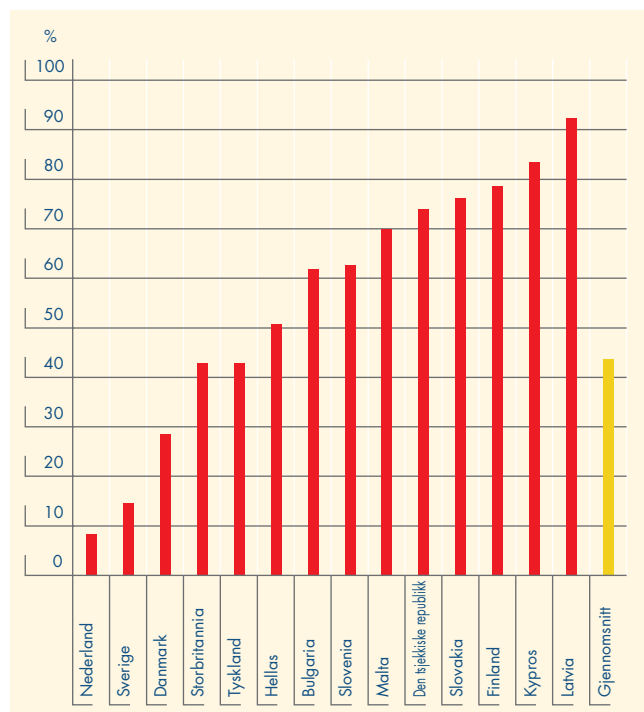
De fleste opiatbrukerne er mellom 20 og 34 år, og i aldersgruppen 30–39 år søker mer enn halvparten av klientene behandling for opiatbruk. Trenden som rapporteres, tyder på et aldrende opiatklientell – f.eks. er rundt 40 % av alle nye opiatklienter i Nederland over 40 år. Unntakene er Romaniaa og Slovenia, som har en veldig ung populasjon (15–19 år) av opiatbrukere (¹¹⁴).

De fleste opiatklientene oppgir at de brukte opiat for første gang da de var mellom 15 og 24 år gamle, mens rundt 50 % av klientene debuterte før fylte 20 (¹¹⁵).

Hvis man sammenligner debutalder med alder ved første behandling, går det vanligvis mellom 5 og 10 år fra førstegangsbruk til vedkommende første gang søker seg til behandlingsapparatet. Tidlig debutalder for opiatbruk er ofte assosiert med en rekke atferdsproblemer og sosial deprivasjon (Storbritannias nasjonale rapport). I de fleste landene bruker mellom 60 % og 90 % av opiatklientene stoffet daglig, mens enkelte klienter ikke har brukt opiat siste måned eller bare sporadisk. Dette kan sannsynligvis forklares med at en del klienter slutter å bruke stoffet før de påbegynner en behandling (¹¹⁶).

40 % prosent av klientene injiserer stoffet og like mange røyker eller inhalerer det. Gamle og nye medlemsstater rapporterer om forskjellige bruksmåter (¹¹⁷) (figur 14) – i de nye medlemsstatene bruker over 60 % sprøyte, mot under

Figur 14: Nye polikliniske klienter som injiserer opiat, som andel av det totale antallet nye opiatklienter, etter land, 2003



NB: Bare land som har klienter med opiat som primærrusmiddel og/eller land som har lagt fram data, er tatt med.
Kilde: Nasjonale Reitox-rapporter (2004).

(¹¹¹) Se tabell TDI-5 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

(¹¹²) Se tabell TDI-3 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

(¹¹³) Se tabell TDI-22 i Statistiske opplysninger 2005.

(¹¹⁴) Se tabell TDI-10 (del iii) i Statistiske opplysninger 2005.

(¹¹⁵) Se tabell TDI-11 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.

(¹¹⁶) Se tabell TDI-18 (del i) i Statistiske opplysninger 2005. Bare Tyskland rapporterer at 70 % av alle nye klienter bruker opiat sporadisk eller ikke har brukt opiat siste måned.

(¹¹⁷) Bare land som la fram data.

60 % i de gamle medlemsstatene (med unntak av Finland, der andelen klienter som injiserer opiater er 78,4 %). Andelen sprøytebrukere blant opiatklienter er lavest i Nederland (8,3 %) ⁽¹¹⁸⁾.

Mange nye klienter bruker opiater i tillegg til andre rusmidler, ofte cannabis (47 %) eller alkohol (24 %). Her er det imidlertid et tydelig skille mellom landene: i Den tsjekkiske republikk og Slovakia bruker nesten halvparten av klientene opiater sammen med andre sentralstimulerende midler enn kokain; i Hellas og på Malta bruker hhv. 18 % og 29 % av klientene opiater med kokain som sekundærrusmiddel; i Finland oppgir 37 % av opiatbrukerne (hovedsakelig brukere av buprenorfin) bruk av hypnotika og sedativa (hovedsakelig benzodiazepiner) som sekundærrusmidler ⁽¹¹⁹⁾.

Narkotikarelaterte smittsomme sykdommer

HIV og AIDS

Nyere trender i rapporterte HIV-tilfeller

I kjølvannet av de massive epidemiene i Øst-Europa har HIV hatt en kraftig epidemisk spredning blant sprøytebrukere i de nye EU-medlemsstatene i Baltikum (EuroHIV, 2004) (se boks "HIV og AIDS i Øst-Europa"). Antallet nye diagnostiserte tilfeller nådde en topp i Estland og Latvia i 2001 og i Litauen i 2002, men tallene har gått kraftig ned i den senere tid. Dette mønsteret er typisk for HIV-epidemier blant sprøytebrukere. En epidemi oppstår fordi alle i kjernegruppen av de mest risikoutsatte sprøytebrukere smittes i løpet av kort tid, etterfulgt av en nedgang i antall nye tilfeller ettersom det ikke finnes flere risikoutsatte sprøytebrukere som kan smittes. Deretter stabiliseres antallet nye tilfeller på et nivå som avhenger av rekrutteringsraten for nye risikoutsatte sprøytebrukere. Imidlertid kan man ikke utelukke atferdsendring som en medvirkende årsak, og i så fall kan dette delvis tilbakeføres til spesifikke intervensjoner (se "Forebygging av narkotikarelaterte smittsomme sykdommer", s. 67).

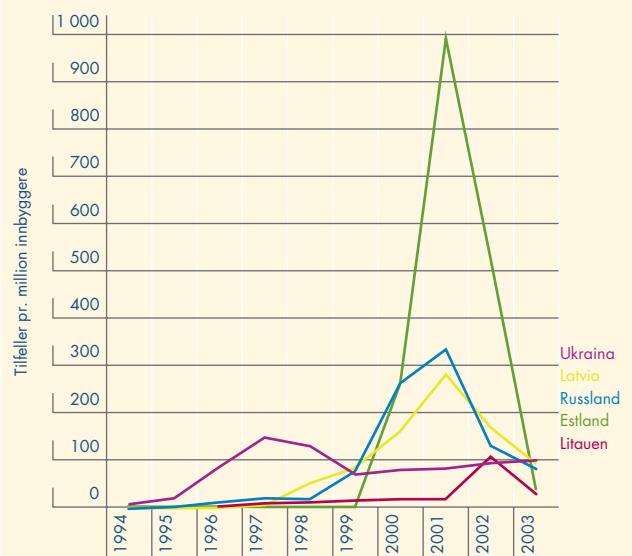
I EU-15-landene, bortsett fra i Portugal, har antallet nye diagnostiserte HIV-tilfeller holdt seg lavt de senere år. Imidlertid er sammenligningene på EU-plan ufullstendige, fordi HIV-data ikke er innrapportert (Spania og Italia) og først nå blir tilgjengelig (Frankrike) for noen av landene som er mest berørt av AIDS. Portugal hadde hele 88 HIV-tilfeller pr. million innbyggere i 2003, men samtidig en kraftig nedgang fra 2000 (da tallet var 245 pr. million). Denne nedgangen må tolkes med

HIV og AIDS i Øst-Europa

HIV (humant immunsviktvirus) har hatt en massiv epidemisk spredning blant sprøytebrukere i Russland og Ukraina i den senere tid, og det samme er tilfellet i EU-medlemsstatene i den baltiske region. I 2001 nådde antallet nye diagnostiserte tilfeller som følge av intravenøs narkotikabruk en topp i Estland og Den russiske føderasjon med hhv. 991 og 333 tilfeller pr. million innbyggere. Ukraina nådde imidlertid toppen tidligere, i 1997, med 146 tilfeller pr. million, som et resultat av omfattende sprøytebruk-relatert smitte. Antallet nye sprøytebruk-relaterte HIV-diagnoser gikk deretter ned, for så å øke igjen.

Forekomsten av AIDS blant sprøytebrukere øker raskt i Latvia og Ukraina, noe som tyder på at tilgangen til og deknningen av antiviral behandling sannsynligvis er utilstrekkelig (se "Høyaktiv antiretroviral behandling i WHO's Europaregion", s. 65).

Nylig diagnostisert HIV-smitte hos sprøytebrukere i utvalgte EU-land, Russland og Ukraina, etter rapporteringsår



Kilde: Det europeiske senteret for epidemiologisk overvåking av AIDS (EuroHIV) (2004).

varsomhet, ettersom Portugal først i 2000 begynte å innrapportere europeiske data.

HIV-seroprevalens

Sero-prevalensdata for sprøytebrukere (prosent smittet i et utvalg av sprøytebrukere) er et viktig tillegg til innrapporterte data om HIV-tilfeller. Repeterte seroprevalensstudier og rutineovervåking av data fra diagnostiske tester kan validere trender for innrapporterte

⁽¹¹⁸⁾ Se tabell TDI-17 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹¹⁹⁾ Se tabell TDI-25 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005. Se også det utvalgte aspektet buprenorfin. Klientene kan oppgi bruk av inntil fire sekundærrusmidler.

tilfeller, og kan også gi mer detaljert informasjon om spesifikke regioner og miljøer. Imidlertid kommer prevalensdata fra forskjellige kilder, og disse kan i enkelte tilfeller være vanskelige å sammenligne og bør derfor tolkes med varsomhet.

De registrerte økningene i innrapporterte HIV-tilfeller i den senere tid bekreftes i all hovedsak av framlagte sero-prevalensdata; for eksempel økte prevalensen i det nasjonale behandlingsutvalget av testede sprøytebrukere i Latvia fra 1,5 % (5/336) i 1997 til 14 % (302/2 203) i 2001, for så å falle til 7 % (65/987) i 2003. I Østerrike, som ikke har lagt fram data over HIV-tilfeller blant sprøytebrukere, tyder HIV-prevalensen i nasjonale utvalg av (direkte) narkotikarelaterte dødsfall på en viss økning, til 7 % (11/163) i 2003 fra 1 % (1/117) i 1998, men tallene er små og trenden uten statistisk signifikans.

I 2002 og 2003 viste utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere – hovedsakelig i behandlingsapparatet – store variasjoner innenfor det enkelte land og landene imellom, og varierte fra 0 % i Bulgaria, Ungarn, Slovenia og Slovakia til hele 37,5 % (54/144) i én by i Italia i 2003 (Bolzano – brukere i behandling og i fengsel) ⁽¹²⁰⁾. De nasjonale utvalgene viste høyest utbredelse (over 10 % i 2002–2003) i Italia, Latvia og Portugal ⁽¹²¹⁾. I Spania tydet data fra 2001 på en veldig høy utbredelse, men nyere data mangler ⁽¹²²⁾. Høyest utbredelse i regionale og lokale utvalg (over 20 % i 2002–2003) ble rapportert fra Spania, Italia, Latvia og Polen ⁽¹²³⁾, skjønt enkelte land og områder med høy utbredelse i tidligere år har ikke lagt fram nyere data. I Latvia og Polen tyder lokale studier på nyere HIV-smitte, på bakgrunn av en veldig høy utbredelse blant unge sprøytebrukere ⁽¹²⁴⁾. Når det gjelder den polske studien, bekreftes denne smitten i den senere tid av en utbredelse på 23 % blant et utvalg på 127 nye sprøytebrukere ⁽¹²⁵⁾.

Tidstrendene for utbredelse varierer også fra land til land. Til tross for at det har vært nyere utbrudd i Baltikum, tyder HIV-seroprevalensdata fra utvalg av sprøytebrukere på en økning etter midten av 1990-tallet i noen av de landene som har vært hardest rammet (Spania, Frankrike og Italia), etterfulgt av en stabilisering i de senere år ⁽¹²⁶⁾. Hvis seroprevalensen er høy og stabil, er det imidlertid stor fare for at smitten videreføres. Data for nye sprøytebrukere tyder i høy grad på pågående og til og med økt smitte i

Spania i 1999–2000. I enkelte andre land (Frankrike 2001–2003, Portugal 1999–2000) tyder lokale og regionale data vedrørende nye og unge sprøytebrukere på en viss (økt) smitte, men prøveutvalgene er for små til at trendene kan ha statistisk signifikans ⁽¹²⁷⁾. På den annen side bør det anføres at utbredelsen av HIV blant sprøytebrukere fremdeles var veldig lav i flere land i 2002–2003. HIV-prevalensen var under 1 % i Den tsjekkiske republikk, Hellas (nasjonale data), Ungarn, Slovenia, Slovakia, Finland, Romania (data bare for 2001), Bulgaria og Norge (data for Oslo). I noen av disse landene (f.eks. Ungarn) var utbredelsen av både HIV og hepatitt C-viruset (HCV) blant de laveste i EU, noe som tyder på lav risikoatferd blant sprøytebrukerne (se "Hepatitt B og C" under).

AIDS-forekomst

I Latvia har forekomsten av AIDS blant sprøytebrukere økt fra 0 tilfeller i 1997 til anslagsvis 19 tilfeller pr. million innbyggere både i 2002 og 2003 ⁽¹²⁸⁾. Imidlertid er Portugal fremdeles det EU-landet med høyest forekomst, med 33 tilfeller pr. million, selv om dette tallet er gått ned etter 1999. AIDS-insidensen som følge av sprøytebruk i EU nådde en topp tidlig på 1990-tallet og gikk deretter ned. Spania pleide å være det landet som hadde høyest

Høyaktiv antiretroviral behandling i WHO's Europaregion

WHO's estimater over deknningen av høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) tyder på at i EU og det meste av Sentral-Europa har over 75 % av de som behøver behandling, tilgang til HAART.

I de baltiske statene anslås imidlertid deknningen å være "dårlig" i Estland og Litauen (25–50 %) og "svært dårlig" i Latvia (under 25 %). Dekningen anses å være "svært dårlig" i de fleste landene i Øst-Europa.

Det foreligger ikke dekningsanslag spesifikt for sprøytebrukere, men studier har vist at det er større sannsynlighet for at sprøytebrukere ikke har tilgang til HAART enn personer som er smittet på andre måter.

Kilde: WHO's regionkontor for Europa, Health for all-databasen (www.euro.who.int/hfad) (pr. 8. mars 2005).

⁽¹²⁰⁾ Se figur INF-3 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹²¹⁾ Data for Portugal og Italia omfatter ikke bare sprøytebrukere og kan dermed gi et for lavt anslag over utbredelsen blant sprøytebrukere.

⁽¹²²⁾ Se tabell INF-1 og INF-8 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹²³⁾ Se figur INF-8 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹²⁴⁾ Sprøytebrukere under 25 år: 33 % av 55 unge sprøytebrukere i Polen er smittet og 20 % av 107 unge sprøytebrukere i Latvia.

⁽¹²⁵⁾ Se tabell INF-10 og figur INF-4 og INF-5 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹²⁶⁾ Se figur INF-16 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹²⁷⁾ Se tabell INF-26 og INF-27 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹²⁸⁾ Se figur INF-1 i Statistiske opplysninger 2005.

forekomst av AIDS, med en topp på 124 tilfeller pr. million i 1994, men i 2003 var dette tallet gått ned til anslagsvis 16 pr. million.

Nedgangen i AIDS-forekomsten på slutten av 1990-tallet skyldes innføringen av høyaktiv antiretroviral behandling (HAART) i 1996, som forebygger utviklingen av AIDS hos personer med HIV-smitte (se boks om HAART). Når det gjelder sprøytebrukere, kan også tiltak for å forebygge HIV ha spilt en viktig rolle, og i enkelte land har en nedgang i antallet sprøytebrukere vært en faktor (se "Sprøytebruk", s. 61).

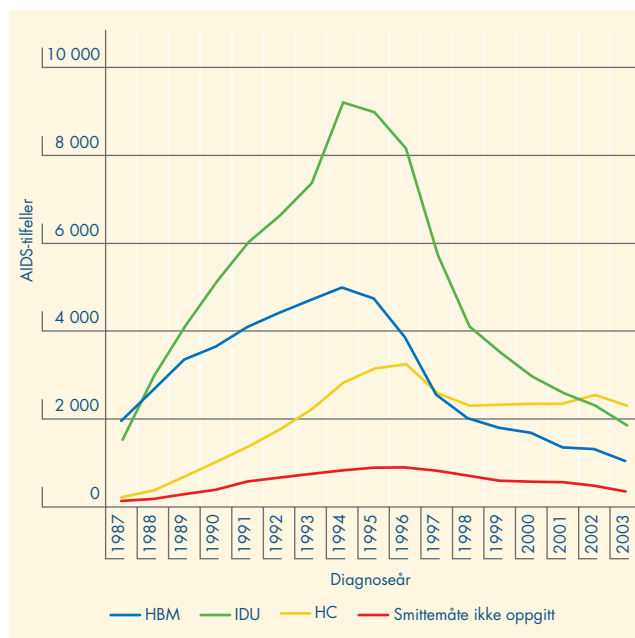
Årlige insidensdata viser at fram til 2002 kunne de fleste nye AIDS-tilfeller i EU tilbakeføres til intravenøs narkotikabruk, mens heteroseksuell sex nå er den vanligste smitteveien, noe som gjenspeiler endringene i HIV-epidemiologien i de foregående år (figur 15). Det bør imidlertid anføres at smitemønstrene kan variere mye landene imellom ⁽¹²⁹⁾.

Hepatitt B og C

Utbredelsen av antistoffer mot hepatitt C-viruset (HCV) blant sprøytebrukere er generelt ekstremt høy, selv om det er store variasjoner innenfor det enkelte land og landene imellom ⁽¹³⁰⁾. Blant utvalg av sprøytebrukere oppgir Belgia, Estland, Hellas, Italia, Polen, Portugal og Norge en prevalens på over 60 % i 2002–2003, mens Belgia, Den tsjekkiske republikk, Hellas, Ungarn, Østerrike, Slovenia, Slovakia, Finland og Storbritannia rapporterer om utvalg hvor utbredelsen er på under 40 % (figur 16) ⁽¹³¹⁾.

Det er bare noen få land som har lagt fram prevalensdata for unge sprøytebrukere (under 25 år), og i en del tilfeller er utvalgsstørrelsene små. Framlagte data viser at utbredelsen var høyest blant unge sprøytebrukere i 2002–2003 (over 40 %) i utvalg fra Hellas, Østerrike og Polen, og lavest (under 20 %) i utvalg fra Ungarn, Slovenia, Finland og Storbritannia ⁽¹³²⁾. Data over HCV-prevalens blant nye sprøytebrukere (har injisert i mindre enn to år) er enda mer begrenset, men framlagt informasjon for 2002–2003 viser høyest prevalens (over 40 %) i utvalg fra Belgia og Polen, og lavest (under 20 %) i utvalg fra Den tsjekkiske republikk, Hellas og Slovenia ⁽¹³³⁾. Meldingsdata for hepatitt C for perioden 1992–2003 tyder på at i alle land som oppgir data, står sprøytebrukere for et stort flertall av de meldte tilfellene av

Figur 15: AIDS-tilfeller etter smitemåte og diagnoseår (1987–2003), justert for rapporteringsforsinkelser, EU



NB: Data vises for de tre hoved-smitemåtene og for tilfeller uten oppgitt smitemåte. HBM – homoseksuelle og biseksuelle menn; IDU – sprøytebrukere; HK – heteroseksuell kontakt. Blant de landene som ikke er med, er Frankrike, Nederland (data er ikke tilgjengelig for hele perioden) og Kypros (ingen data tilgjengelig).
Kilde: EuroHIV, data innrapportert før 31. desember 2003.

hepatitt C (meldingene er stort sett begrenset til diagnostiserte tilfeller av akutt infeksjon) (figur 17).

Utbredelsen av markører for hepatitt B-viruset (HBV) varierer også mye både innenfor det enkelte land og landene imellom ⁽¹³⁴⁾. De mest komplette opplysningene gjelder anti-HBc, som indikerer tidligere smitte, og for de som tester negativt, et potensial for vaksinasjon. I 2002–2003 ble utvalg av sprøytebrukere med prevalenstall over 60 % rapportert av Belgia, Estland og Italia, mens utvalg med prevalenstall under 30 % ble rapportert av Belgia, Spania, Italia, Østerrike, Portugal, Slovenia, Slovakia og Storbritannia ⁽¹³⁵⁾. Meldingsdata om hepatitt B for perioden 1992–2003 for de landene som har lagt fram data, tyder på at andelen sprøytebrukere har gått opp ⁽¹³⁶⁾. I Norden opptre det store flertallet av de meldte akutte tilfellene av hepatitt B blant sprøytebrukere, og hepatitt B-utbrudd har falt sammen med økt sprøytebruk i flere land (Blystad et al., 2005).

⁽¹²⁹⁾ Se figur INF-2 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹³⁰⁾ Se tabell INF-2 og INF-11 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹³¹⁾ Se også figur INF-21 i Statistiske opplysninger 2005 og Matheï et al., 2005.

⁽¹³²⁾ Se tabell INF-12 i Statistiske opplysninger 2005.

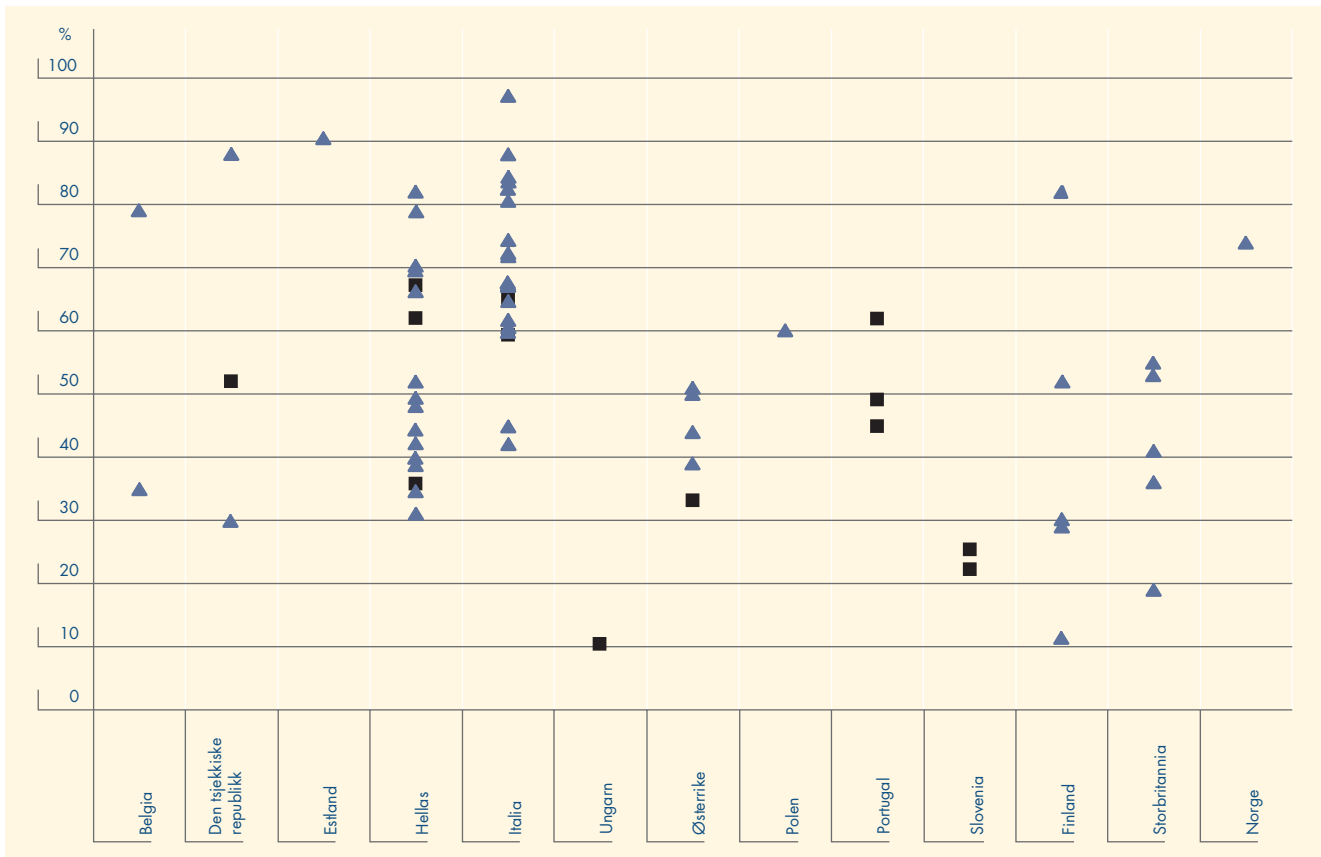
⁽¹³³⁾ Se tabell INF-13 og figur INF-7 og INF-8 i Statistisk opplysninger 2005.

⁽¹³⁴⁾ Se tabell INF-3 og INF-14 og INF-15 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹³⁵⁾ Se figur INF-9, INF-10, INF-22 og INF-23 Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹³⁶⁾ Se figur INF-14 i Statistiske opplysninger 2005.

Figur 16: Nasjonale og lokale anslag over HCV-prevalens blant sprøytebrukere, 2002–2003



NB: Svart kvadrat: nasjonale utvalg; blå trekant: lokale/regionale utvalg. Forskjellene landene imellom må fortolkes med varsomhet da miljøer og/eller studiemetoder kan variere. Strategiene for nasjonal utvalgstrækning varierer også. Dataene for Spania og Portugal og noen av dataene for Den tsjekkiske republikk inkluderer ikke-sprøytebrukere; prevalensen blant sprøytebrukere kan derfor være for lavt anslått (andelen ikke-sprøytebrukere i utvalget er ikke kjent). Data for Portugal, Slovenia og Slovakia er begrenset til prevalensen blant sprøytebrukere i behandling og er muligens ikke representative for prevalensen blant sprøytebrukere utenfor behandlingsapparatet.

Kilder: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet (2004). For primærkilder, se nærmere opplysninger og data fra før 2002 i tabell INF-11 i Statistiske opplysninger 2005.

For en kort oversikt over andre narkotikarelaterte smittsomme sykdommer, se årsrapporten for 2004 (<http://ar2004.emcdda.eu.int/no/page074-no.html>).

Forebygging av narkotikarelaterte smittsomme sykdommer

Selv om de nasjonale retningslinjene selvfølgelig varierer mellom medlemsstatene ut fra narkotikasituasjon og politisk kontekst i det enkelte land, finnes det samtidig stadig mer som tyder på økt konsensus på europeisk plan om hvilke elementer tiltak for å bekjempe HIV og andre smittsomme sykdommer blant sprøytebrukere må bestå av for å være effektive⁽¹³⁷⁾. Blant disse tiltakene er: lettere tilgang til narkotikabehandling (WHO, 2005), utbygging av lavterskeltjenester, utdeling av sterilt utstyr og opplæringsprogrammer. Det bør likevel anføres at landene

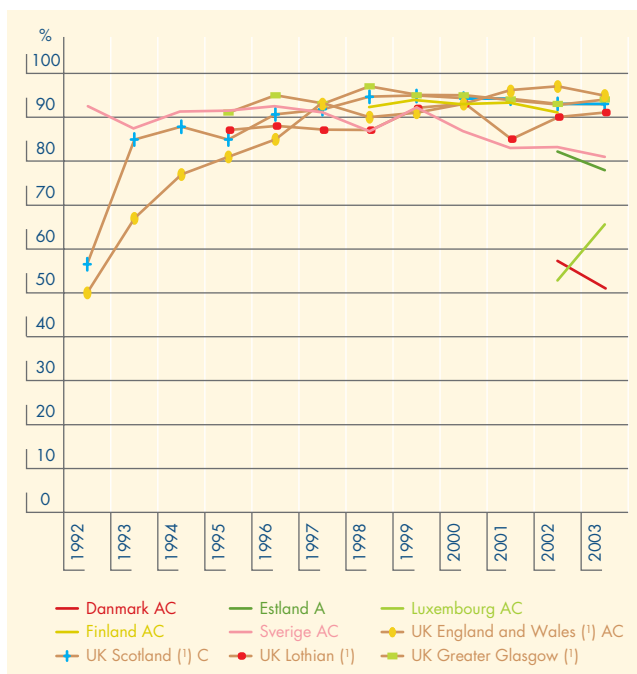
veklegger hvert av disse tjenesteelementene forskjellig. Det er særlig viktig at sprøytebrukere av opiatar har god nok tilgang til substitusjonsbehandling, ettersom dette signifikant bidrar til å redusere narkotikarelatert atferd med høy risiko for HIV-smitte (Gowing et al., 2005; Sullivan et al., 2005).

Tilgjengelighet av sprøytespiss og sprøyter

De første sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammene startet i Den europeiske union på midten av 1980-tallet som et straktiltak mot den truende HIV-epidemien blant sprøytebrukere, og ble raskt bygget ut i løpet av 1990-årene (figur 18). I 1993 eksisterte offentlig finansierte programmer i mer enn halvparten av dagens 25 EU-medlemsstater og Norge. I dag finnes slike programmer i Bulgaria, Romania og Norge i tillegg til i alle EU-landene, unntatt Kypros, der sterilt utstyr imidlertid

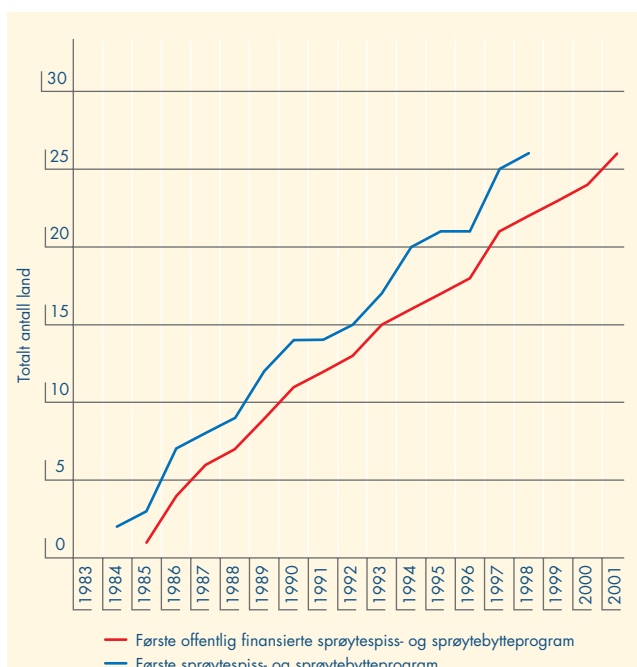
⁽¹³⁷⁾ På to konferanser i den senere tid har representanter for europeiske regjeringer bekreftet sitt engasjement for kampen mot HIV/AIDS og utarbeidet tiltak for å styrke innsatsen på dette området (Dublin-deklarasjonen, februar 2004, og Vilnius-deklarasjonen, september 2004) Alle nøkkeldokumenter fra EU om HIV/AIDS ligger på Europakommisjonens eget nettsted for folkehelse (http://europa.eu.int/comm/health/ph_threats/com/aids/keydocs_aids_en.htm).

Figur 17: Meldte tilfeller av hepatitt C, i prosent av tilfeller blant sprøytebrukere, 1992-2003



(!) Lokale data.
 NB: A = akutte tilfeller, AC = akutte og kroniske tilfeller, C = kroniske tilfeller.
 Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet.

Figur 18: Innføring av sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer i 23 EU-land, Norge og Bulgaria



Kilde: Nasjonale kontaktpunkter i Reitox-nettet, 2004.

deles ut gratis på apotek, og et offisielt sprøytebytteprogram er under vurdering (¹³⁸). Når et land først har fått et slikt program, blir vanligvis den geografiske dekningen for sprøytebytte kontinuerlig bedre. Mange land har nå full geografisk dekning, med apotek som den viktigste partneren i flere medlemsstater. Et unntak er likevel Sverige – de to programmene som ble startet i 1986, er fortsatt de to eneste i hele landet, og i Hellas der antallet sprøytebytteprogrammer er begrenset og bare finnes i Aten (¹³⁹).

Sprøytebytteprogrammer utgjør vanligvis en integrerende del av arbeidet til lavterskeltjenester (se boks "Gjøre tjenestene lettere tilgjengelige"), feltarbeid og omsorg for hjemløse i EU-landene og Norge. Ettersom lavterskeltjenestene klarer å nå ut til skjulte populasjoner av aktive narkotikabrukere, kan de være et viktig startsted for kontakt, forebygging, opplæring og rådgivning i tillegg til henvisning til behandling. Det blir stadig klarere at lavterskeltjenester kan være helt avgjørende for å nå ut med grunnleggende medisinsk behandling, screening av smittsomme sykdommer samt vaksiner og antiretroviral behandling til samfunnsmedlemmer som av ulike årsaker kan finne det vanskelig å få tilgang til de mer formelle helsetjenestene.

I 16 EU-medlemsstater og i Norge beskrives sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer som en dominerende komponent i smittevernarbeidet blant narkotikabrukere, og en vanlig komponent i ytterligere seks. I tillegg verdsettes programmene som et prioritert politisk tiltak mot smittsomme sykdommer blant narkotikabrukere i to tredeler av landene i EU (¹⁴⁰).

Dokumentasjon på effektiviteten av sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer

Allerede på 1980-tallet begynte forskerne å undersøke sprøytebytteprogrammernes effektivitet mht. å redusere HIV/AIDS blant sprøytebrukere (¹⁴¹). En litteraturgjennomgang utgitt av Verdens helseorganisasjon i 2004 konkluderte med at det er klart dokumentert at økt tilgjengelighet og bruk av sterilt injeksjonsutstyr for sprøytebrukere medfører en betydelig reduksjon i utbredelsen av HIV-smitte, og at det ikke finnes noen dokumentasjon på eventuelle vesentlige utilsiktede, negative konsekvenser (WHO, 2004). Gjennomgangen fastslo imidlertid at sprøytebytteprogrammene i seg selv ikke er nok til å få kontroll med HIV-smitte blant sprøytebrukere, og at disse programmene må understøttes av en rekke supplerende tiltak for å kontrollere HIV-smitte blant og fra sprøytebrukere. En gjennomgang av kostnadseffektiviteten ved sprøytebytteprogrammer av

⁽¹³⁸⁾ Se tabell NSP-2 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹³⁹⁾ Se "Tilgjengelighet av sprøytespiss og sprøyter" i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁴⁰⁾ Se EONNs nettsted for en oversikt over nasjonale tiltak mot smittsomme sykdommer (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10212>).

⁽¹⁴¹⁾ Se EONNs nettsted for en liste over sentrale gjennomganger (<http://emcdda.eu.int/?nnodeid=5777>).

Gjøre tjenestene lettere tilgjengelige

Begrepet "lavterskel" beskriver et praktiserende miljø som har som mål å gjøre det lettere for narkotikabrukerne å få tilgang til sosial- og helsetjenester. For å senke terskelen for tilgang legges disse rusmiddel-tjenestene til bestemte steder, med åpningstider som er tilpasset klientenes behov, dvs. at de også er åpne sent om kvelden eller om natten. Lavterskeltjenestene yter ofte sine tjenester via feltarbeidere. Bruken av disse krever lite byråkrati og er ofte gratis, og det forventes ikke at klientene skal være eller bli rusfrie. Disse tjenestene er rettet mot aktuelle brukere som aldri har vært i kontakt med andre rusmiddel- og helsetjenester, eller som har mistet denne kontakten. Tjenestene er rettet mot de gruppene som er vanskelige å nå, bestemte grupper av høyrisikobrukere samt eksperimentbrukere (f.eks. ved at tjenestene tilbys i klubber og på diskoteker eller i andre festmiljøer). Lavterskel-betegnelsen kan bety at det er snakk om f.eks. rusmiddel-tjenester på gatenivå, dropp-inn-sentre, feltpleiestasjoner og hospitser. Ettersom tjenestene er lett tilgjengelige, spiller de en viktig rolle når man i et omfattende pleie- og omsorgssystem ønsker å nå ut til de mer "skjulte" populasjonene av narkotikabrukere som er vanskelige å nå. Ved siden av å motivere brukerne til å søke behandling og foreta henvisninger, tilbyr de ofte "overlevelsesorienterte" tjenester, dvs. mat, klær, husrom, sterilt sprøyteutstyr og medisinsk behandling. Disse miljøene danner selve kjernen i arbeidet med å spre helseopplysninger og øke kunnskapene om og ferdigheter i sikker bruk hos narkotikabrukerne, enten de eksperimenterer, er avhengige eller har et problematisk misbruk. De leverer i økende grad også behandlingstjenester.

de Wit og Bos (2004) konkluderer med at sprøytebytteprogrammer synes å være kostnadseffektive når det gjelder å forebygge spredningen av HIV, og at de faktisk har andre verdifulle fordeler enn akkurat å redusere HIV, som f.eks. å få narkotikabrukere som er vanskelige å nå, til å komme i kontakt med helse- og sosialtjenesten.

Forebygging av hepatitt

De som injiserer narkotika, har en veldig høy risiko for HBV- og HCV-smitte, som kan medføre kroniske infeksjoner som kan skade og til sist ødelegge leveren (EONN, 2004b). 50–80 % av alle narkotikabrukere blir smittet innen fem år etter at de debuterer med sprøyter. Det finnes

ingen vaksine mot hepatitt C, men hepatitt B kan effektivt forebygges ved vaksinasjon⁽¹⁴²⁾.

Flere EU-land har i løpet av det siste tiåret innført eller gjeninnført hepatitt B i sine nasjonale vaksinasjonsprogrammer, og vaksinen inngår nå i den rutinemessige vaksinasjonsordningen for barn i de fleste EU-land. Hittil er det bare Danmark, Nederland, Sverige, Storbritannia og Norge som ikke følger anbefalingen fra WHO⁽¹⁴³⁾.

Selv om det ennå vil gå noen tiår før det ikke lenger finnes noen betydelige befolkningsgrupper med høy risiko, gjennomføres nå målrettede vaksinasjonsprogrammer for narkotikabrukere i de fleste EU-landene og Norge. For å nå fram til målpopulasjonene gis narkotikabrukerne mulighet for å få vaksinen på lett tilgjengelige kontaktpunkter og også i økende grad i fengslene⁽¹⁴⁴⁾.

Vaksinasjonskampanjer mot hepatitt B blir ofte kombinert med vaksinasjon mot hepatitt A samt rådgivning, testing og henvisning i forbindelse med hepatitt C-viruset. Selv om alle land tilbyr behandling av hepatitt C, kan det i praksis være vanskelig for narkotikabrukere å få tilgang til behandlingen. Ettersom offisielle medisinske retningslinjer betraktes som et viktig verktøy for å styre behandlingstilbudet når det gjelder hepatitt C, ble disse analysert av EONN i 2003-04⁽¹⁴⁵⁾. I henhold til de fleste retningslinjer bør narkotikabrukere få behandling først etter at de har sluttet med narkotika eller har vært stabile på peroral substitusjonsbehandling i en periode som kan variere fra tre måneder til to år. Jo nyere retningslinjene er, jo større er muligheten for at de tar hensyn til forskning som har påvist fordelene for narkotikabrukere ved en tverrfaglig tilnærming til behandling utført av team med hepatologer og rusmiddelspesialister. Flere nasjonale retningslinjer er kommet til i den senere tid, og dette vil sannsynligvis forbedre behandlingen og resultatet for narkotikabrukerne.

Narkotikarelaterte dødsfall

Heroindødsfall

I denne delen brukes begrepet "narkotikarelatert dødsfall" om dødsfall som direkte skyldes inntak av ett eller flere narkotiske stoffer og som generelt inntreffer kort tid etter at stoffet eller stoffene ble inntatt. Disse dødsfallene omtales som "overdoser", "forgiftninger" eller "narkotikainduserte dødsfall"⁽¹⁴⁶⁾.

⁽¹⁴²⁾ For ytterligere informasjon om hepatitt, se EONNs nettside (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴³⁾ Rapport fra den 14. globale rådgivningsgruppen: Utvidet vaksinasjonsprogram, 14. –18. oktober 1991, Antalya, Tyrkia, gjodkjent av Verdens helseorganisasjons generalforsamling i 1992.

⁽¹⁴⁴⁾ Se Tabell over hepatitt B-vaksinasjon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=10192>).

⁽¹⁴⁵⁾ Konsulentstudie om retningslinjer for behandling av hepatitt C hos sprøytebrukere (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=5826>).

⁽¹⁴⁶⁾ Denne definisjonen ble vedtatt av EONNs gruppe av nasjonale eksperter: se metodeopplysninger om "Narkotikarelaterte dødsfall – EONNs definisjon" i Statistiske opplysninger 2005 og Narkotikarelaterte dødsfall, Standardprotokoll, versjon 3.0 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>). De fleste land har nasjonale definisjoner som pr. i dag er lik eller relativt lik EONNs, selv om enkelte land inkluderer tilfeller som skyldes psykoaktive legemidler eller ikke-overdose-dødsfall, vanligvis som en begrenset andel (se "Nasjonale definisjoner på narkotikarelaterte dødsfall" i Statistiske opplysninger 2005).

I EU er opiatere til stede i de fleste rapporterte tilfellene av "narkotikarelaterte dødsfall" forårsaket av illegale rusmidler, selv om andre stoffer i mange tilfeller også identifiseres i de toksikologiske undersøkelsene, særlig alkohol, benzodiazepiner og i enkelte land, kokain⁽¹⁴⁷⁾.

Mellom 1990 og 2002 rapporterte landene i EU hvert år 7 000–9 000 dødsfall som følge av overdose⁽¹⁴⁸⁾, til sammen over 100 000 dødsfall i løpet av denne perioden. Disse tallene kan betraktes som minimumsestimater siden det er sannsynlig at underreportering skjer i flere land.

I Europa er opiatoverdoser en av de viktigste årsakene til dødsfall blant unge mennesker, særlig blant unge menn i urbane områder (EONN, 2004c). Pr. i dag er overdose også den viktigste dødsårsaken blant opiatbrukere i EU sett under ett. EU-15 rapporterte f.eks.

8 347 narkotikarelaterte dødsfall i 2001, samtidig som AIDS forårsaket 1 633 dødsfall blant sprøytebrukere (EuroHIV, 2004)⁽¹⁴⁹⁾, men kostnadene og de mulige langsiktige problemene HIV-smitte representerer, bør ikke glemmes.

Flertallet av narkotikabrukere som tar overdose er menn, som står for 60–100 % av tilfellene; i de fleste landene mellom 75 % og 90 %. De fleste overdoseofre er i 20- eller 30-årene, med en gjennomsnittsalder i midten av 30-årene (spredning 22–45 år). Gjennomsnittsalderen er lavest i en del av de nye medlemsstatene (Estland, Latvia, Litauen og Romania), og i mange av disse landene er andelen overdoseofre under 25 år relativt høy, noe som kan gjenspeile en yngre heroinbrukende populasjon i disse landene⁽¹⁵⁰⁾.

Metadondødsfall

I de nasjonale Reitox-rapportene for 2004 oppga flere land at metadon ble funnet i en vesentlig andel av alle narkotikarelaterte dødsfall. Opplysningene er lagt fram i samsvar med nasjonal terminologi, og i enkelte tilfeller er det vanskelig å vurdere nøyaktig hvilken rolle metadon har spilt i dødsfallet. Noen tilfeller er reelle metadonforgiftninger, mens stoffet bare så vidt er påvist i andre. Danmark rapporterte at metadon ble funnet i 49 % av alle dødsfall som skyldtes forgiftning (97 av 198 tilfeller, hvorav 64 gjaldt metadon alene). Tyskland rapporterte at 23 % av tilfellene skyldtes "substitusjonspreparater", hvorav 3 % var slike preparater alene (55 tilfeller) og 20 % i kombinasjon med alkohol og narkotiske stoffer (354 tilfeller), mens disse tallene i 2002 til sammen representerte 30 % (7 % alene og 23 % i kombinasjon). Storbritannia rapporterte 418 tilfeller der

metadon var "nevnt", selv om dette ikke betyr at det foreligger et årsaksforhold. Andre land rapporterte at metadon ble mindre hyppig påvist i forbindelse med narkotikarelaterte dødsfall: Frankrike (åtte tilfeller av metadon eller i kombinasjon med metadon), Østerrike (funnet i 10 % av dødsfallene), Portugal (påvist i 3 % av tilfellene) og Slovenia (fire dødsfall pga. metadon). I de nasjonale Reitox-rapportene 2003 rapporterte også Irland og Norge et signifikant antall tilfeller der metadon var til stede.

Som ethvert annet opiat er metadon potensielt giftig, men forskningen har dokumentert at substitusjonsbehandling reduserer risikoen for overdosedødsfall blant de som deltar i programmer. Flere studier har indikert at dødsfall hvor metadon er involvert, mer sannsynlig skyldes illegal snarere enn forskrevet bruk, og andre har funnet høyere risiko i de innledende fasene av vedlikeholdsbehandling med metadon. Dette tyder på at det er behov for å sikre god kvalitetsstandard på programmene for substitusjonsbehandling.

Fentanyl- og buprenorfindødsfall

I de senere år har landene i Baltikum rapportert en del dødsfall der fentanyl er påvist i de toksikologiske undersøkelsene, ofte sammen med heroin. Sverige rapporterte i sin nasjonale rapport i 2003 om 13 dødsfall relatert til fentanyl blant sprøytebrukere, sammenlignet med bare sporadiske tilfeller i de foregående årene. For informasjon om buprenorfins rolle i narkotikarelaterte dødsfall, se det utvalgte aspektet buprenorfin.

Trender for akutte narkotikarelaterte dødsfall

Trendene for narkotikarelaterte dødsfall varierer fra land til land⁽¹⁵¹⁾, til og med fra region til region. Dette skyldes forskjeller i heroinepidemiens forløp, utbredelsen av bruk, risikoatferd (f.eks. andel sprøytebrukere, blandingsbruk), behandlingstilbud og støttetjenester for narkotikabrukere samt muligens også heroinets tilgjengelighet og karakteristika. Forskjeller i organiseringen av og retningslinjene for de medisinske akuttjenestene kan også spille en viktig rolle.

Med disse begrensningene i tankene kan vi identifisere noen generelle trender for EU, særlig for EU-15, hvor det finnes lengre og mer systematiske dataserier. Generelt ble det observert en klar økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall i 1980-årene og begynnelsen av 1990-årene. I perioden 1990–2000 fortsatte den generelle

⁽¹⁴⁷⁾ Se tabell DRD-1 i Statistiske opplysninger 2005.

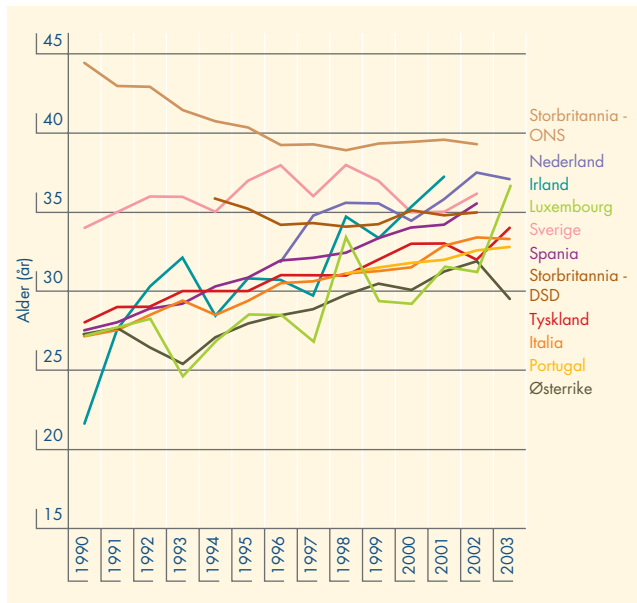
⁽¹⁴⁸⁾ Se tabell DRD-2 og DRD-3 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁴⁹⁾ Tallet for AIDS-dødsfall gjelder den vestlige delen av WHO's Europaregion og omfatter dødsfall i flere land som ikke er med i EU, bl.a. Sveits, Island og Israel.

⁽¹⁵⁰⁾ Se figur DRD-2 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁵¹⁾ Se figur DRD-7 i Statistiske opplysninger 2005.

Figur 19: Alderstrender for akutte narkotikarelaterte dødsfall i noen av EU-15-landene, 1990–2001–2003

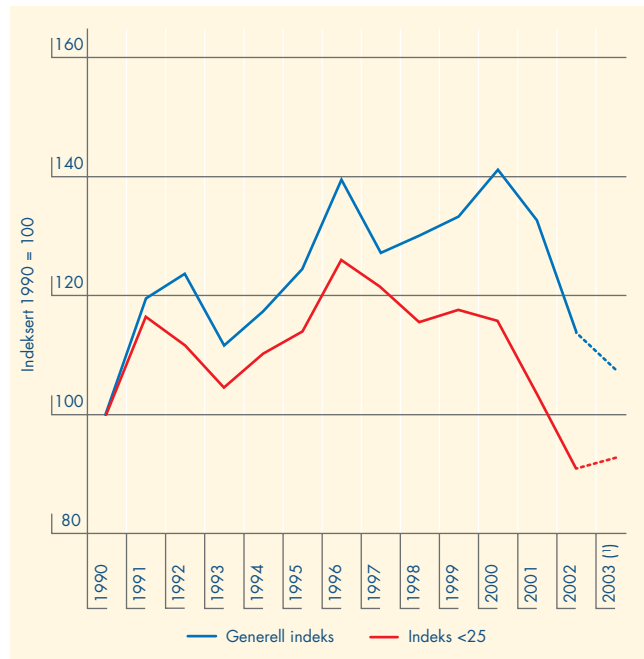


NB: Tallet representerer data fra land som oppga gjennomsnittsalder for ofre i de fleste årene i rapporteringsperioden. Informasjonen er basert på "nasjonale definisjoner" som beskrevet i tabell DRD-6 i Statistiske opplysninger 2005. England og Wales bruker "Drug Strategy Definition".
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra nasjonale dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske registre eller politiregistre).

oppadstigende trenden, om enn ikke like kraftig, og noen land hadde nedgang. I 2000 ble 8 930 dødsfall rapportert, mot 6 426 i 1990 (40 % økning) ⁽¹⁵²⁾. I de fleste gamle medlemsstatene er det en tendens til at overdoseofrene blir eldre, noe som tyder på en "alders- og kohorteffekt", som kan være knyttet til en nedgang i rekrutteringen av unge avhengige (figur 19).

Etter 2000 har imidlertid mange EU-land rapportert om en nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall. I EU-15 og Norge gikk det totale antallet ned fra 8 930 i 2000 til 8 394 i 2001 (en nedgang på 6 %) og 7 122 tilfeller i 2002 ⁽¹⁵³⁾ (en ytterligere nedgang på 15 %). Ettersom bare 10 land la fram informasjon for 2003, bør man være varsom med å trekke slutninger med hensyn til trender i EU. I disse landene ble imidlertid en nedgang på 5 % observert i 2003, eller bare én tredel av nedgangen i 2002. Av de 10 landene som la fram informasjon for 2003, var det tre som oppga økninger, ett oppga ingen endring og seks oppga en nedgang, og blant disse kunne nedgangen i Hellas (22 %) og Italia (17 %) betraktes som signifikant ⁽¹⁵⁴⁾. Disse tallene gir grunn til alvorlig bekymring, for det er mulig at noen faktorer som medførte

Figur 20: Generell trend for akutte narkotikarelaterte dødsfall i EU-15-landene og trend for andelen ofre under 25 år, 1990–2003



(¹) Tallet for 2003 er foreløpig, da bare ti land har lagt fram data for 2003. Tallet for 2003 er basert på de landene som har lagt fram data for både 2002 og 2003.
 NB: Indeks: 1990 = 100. Antall tilfeller pr. land pr. år er presentert i tabell DRD-2 (del i og v) i Statistiske opplysninger 2005. Belgia la ikke fram data for 1998–2001 og Irland ikke for 2002. Beregningsmetoden beskrevet i EONN (2001) tar hensyn til dette.
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske eller politiregistre), basert på nasjonale definisjoner presentert i tabell DRD-6 i Statistiske opplysninger 2005.

en nedgang i antallet narkotikarelaterte dødsfall mellom 2000 og 2002 (en reduksjon på nærmere 20 %) endret seg i 2003, og dette er av særlig betydning ettersom antallet narkotikarelaterte dødsfall fremdeles er på historisk høye nivåer – omtrent på samme nivå som tidlig på 1990-tallet (figur 20).

Generelt har antallet narkotikarelaterte dødsfall blant personer under 25 år gått relativt jevnt ned siden 1996, noe som tyder på en mulig nedgang i antallet unge sprøytebrukere (figur 19 og 20), som er et ledd i en nedadgående eller stabil trend i de fleste EU-15-landene, unntatt Frankrike, Sverige og Norge. Imidlertid ble det fra midten av 1990-tallet til 2000–2002 i flere av de nye medlemsstatene observert en klar økning i andelen ofre under 25 år, noe som tyder på økt rekruttering av unge brukere ⁽¹⁵⁵⁾. I tillegg har en nedgang observert på EU-15-nivå etter 2000 funnet sted hovedsakelig blant menn (21,9 % nedgang). Blant kvinner har nedgangen vært mye mindre (14,5 %), og i motsetning til hva som er

⁽¹⁵²⁾ Se figur DRD-8 i Statistiske opplysninger 2005.
⁽¹⁵³⁾ Tall for Belgia og Irland i 2002 er ikke tatt med (88 tilfeller i Irland i 2001).
⁽¹⁵⁴⁾ På grunnlag av en enkel statistisk Poisson-modell. Politidata fra Norge tyder også på en klar nedgang i 2003.
⁽¹⁵⁵⁾ Se figur DRD-9 i Statistiske opplysninger 2005.

tilfellet for menn, synes den nedadgående trenden blant kvinner å være reversert i 2003.⁽¹⁵⁶⁾

På grunn av den begrensede informasjonen som foreligger er det vanskelig å identifisere trender i de nye medlemsstatene. Selv om det er forskjeller landene imellom, tyder tilgjengelig informasjon på en tydelig økning i antallet narkotikarelaterte dødsfall i første halvdel av 1990-tallet. Dette underbygges også av økningen i andelen ofre under 25 år i siste halvdel av 1990-tallet fram til 1999–2000 i de fleste landene som la fram informasjon⁽¹⁵⁷⁾. I de av de nye medlemsstatene som har lagt fram data, økte antallet ofre under 25 betraktelig mer enn det totale antallet fra 1995 og inntil ganske nylig (figur 21), noe som understøtter inntrykket av en epidemi i den senere tid. Etter 2000 har antallet dødsfall som skyldes illegale rusmidler stabilisert seg eller gått ned i Bulgaria, Den tsjekkiske republikk⁽¹⁵⁸⁾, Latvia (i 2003) og Ungarn. Generelt sett synes det å ha vært en viss grad av stabilisering i de senere år, men dette resultatet må betraktes med forsiktighet ettersom rapporteringens kvalitet og dekning fremdeles er begrenset i mange land. Den mulige økningen i heroinbruk som fant sted på 1990-tallet i mange av de nye medlemsstatene, kan ha blitt kompensert av en økning i tilbudet av behandlingstjenester i de senere år, eller skyldes andre faktorer, men det er vanskelig å forutse en framtidig trend (figur 21).

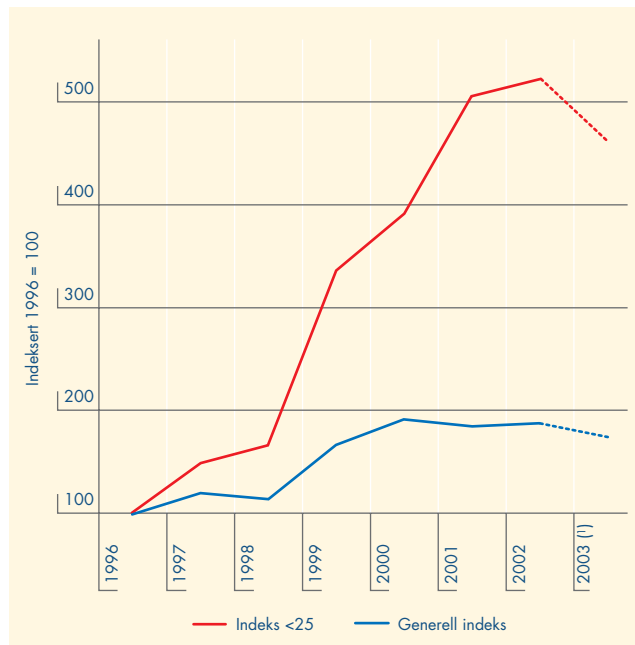
Man kan konkludere med at til tross for positive utviklinger fra 2000 til 2002, som muligens skyldes faktorer som f.eks. en overgang fra sprøytebruk blant opiatbrukere i en rekke land, økt behandlingstilbud og mulig stabilisering eller nedgang i antallet opiatbrukere, er dagens tall i et lengre tidsperspektiv fremdeles høye, og mye tyder på at forbedringen ikke kommer til å vedvare.

Total dødelighet blant opiatbrukere

Opiatbrukere har en total dødelighet som er inntil 20 ganger eller mer, høyere enn for befolkningen generelt på samme alder. Denne økte dødeligheten er særlig høy blant sprøytebrukere. Til tross for den lave utbredelsen av opiatavhengighet, har dette forholdet en signifikant innvirkning på dødeligheten blant unge voksne i Europa (Bargagli et al., 2004).

Dødsårsakene hos opiatbrukere er ikke bare overdoser, men også AIDS og andre smittsomme sykdommer så vel som eksterne dødsårsaker (ulykker, vold, selvmord osv.). Overdose er den fremste dødsårsaken i kohorter med lav utbredelse av HIV-smitte. Antallet AIDS-dødsfall har gått

Figur 21: Generell trend for akutte narkotikarelaterte dødsfall i nye medlemsstater og søkerland og trend for andelen ofre under 25 år, 1996–2003



(*) Tallet for 2003 er foreløpig.
 NB: Landene er: Bulgaria, Den tsjekkiske republikk, Estland, Latvia, Litauen, Ungarn, Malta og Slovenia.
 Indeks: 1996 = 100. Antall tilfeller pr. land pr. år er presentert i tabell DRD-2 (del ii) i Statistiske opplysninger 2005.
 Det er viktig å ha i minnet at indeksen er beregnet på grunnlag av data fra et begrenset antall land. Merk også at Den tsjekkiske republikk og Estland står for en vesentlig andel av ofrene under 25 år.
 Estland la ikke fram data for 1996 og 2003, Ungarn for 2002 og Den tsjekkiske republikk for 1996–2000. Beregningsmetoden er nærmere beskrevet i EONN (2001).
 Kilder: Nasjonale Reitox-rapporter (2004), hentet fra generelle dødelighetsregistre eller spesialregistre (rettsmedisinske eller politiregistre), basert på nasjonale definisjoner presentert i tabell DRD-6 i Statistiske opplysninger 2005.

vesentlig ned i de senere årene, selv i kohorter med en høy utbredelse av HIV-smitte, noe som kan tilskrives økt tilgang på HAART-behandling etter 1995 (se over for samlede tall for Europa)⁽¹⁵⁹⁾.

Etter hvert som opiatbrukerne blir eldre, øker dødeligheten progressivt da dødsfall som skyldes kroniske tilstander (som skrumplever, kreft, luftveissykdommer, endokarditt, AIDS) kommer i tillegg til dødsfall på grunn av overdose samt eksterne årsaker som selvmord og vold (Nederlands nasjonale rapport).

I tillegg kan levevilkår og andre faktorer enn narkotikabruken som sådan (boligmangel, psykiske lidelser, vold, underernæring osv.) være en vesentlig årsak til den høye dødeligheten blant narkotikabrukere. Studier

⁽¹⁵⁶⁾ Se figur DRD-6 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁵⁷⁾ Se figur DRD-9 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁵⁸⁾ Bare basert på tilfeller i EONNs "Utvalg D", som omfatter illegale rusmidler. Den nasjonale definisjonen omfatter mange tilfeller som skyldes psykoaktive legemidler (75 %).

⁽¹⁵⁹⁾ Dødelighet blant narkotikabrukere i EU: koordinering av gjennomføringen av nye kohortstudier, oppfølging og analyse av eksisterende kohorter og utvikling av nye metoder og resultater. EONN-rapport CT.00.EP.13, 2002 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1419>).

har vist at dødeligheten blant psykiatriske pasienter er fire ganger høyere enn for befolkningen generelt (Korkeila, 2000), og at hjemløse også har tre til fire ganger høyere dødelighet enn befolkningen for øvrig (Hwang, 2001).

Nedgang i narkotikarelaterte dødsfall

Responspolitikk

EUs politiske mål for 2000–2004 om en betydelig reduksjon i antallet narkotikarelaterte dødsfall vant allmenn aksept blant medlemsstatene. Åtte av EU-15-landene (Tyskland, Hellas, Spania, Irland, Luxembourg, Portugal, Finland og Storbritannia) pluss fire nye EU-land (Kypros, Latvia, Litauen og Polen) har tatt med en reduksjon i narkotikarelaterte dødsfall i sine nasjonale strategidokumenter ⁽¹⁶⁰⁾. Det faktum at flere nye medlemsstater fremdeles mangler pålitelig informasjon om antallet narkotikarelaterte dødsfall, er imidlertid et stort hinder i arbeidet for å få på plass en hensiktsmessig responspolitikk.

Blant de fremste prioriteringene i EUs nye narkotikastrategi (2005–2012) er forbedret tilgang til en rekke tjenester som kan redusere sykkelighet og dødelighet relatert til narkotikaavhengighet, og antallet narkotikarelaterte dødsfall er pekt ut som en av de viktigste indikatorene på framgang mot dette målet i den første fireårige handlingsplanen (2005–2008) ⁽¹⁶¹⁾.

Intervensjoner

Når det gjelder narkotikarelaterte dødsfall, er et hensiktsmessig behandlingstilbud, da særlig substitusjonsbehandling, av svært stor betydning (WHO, 1998; ACMD, 2000; Brugal et al., 2005). I løpet av 1980-årene og i enda større grad 1990-årene ble tilbudet om substitusjonsbehandling kraftig utbygget i EU, særlig i de av EUs medlemsstater som hadde en høy utbredelse av heroininjiserings. I dag deltar over en halv million heroinbrukere i EU – dvs. mellom en firedel og halvparten av den estimerte målgruppen heroinbrukere – i substitusjons-behandlingsprogrammer.

I land der over halvparten av populasjonen av problematiske narkotikabrukere får substitusjonsbehandling, finner man høyst sannsynlig redusert nivå av sprøytebruk av narkotika og tilhørende risikoatferd, med en påfølgende reduksjon i antall overdosedødsfall.

I 2003 anbefalte Det europeiske råd en rekke tiltak for medlemsstatene i EU for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall ⁽¹⁶²⁾. I tillegg til tilbudet om

behandling for narkotikaavhengighet omfatter disse: styrket opplæring og spredning av informasjon om overdoserisiko og -håndtering blant narkotikabrukere, deres venner og familie, proaktive strategier for ved hjelp av utekontakter og lett tilgjengelige, attraktive rusmiddel-tjenester, å nå ut til de som ikke har kontakt med tjenestene. Kommisjonen vil nøye følge graden av gjennomføring av denne anbefalingen og virkningene av den, og forventes å komme med en rapport om dette i 2006.

Overdoseofrenes demografiske profil viser at eldre heroinbrukere utenfor behandlingsapparatet har større risiko for å dø av narkotikaoverdose. Et tiltak som er effektivt når det gjelder å nå ut til denne prioriterte gruppen, er opprettelsen av sprøyterom med tilsyn ⁽¹⁶³⁾. Dette tilbudet finnes i dag i 15 byer i Tyskland og 15 byer i Nederland samt i Madrid, Barcelona og Bilbao (Spania) og Oslo (Norge).

Opiatbehandling

Enkelt sagt kan tilgjengelige alternativer for å behandle problematisk opiatbruk deles inn i tre hovedgrupper: legemiddelassistert rehabilitering (LAR), medikamentfri behandling og avvenningsbehandling (sistnevnte blir ikke behandlet her). Å ta for seg avhengighetsspørsmål og avvenning er imidlertid bare ett aspekt ved en vellykket behandling av opiatproblemer. Det å hjelpe en person tilbake til samfunnet gjennom sosial integrasjon, dvs. finne arbeid og sikre bolig, samt utvikle nødvendige sosiale ferdigheter og mestringsferdigheter for å unngå tilbakefall, er sannsynligvis like viktig for å sikre et positivt resultat på lengre sikt. Tallrike studier har anført at personer med opiatproblemer ofte flere ganger er i kontakt med behandlingstjenestene, og at terapeutiske mål, særlig avholdenhet, ikke nødvendigvis kan oppnås ved den første kontakten, men kanskje gjennom gjentatt terapeutisk intervensjon.

Legemiddelassistert rehabilitering

Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) omfatter både substitusjonsbehandling med agonister (metadon, buprenorfin, dihydrokodein, heroin, morfin i depotform) og behandling med antagonist (f.eks. naltrexon), men det siste er lite utbredt.

Metadon er tilgjengelig i nesten alle medlemsstatene (se tabell 3) og er fremdeles den hyppigst forskrevne substitusjonsbehandlingen i Europa. I de senere år har imidlertid behandlingalternativene blitt flere. Buprenorfin er nå tilgjengelig i 18 av de 26 landene som har lagt fram

⁽¹⁶⁰⁾ Se oversiktstabell: Strategier og utvalgte tiltak for å redusere antallet narkotikarelaterte dødsfall (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1333>).

⁽¹⁶¹⁾ Se EUs narkotikastrategi 2005–2012 (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=6790>).

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

⁽¹⁶³⁾ Europeisk rapport om sprøyterom (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1327>).

Tabell 3: Stoffer som anvendes i legemiddelassistert rehabilitering i Europa (inkludert forsøk)

Land	Metadon	Buprenorfin	Dihydrokodein	Morfin i depotform	Heroin	Naltrexon/naloxon	Klonidin
Belgia	X	X	X			X	X
Den tsjekkiske republikk	X	X					
Danmark	X	X					
Tyskland	X	X	X		X	X	
Estland	X	X					
Hellas	X	X				X	
Spania	X	X			X		
Frankrike	X	X		X			
Irland	X						
Italia	X	X				X	X
Kypros							
Latvia	X						
Litauen	X	X				X	
Luxembourg	X	X		X			
Ungarn	X						
Malta	X		X			X	X
Nederland	X	X			X	X	X
Østerrike	X	X	X	X			
Polen	X						
Portugal	X	X				X	X
Slovenia	X						
Finland	X	X					
Sverige	X	X					
Storbritannia	X	X	X		X	X	X
Bulgaria	X			X			
Romania	X						
Norge	X	X					

NB: Ingen tilgjengelig informasjon for Slovakia og Tyrkia.
 Kilde: Standardtabell over tilgjengelighet av narkotikarelatert behandling.

informasjon. Behandling med andre agonister, samt behandling med antagonist (naltrexon, naloxon eller klonidin) er mindre vanlig i EU. En studie om innføringen av heroin på resept pågår i Belgia, og Østerrike har fått en ekspertuttalelse om heroinassistert behandling av kroniske opiatavhengige, basert på resultatene fra pågående internasjonale programmer.

De siste tallene viser at det i 2003 var mer enn 450 000 klienter i substitusjonsbehandling i spesialiserte enheter i EU (tabell 4), og over 90 % av disse fikk metadon. I tillegg til disse kommer klienter som fikk andre

former for substitusjonsbehandling (f.eks. dihydrokodein, metadon i depotform eller heroin) eller substitusjonsbehandling f.eks. hos allmennlegen. Mange medlemsstater har pr. i dag dessverre ikke lagt fram pålitelige data om disse sidene ved substitusjonsbehandling, og det er derfor ikke mulig å legge fram aggregerte tall for EU sett under ett.

Imidlertid har enkelte land pålitelige data eller estimater over antallet klienter som får substitusjonsbehandling hos allmennlege, og bidrar derved med viktig informasjon til de generelle estimatene over klienter i

Tabell 4: Estimer over antall klienter i substitusjonsbehandling i Europa i 2003

Land	Klienter i metadonbehandling i spesialiserte enheter	Klienter i buprenorfinbehandling i spesialiserte enheter	Totalt antall klienter i substitusjonsbehandling i spesialiserte enheter
Belgia	1 922	48	1 970
Den tsjekkiske republikk	368	204	572
Danmark	4 971	484	5 455
Tyskland	65 000	9 000	74 000
Estland	60	13	73
Hellas	2 018	275	2 293
Spania	88 678	36	88 714
Frankrike	15 000	13 000	28 000
Irland ⁽¹⁾	5 561	0	5 561
Italia	79 065	7 113	86 178
Kypros	0	0	0
Latvia	67	0	67
Litauen	332	m.d.	332
Luxembourg	133	10	143
Ungarn	750	0	750
Malta	698	0	698
Nederland	12 000	m.d.	12 000
Østerrike ⁽²⁾	1 796	1 667	6 413 ⁽³⁾
Polen	865	0	865
Portugal	9 765	2 743	12 508
Slovenia	1 909	0	1 909
Finland	170	430	600
Sverige	800	1 300	2 100
Storbritannia	128 000	m.d.	128 000
Bulgaria	380	0	380
Romania	400	0	400
Norge	1 947	484	2 431
Sum ⁽⁴⁾	422 655	36 807	462 412 ⁽⁵⁾

⁽¹⁾ Dette er antallet tilfeller snarere enn antallet individer som er behandlet i løpet av året.

⁽²⁾ I Østerrike mottar ca. 46 % av klientene annen substitusjonsbehandling enn metadon og buprenorfin, og disse er lagt til for å få riktig sum. Den proporsjonale fordelingen er basert på førstegangsbehandlinger.

⁽³⁾ Den aggregerte summen er høyere og omfatter 2 950 klienter (anslag) som mottar annen substitusjonsbehandling enn metadon og buprenorfin i Østerrike (hovedsakelig morfin i depotform).

⁽⁴⁾ m.d. = mangler data. Ved beregningen av sum har "ingen informasjon" fått verdien null, ergo er tallene som presenteres minimumsverdier.

NB: Ingen tilgjengelig informasjon for Slovakia og Tyrkia.

Kilde: Standardtabell over tilgjengelighet av narkotikarelatert behandling.

substitusjonsbehandling i EU. Antall klienter som fikk metadonbehandling hos allmennlege i 2003 var 8 500 i Frankrike, 2 682 i Irland, 851 i Luxembourg og 930 i Nederland. I tillegg fikk 1 200 og 70 000 klienter i hhv. Den tsjekkiske republikk og Frankrike buprenorfin hos sin allmennlege. Det anslås at totalt 81 743 klienter fikk substitusjonsbehandling hos allmennlege i disse fem

landene. Med tanke på at det finnes over 450 000 klienter i substitusjonsbehandling i spesialiserte enheter, har det totale antallet klienter som får substitusjonsbehandling nå passert en halv million og ligger på rundt 530 000. Ettersom denne informasjonen heller ikke er fullstendig, vil tallet 530 000 bare være et minimumsestimat over antallet narkotikabrukere i substitusjonsbehandling.

Graden av tilgjengelighet av substitusjonsbehandling varierer meget mellom EU-15 og de nye medlemsstatene og søkerlandene. Selv om de nye medlemsstatene og søkerlandene utgjør over 20 % av EUs samlede befolkning, har de bare 1,3 % av alle EUs klienter i substitusjonsbehandling (Tyrkia er ikke medtatt, da data om substitusjonsbehandling ikke er tilgjengelig). Av de nye medlemsstatene er det bare to, Den tsjekkiske republikk og Slovenia, som har lagt fram estimater over utbredelsen av problematisk narkotikabruk, og i begge disse landene er substitusjonsbehandling tilgjengelig bare for en mindre del av problematiske narkotikabrukere (hhv. 16 % og 26 %) enn hva som er gjennomsnittet for EU-15 (35 %). Til tross for manglende estimater over utbredelsen av problematisk narkotikabruk i de andre nye medlemsstatene og søkerlandene, er tilbudet om substitusjonsbehandling langt mindre utbygget enn i EU-15-landene. I betraktning av den store risikoen for smittespredning i enkelte land og den preventive rollen legemiddelassistert rehabilitering kan spille når det gjelder å begrense denne (se f.eks. UNODC, 2002), gir situasjonen grunn til bekymring.

I de senere år har det avtegnet seg to forskjellige trender innen legemiddelassistert rehabilitering. Den første er en videreføring av trenden med å øke tilgjengeligheten av substitusjonsbehandling, selv om økningen blir mindre uttalt. I tillegg er det flere stoffer som brukes i behandlingen, f.eks. har antallet land som rapporterer om bruk av buprenorfin økt til 14 i 2003, mot seks i 1999–2000.

En tredje, ikke fullt så tydelig, trend er at allmennleger i økende grad involveres i den legemiddelassisterte rehabiliteringen. Selv om allmennlegenes deltakelse bare rapporteres av tre av de 15 EU-landene (Belgia, Frankrike, Storbritannia) i 2000/2001 (Solberg et al., 2002) finnes denne ordningen i 10 av EU-15-landene (Belgia, Tyskland, Frankrike, Irland, Italia, Luxembourg, Nederland, Østerrike, Sverige og Storbritannia) og i tillegg tre av de nye medlemsstatene (Den tsjekkiske republikk, Malta og Slovenia).

Medikamentfri behandling

Medikamentfri behandling (avvenningsbehandling) omfatter bruk av psykososiale teknikker og opplæringsteknikker for å oppnå langsiktig avholdenhet fra rusmidler. Tradisjonelt har medikamentfri behandling foregått som døgnbehandling på institusjon over lengre tid, f.eks. i terapeutiske samfunn. I dag tilbys denne behandlingsformen ofte i lokalmiljøet.

I motsetning til legemiddelassistert rehabilitering, der mange medlemsstater har sentraliserte, nasjonale registre, er det få som har noe register over den medikamentfrie behandlingen, og pålitelige, utvetydige kvantitative data for denne behandlingsformen er mangelvare. Selv om en nøyaktig sammenligning med LAR ikke er mulig, tyder rapporter fra medlemsstatene på at LAR i hovedsak er den mest utbredte behandlingsformen for problematiske narkotikabrukere i flertallet av EUs medlemsstater og aggregert i EU. Imidlertid rapporterer enkelte land om en generell preferanse for medikamentfri behandling framfor legemiddelassistert rehabilitering (Estland, Kypros, Litauen, Polen og Finland). I en rekke land, særlig Hellas, Spania og Norge, synes legemiddelassistert og medikamentfri behandling å være omtrent like utbredt.

Nye utviklinger innen kvalitetssikring

Flere land (Tyskland, Østerrike og Portugal) har utarbeidet håndbøker for behandlingstiltakenes medisinske personell. Arbeid som er gjort innenfor rammen av den britiske regjeringens narkotikastrategi har vist at ved å investere i budsjett, organisasjon, overvåking og personell, reduseres ventelistene og flere problematiske narkotikabrukere får tilgang til og blir værende i behandling. I England var 41 % flere problematiske narkotikabrukere i kontakt med behandlingstjenestene i 2003-04 enn i 1998-99, og ventetiden er gått ned med to tredeler siden 2001. I 2003-04 hadde 72 % av klientene enten avsluttet strukturert behandling og var rusfrie – eller var i behandling – mot 57 % i 2002-03 (NTA, 2004).

Behandlingsmiljøet som tilbys er svært varierende. I en gruppe land (Tyskland, Hellas, Spania, Frankrike, Kypros, Luxemburg, Nederland, Polen, Slovenia, Storbritannia) skjer medikamentfri behandling av problematiske opiatbrukere hovedsakelig poliklinisk, mens en mindre gruppe land hovedsakelig bruker innleggelse (Irland, Italia, Østerrike) og atter andre ikke har noen preferanse (Sverige, Norge).

Sosial reintegrasjon

Sosial reintegrasjon defineres som "enhver sosial intervensjon med sikte på å integrere tidligere eller aktuelle problematiske narkotikabrukere i samfunnet". De tre "pilarene" i sosial integrasjon er: 1) bolig, 2) utdanning og 3) arbeid (herunder yrkesrettet opplæring). Andre tiltak, som rådgivning og fritidsaktiviteter, kan også brukes som et ledd i sosial reintegrasjon.

Sosial reintegrasjon er mindre påaktet som tiltak mot stoffbruk enn hva behandling er, og derfor er

kartleggingen og rapporteringen på dette området mer ufullstendig. Noen land rapporterer om kvalitative vurderinger av sin innsats på området sosial reintegrasjon, men ingen rapporterer om god dekning. Alle landene som rapporterer (Estland, Irland, Malta, Nederland, Romania, Sverige og Norge), identifiserer mangler i sine tjenester og/eller programmer i forbindelse med sosial reintegrasjon. Ett unntak her er Hellas, som har et relativt bredt spekter av programmer for sosial reintegrasjon og pålitelige data om antallet klienter de når ut til.

Beslag og markedsinformasjon ⁽¹⁶⁴⁾

Produksjon, handel og beslag av opiater

Afghanistan er virkelig blitt verdensledende når det gjelder produksjon av illegal opium, særlig ettersom det totale dyrkingsarealet igjen økte i 2004. Den globale produksjonen av illegal opium i 2004 ble anslått til ca. 4 850 tonn (4 766 tonn i 2003), hvorav Afghanistan sto for 87 % og Myanmar 8 %. Opiumsproduksjonen i verden har vært stabil de siste fem årene, bortsett fra i 2001, da Taliban-regimet nedla forbud mot dyrking av opiumsvalmuen i Afghanistan, noe som resulterte i en kraftig, men kortvarig nedgang. Det globale potensialet for produksjon av heroin ble anslått til 485 tonn i 2004 (477 tonn i 2003) (CND, 2005).

Heroinen som brukes i EU er overveiende produsert i Afghanistan eller langs smuglerrutene, dvs. framfor alt i Tyrkia (UNODC, 2003a; INCB, 2005), og den føres inn i Europa langs to hovedruter. Den historisk viktige Balkan-ruten spiller fortsatt en avgjørende rolle i heroinsmuglingen. Etter sin vei gjennom Pakistan, Iran og Tyrkia deler ruten seg i en sørlig rute gjennom Hellas, Den tidligere jugoslaviske republikken Makedonia (FYROM), Albania, deler av Italia, Serbia, Montenegro og Bosnia-Hercegovina, og en nordlig rute gjennom Bulgaria, Romania, Ungarn og Østerrike. INCB (2005) oppgir at den nordlige grenen av Balkan-ruten i 2003 ble dominerende i heroinsmuglingen. Siden midten av 1990-tallet har smuglingen av heroin til Europa i økende grad fulgt Silkeveien via Sentral-Asia, Kaspiahavet og Den russiske føderasjon, Hvite-Russland eller Ukraina (nasjonale Reitox-rapporter, 2004; UNODC, 2003; CND, 2005; INCB, 2005). Selv om disse rutene er de viktigste, er det flere land i Øst- og Vest-Afrika og Nord- og Sør-Amerika som har gjort beslag av heroin som skulle til Europa i 2003 (CND, 2005; INCB, 2005).

I tillegg til den heroinen som importeres, produseres en del opiater i EU. Denne produksjonen omfatter for det meste en begrenset hjemmeproduksjon av valmueprodukter (f.eks. konsentrater av knuste stengler eller frøkapsler) i en del av de østlige EU-landene som Estland, Latvia og Litauen (nasjonale Reitox-rapporter, 2004). Særlig synes slike produkter å ha blitt populære i Estland i 2003.

Regnet i volum sto fortsatt Asia (56 %) og Europa (34 %) for mesteparten av heroinen som ble beslaglagt i verden i 2003. Europas andel øker, noe vi særlig merker på de økte heroinbeslagene i land i Øst- og Sørøst-Europa (CND, 2005). Etter 1998 har Storbritannia vært det EU-landet som har stått for det største antallet beslag så vel som de største beslaglagte kvantaene av heroin, etterfulgt av Spania når det gjelder antall beslag og Italia når det gjelder beslaglagte kvanta ⁽¹⁶⁵⁾. I 2002 hadde Storbritannia om lag 30 % av alle heroinbeslag og av den totale mengden heroin som ble beslaglagt i EU.

Beslaglagte kvanta av heroin ⁽¹⁶⁶⁾ i EU har generelt vært økende de siste fem årene, med en liten utflating i 2000–2002, men det totale antallet beslag har gått ned i samme periode. På bakgrunn av trender i de landene som har lagt fram data, har både kvanta og antall beslag av heroin i EU økt i 2003 ⁽¹⁶⁷⁾.

Beslag av fentanyl og metylfentanyl – syntetiske opiater som er inntil 100 ganger sterkere enn heroin – ble på ny rapportert i Estland i 2003, mens Latvia rapporterte om sitt første beslag av 3-metylfentanyl i 2003 og Østerrike sitt første beslag av fentanyl i januar 2004. Siden 2002 har i Estland det lokale markedets heroin av dårlig kvalitet blitt byttet ut mot disse to syntetiske opiatene, som der går under betegnelsene "hvit kineser", "hvit perser" eller "syntetisk heroin" (nasjonale Reitox-rapporter).

Selv om EONN ikke foretar noen systematisk innsamling av data over beslag av benzodiazepiner, som vanligvis brukes som erstatning for heroin, har Spania, Litauen, Sverige og Norge rapportert om beslag av slike stoffer (særlig rohypnol) i 2003.

Priser og renhet

I Europa forekommer heroin i to former: den lett tilgjengelige brune heroinen (heroin i baseform) og den mindre vanlige og dyrere hvite heroinen (i saltform), som typisk er produsert i Sørøst-Asia. I følge rapportene varierte gjennomsnittsprisen i EU i 2003 for brun heroin

⁽¹⁶⁴⁾ Se "Talking av beslags- og markedsdata", s. 42.

⁽¹⁶⁵⁾ Dette bør imidlertid kontrolleres opp mot data for 2003 når disse foreligger. Data om antallet heroinbeslag i 2003 manglet for Italia, Kypros, Nederland og Romania; data om både antallet heroinbeslag og beslaglagte kvanta i 2003 manglet for Irland og Storbritannia.

⁽¹⁶⁶⁾ Se tabell SZR-4 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁶⁷⁾ Se tabell SZR-3 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

fra 27 euro pr. gram i Belgia til 144 euro pr. gram i Sverige, mens prisen på hvit heroin lå mellom 25 (Slovakia) og 216 (Sverige) euro pr. gram ⁽¹⁶⁸⁾. Prisforskjellene gjenspeiler sannsynligvis renheten på stoffet.

I 2003 varierte den gjennomsnittlige renheten på brun heroin på gatenivå i EU fra 6 % i Østerrike til 40 % på Malta. Data om renheten på hvit heroin ble oppgitt bare av noen få land ⁽¹⁶⁹⁾, men varierte i gjennomsnitt fra 6 % i Finland til 70 % i Norge ⁽¹⁷⁰⁾.

Buprenorfin: behandling, misbruk og forskrivningspraksis, i EONNs årsrapport for 2005: utvalgte aspekter

I løpet av de siste ti årene har buprenorfin blitt stadig mer utbredt i Europa som et alternativ til metadon i behandlingen av opiatavhengighet. Buprenorfin ble opprinnelig utviklet som et analgetikum og ble først foreslått brukt til behandling av opiatavhengighet på slutten av 1970-tallet. Innføringen av buprenorfin i behandlingen av opiatavhengighet i EU-15-landene så vel som utbredelsen i disse landene og inn i de nye medlemsstatene, er beskrevet.

Det er gjort sammenligninger mellom buprenorfin og metadon når det gjelder effekt og kostnader. Tilbudet om buprenorfinbehandling i Europa blir beskrevet, og det gjøres sammenligninger mellom medlemsstater hvor buprenorfin brukes som viktigste stoff i behandlingen av opiatavhengighet, og de medlemsstatene hvor legemiddelassistert rehabilitering (LAR) hovedsakelig foregår med metadon. Et av funnene er at ca. 20 % av klientene i legemiddelassistert rehabilitering i EU pr. i dag får buprenorfin, selv om flesteparten av disse er i ett land (Frankrike). Behandling med buprenorfin har spredt seg til

mange land, men antallet klienter er fremdeles begrenset i de fleste medlemsstatene.

Buprenorfin betraktes i et potensielt misbruksperspektiv. De første indikasjonene er at misbruk av buprenorfin bare forekommer i et par land og er uvanlig andre steder. Det foreligger noe dokumentasjon som knytter misbruk av buprenorfin til bestemte populasjoner eller aldersgrupper, eller forsøker å identifisere distinkte grupper av buprenorfinmisbrukere. Selv om det ikke er mange dødsfall som skyldes buprenorfinmisbruk, omhandles enkelte dødsfall i den vitenskapelige litteraturen og i enkelte land i Europa. Rapporter om dødsfall som skyldes buprenorfinmisbruk sammenlignes med dødsfall som skyldes metadonmisbruk.

Det utvalgte aspektet trekker konklusjoner om den relative verdien av buprenorfin og metadon i behandlingen av opiatavhengighet. Buprenorfin betraktes som en mulighet til å gjøre legemiddelassistert rehabilitering mer og lettere tilgjengelig.

Dette utvalgte aspektet foreligger i papirutgave og på internett (bare på engelsk): "Buprenorphine: treatment, misuse and prescription practices", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).

⁽¹⁶⁸⁾ Se tabell PPP-2 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁶⁹⁾ Se tabell PPP-6 (del i) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁷⁰⁾ Liten utvalgsstørrelse for Norge (n = 8).



Kapittel 7

Kriminalitet og fengsling

Narkotikarelatert kriminalitet

Narkotikarelatert kriminalitet er lovbrudd som begås under påvirkning av rusmidler, lovbrudd som begås for å finansiere et rusmiddelbruk, kjøp og salg av ulovlige rusmidler samt andre brudd på narkotikalovgivningen. EU har rutinedata bare om sistnevnte lovbrudd – brudd på narkotikalovgivningen.

“Rapporter”⁽¹⁷¹⁾ om brudd på narkotikalovgivningen gjenspeiler forskjeller i nasjonal lovgivning, forskjeller i hvordan loven anvendes og håndheves, hvordan bestemte kategorier lovbrudd prioriteres av politi og domstoler samt hvilke ressurser som blir bevilget. Dessuten varierer informasjonssystemene om brudd på narkotikalovningen ganske mye fra et land til et annet, særlig når det gjelder rutineene for rapportering og registrering, f.eks. hva som blir registrert hvor og når. Disse forskjellene gjør sammenligninger mellom EU-landene ganske vanskelig.

Mellom 1998 og 2003 økte antallet “rapporter” om brudd på narkotikalovgivningen i de fleste EU-statene. Det var særlig en markert økning (fordobling eller mer) i Estland og Polen. Antallet “rapporter” gikk imidlertid ned i 2003 i Belgia, Spania, Italia (etter 2001), Ungarn, Malta, Østerrike og Slovenia (etter 2002)⁽¹⁷²⁾.

I de fleste medlemsstatene i EU er fortsatt de fleste rapporterte brudd på narkotikalovgivningen relatert til bruk eller besittelse for bruk av narkotika⁽¹⁷³⁾, og varierer fra 39 % av alle brudd på narkotikalovgivningen i Polen, til 87 % i Østerrike og Storbritannia.

I Den tsjekkiske republikk og Luxembourg var hhv. 91 % og 46 % av alle rapporterte brudd på narkotikalovgivningen relatert til langing eller smugling, mens i Italia og Spania – der bruk og besittelse for bruk av narkotika ikke betraktes som forbrytelser – alle narkotikaforbrytelser var relatert til omsetning eller smugling. Og til slutt, 59 % av alle

Narkotikabruk og kriminalitet: noen data

I en undersøkelse fra Den tsjekkiske republikk i 2004 anslø polititjenestemenn ved de regionale politidistriktene at om lag 40 % av alle tilfeller av simpelt tyveri og om lag 30 % av alle innbrudd ble begått for å finansiere kjøp av narkotika. I det samme landet viste rutinedata om registrerte forbrytelser at 0,7 % av alle lovbrudd i 2003 ble begått av personer påvirket av narkotiske eller psykotrope stoffer (alkohol ikke medregnet) (Tsjekkias nasjonale rapport).

I Finland i perioden 2000–2003 var andelen drap og voldsepisoder begått under påvirkning av illegale rusmidler mye lavere enn andelen som ble begått under påvirkning av alkohol (hhv. 6 % og 64 % av alle drap og hhv. 2 % og 71 % av alle voldsepisoder) (Lehti og Kivivuori, sitert i Finlands nasjonale rapport). Selv om påvirkningen av narkotika ved ran/innbrudd synes å ha økt det siste tiåret, er alkoholpåvirkning ved ran/innbrudd fremdeles vanligere (alkohol er påvist i 43 % av alle ran/innbrudd mot 9 % for narkotika).

I Tyskland gikk antallet “simple vinningsforbrytelser” – lovbrudd som begås for å skaffe narkotiske stoffer, erstatninger eller alternative stoffer – ned til 2 568 i 2003, og over 70 % av tilfellene gjaldt forfalskning av resepter eller tyveri av reseptblokker (BKA, 2004).

I Latvia viste rutinedata fra innenriksdepartementet at 2,8 % av alle etterforskede lovbrudd i 2003 (3,1 % i 2002) ble begått av personer som var påvirket av narkotiske stoffer (Latvias nasjonale rapport).

lovbrudd i Portugal⁽¹⁷⁴⁾ og Norge⁽¹⁷⁵⁾ var relatert til narkotikabruk og smugling.

I alle land med tilgjengelig data, unntatt Portugal, har andelen registrerte narkotikalovbrudd relatert til

⁽¹⁷¹⁾ “Rapporter” om brudd på narkotikalovgivningen står i anførselstegn fordi det dekker forskjellige begreper i forskjellige stater (begrepet kan f.eks. referere til mistanke om eller siktelse for brudd på narkotikalovgivningen osv.). For en nøyaktig definisjon for hvert land, se metodeopplysninger om definisjoner på “rapporter” om narkotikalovbrudd i Statistiske opplysninger 2005. (NB: Tidligere årsrapporter har inntil 2001 brukt begrepet “arrestasjoner”.)

⁽¹⁷²⁾ Se tabell DLO-1 (del i) i Statistiske opplysninger 2005. Data om “rapporter” om brudd på narkotikalovgivningen i 2003 er ikke tilgjengelig for Danmark, Tyskland, Irland, Latvia, Slovakia og Storbritannia.

⁽¹⁷³⁾ Se tabell DLO-2 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁷⁴⁾ Ettersom Portugal avkriminaliserte “bruk/besittelse av narkotika” i juli 2001, er brudd på narkotikalovgivningen nå relatert til “omsetning/smugling av narkotika”.

⁽¹⁷⁵⁾ Norge skiller ikke mellom “narkotikaomsetning/smugling” alene og “bruk/omsetning og smugling”. Øvrige brudd på narkotikalovgivningen er derfor knyttet til “narkotikabruk” alene.

bruk/besittelse for bruk av narkotika, økt i femårsperioden 1998–2003 ⁽¹⁷⁶⁾. Selv om økningen generelt var liten, hadde Belgia, Luxembourg og Slovenia en langt klarere oppadgående trend fram til 2001. I Portugal begynte andelen bruksrelaterte lovbrudd å gå ned i 2000, ett år før bruk og besittelse for bruk av narkotika ble avkriminalisert i juli 2001 ⁽¹⁷⁷⁾. I 2003 ble nedgang rapportert i Den tsjekkiske republikk, Luxembourg, Østerrike og Slovenia.

I de fleste medlemsstatene er cannabis fortsatt det illegale rusmiddelet som oftest er involvert i anmeldte narkotikalovbrudd ⁽¹⁷⁸⁾. I de landene hvor dette er tilfellet, utgjorde cannabisrelaterte lovbrudd i 2003 fra 39 % (Italia) til 87 % (Frankrike) av alle brudd på narkotikalovgivningen. I Nederland dominerer antallet lovbrudd som involverer "tunge stoffer" ⁽¹⁷⁹⁾ (58 %), mens de fleste bruddene på narkotikalovgivningen i Den tsjekkiske republikk er relatert til amfetamin (48 %). Hvor stor andel av alle narkotikalovgivningsbrudd som er relatert til det enkelte narkotiske stoff, påvirkes av en rekke faktorer, herunder operasjonelle prioriteringer hos politi og domstoler så vel som eksplisitte eller implisitte strategiske beslutninger om å differensiere innsatsen mot de ulike formene for brudd på narkotikalovgivningen.

Siden 1998 har andelen narkotikalovbrudd som omfatter cannabis ⁽¹⁸⁰⁾ vært økende i Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Litauen, Luxemburg, Malta og Portugal, holdt seg generelt stabil i Belgia, Den tsjekkiske republikk, Nederland, Slovenia, Sverige og Storbritannia, og gått ned i Italia og Østerrike ⁽¹⁸¹⁾.

I samme periode har andelen heroinrelaterte lovbrudd gått ned i alle EU-land som har lagt fram data, unntatt i Østerrike og Storbritannia, der den økte ⁽¹⁸²⁾. Derimot har andelen kokainrelaterte lovbrudd siden 1998 økt i alle land som la fram data, unntatt Tyskland, som rapporterte om en nedadgående trend ⁽¹⁸³⁾.

Rusmiddelbrukere og fengsel

Rusmiddelbrukere i fengsel

Nasjonal, rutinemessig informasjon om type og mønster for rusmiddelbruk blant innsatte er knapp og usammenhengende. De fleste data som er tilgjengelige i EU, stammer fra ad hoc-studier som er basert på utvalg av ulike størrelser, noe som gjør det veldig vanskelig å foreta ekstrapoleringer.

Narkotikabrukere er sterkt overrepresentert blant de innsatte i forhold til befolkningen generelt. De fleste studiene i EU oppgir en livstidsprevalens av narkotikabruk blant innsatte på over 50 %, et tall som imidlertid varierer mye, fra 22 % til 86 %, avhengig av fengselspopulasjon, anstalt og land ⁽¹⁸⁴⁾. I EU varierer forekomsten av bruk eller avhengighet av narkotika før fengslingen mellom 8 % og 73 % ⁽¹⁸⁵⁾.

De fleste reduserer eller holder opp med narkotikabruken etter innsettelsen. Imidlertid fortsetter mange innsatte å bruke narkotika, og noen begynner først å bruke narkotika (og/eller injisere narkotika) i fengsel. Tilgjengelige studier viser at mellom 8 % og 60 % av de innsatte rapporterer å ha brukt narkotika i løpet av soningstiden, og 10–42 % rapporterer om regelmessig bruk av narkotika ⁽¹⁸⁶⁾.

Livstidsprevalensen for injeksjonsbruk av narkotika blant innsatte rapporteres generelt til å ligge mellom 15 % og 50 %, men noen studier rapporterer om tall så lave som 1 % eller så høye som 69 %. Der sammenlignbare data er tilgjengelig (Østerrike 1999, England og Wales 1997-98), viser de at unge lovbrøyttere har mindre sannsynlighet for å begynne med sprøyter enn voksne, og at det i fengselspopulasjonen er mer sannsynlig at kvinner bruker sprøyter enn menn ⁽¹⁸⁷⁾. Basert på flere studier i EU har Bird og Rotily (2002) vist at omkring en tredel av alle voksne mannlige innsatte er sprøytebrukere. Data fra kontaktpunktene i Reitox-nettet viser at mellom 0,2 % og 34 % av de innsatte ⁽¹⁸⁸⁾ har injisert narkotika i løpet av fengselsoppholdet. Dette reiser spørsmål om

⁽¹⁷⁶⁾ Se tabell DLO-4 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁷⁷⁾ Loven om avkriminalisering av bruk og besittelse for bruk av narkotika ble vedtatt i november 2000 og trådte i kraft i juli 2001.

⁽¹⁷⁸⁾ Se tabell DLO-3 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁷⁹⁾ I Nederland defineres "harde stoffer" som rusmidler som representerer en uakseptabel risiko for folkehelsen, som heroin, kokain, ecstasy og LSD.

⁽¹⁸⁰⁾ Følgende land har framlagt en oversikt over narkotikalovbrudd fordelt på stoffer over tid: Belgia, Den tsjekkiske republikk, Tyskland, Spania, Frankrike, Irland, Italia, Litauen, Luxembourg, Malta, Nederland (bare "lette stoffer"/cannabis og "tunge stoffer"), Østerrike, Portugal, Slovenia, Sverige og Storbritannia.

⁽¹⁸¹⁾ Se tabell DLO-5 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸²⁾ Se tabell DLO-6 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸³⁾ Se tabell DLO-7 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸⁴⁾ Se tabell DUP-1 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸⁵⁾ Se tabell DUP-5 (vedlegg) i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸⁶⁾ Se tabell DUP-3 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸⁷⁾ Se tabell DUP-2 i Statistiske opplysninger 2005.

⁽¹⁸⁸⁾ Se tabell DUP-4 i Statistiske opplysninger 2005.

fengselspopulasjonens tilgang til sterilt sprøyteutstyr, hygienisk praksis for sprøytedeling og potensialet for spredning av smittsomme sykdommer.

Hjelp og behandling til narkotikamisbrukere i fengsel

Alle medlemsstatene og søkerlandene har en eller annen ordning for å sikre at narkotikamisbrukere i fengsel får hjelp, selv om tjenestetilbudet og tjenestenes tilgjengelighet varierer betraktelig. En trend som er verdt å merke seg, er den økende erkjennelsen av at innsatte har samme rettigheter som resten av befolkningen når det gjelder tilgang til helsetjenester, herunder hjelp og behandling til narkotikabrukere (WHO's regionkontor for Europa, 2002; Irlands, Litauens og Finlands nasjonale rapporter). Blant tjenestene som bør være tilgjengelige for innsatte, er strategier for forebygging, herunder medikamentfrie programmer, avrusing, metadon eller annen legemiddelbehandling, rådgivning og utdanning.

Landene rapporterer imidlertid om ulike problemer med å yte hensiktsmessig hjelp. For eksempel har Estland bare et minimalt tjenestetilbud; det finnes ingen spesifikke tjenester tilgjengelig for narkotikabrukere i Latvia. Polen har lange ventelister for behandling, Sverige oppgir overbefolkede fengsler og redusert antall fengselsansatte og Romania mangler hensiktsmessig lovgivning. Kypros har ingen integrerte støtteprogrammer for fengslede narkotikabrukere, men enkelte forebyggende tiltak er innført.

De generelle forebyggende strategiene består av utdannings- og opplæringsaktiviteter. I de fleste EU- og søkerlandene gjennomføres slike aktiviteter både for innsatte og ansatte i fengslene. Blant landene som oppgir slike aktiviteter er Estland, Spania, Kypros, Ungarn, Romania og Slovenia (nasjonale Reitox-rapporter).

Et annet element i forebyggingen er opprettelsen av rusfrie enheter i fengslene. Deltakelse skjer på frivillig basis, vanligvis etter at den innsatte har skrevet under på at han eller hun godtar visse vilkår, f.eks. periodiske urinprøver. Slike enheter finnes i EU-15-landene. De fleste "nye" medlemsstatene har også opprettet rusfrie enheter. En evaluering av den rusfrie sonen i et fengsel i Østerrike viste at innsatte som ble løslatt fra slike soner hadde betydelig lavere sannsynlighet for å bli fengslet på nytt enn innsatte

som ble løslatt fra vanlige fengselsenheter (45 % sammenlignet med 62 %).

Den vanligste behandlingsmåten i fengsler er medikamentfri behandling, som finnes i alle medlemsstatene (unntatt Kypros og Latvia), selv om tilgjengeligheten varierer. Behandlingssentre i lokalmiljøet gir støtte og behandling så vel som ettervern i mange land, f.eks. Belgia, Den tsjekkiske republikk, Hellas, Luxemburg og Storbritannia.

I de fleste landene er ikke substitusjons- og vedlikeholdsbehandling like tilgjengelig innenfor som utenfor fengselsmurene. Bare Spania har et omfattende tilbud om vedlikeholdsbehandling, og 18 % av alle innsatte, eller 82 % av alle problematiske narkotikabrukere i fengsel, får denne behandlingen. Også Luxembourg har god dekning. Land som oppgir en betydelig økning i tilgjengeligheten av legemiddelassistert rehabilitering, omfatter Frankrike, hovedsakelig med buprenorfin, og Irland (i henhold til nasjonale Reitox-rapporter). I Nederland er legemiddelassistert rehabilitering tilgjengelig bare for korttidsinnsatte som allerede bruker metadon før fengslingen, og i Polen er det første metadonbehandlings-programmet innført i et varetektsfengsel, med 14 klienter.

Nye utviklinger for å bekjempe spredningen av smittsomme sykdommer i fengsel

I Estland ble situasjonen når det gjaldt å forebygge spredningen av HIV forbedret i 2003. Antallet primære HIV-tester økte 2,6 ganger sammenlignet med 2002, til tross for bare en liten øking i antallet positive tester. Tilbudet om rådgivningstjenester før og etter testing ble også forbedret, både i kvantitet og kvalitet. I Romania ble programmer for å forebygge spredningen av HIV/AIDS i straffeanstalter og blant innsatte utarbeidet i samarbeid med enkelte internasjonale frivillige organisasjoner (NGOer).

Spania er det eneste landet som systematisk gjennomfører sprøytespiss- og sprøytebytteprogrammer i fengslene. I 2003 distribuerte disse programmene totalt 18 260 sprøyter. Det foreligger ingen planer om å gjennomføre lignende programmer i de andre medlemsstatene og søkerlandene.

Alternativer til fengsling for kriminelle, problematiske narkotikabrukere i EU, i EONNs årsrapport for 2005: utvalgte aspekter

Fengsel er et særlig ugunstig miljø for problematiske narkotikabrukere, og det er bred politisk enighet angående prinsippet om behandling som et alternativ til fengsel. Alternativene til fengsling som narkotikabrukende lovbrøyttere tilbys, omfatter sanksjoner som kan utsette, forhindre, erstatte eller supplere fengselsstraff for lovbrudd som i henhold til nasjonal lovgivning vanligvis straffes med ubetinget fengsel. Dette utvalgte aspektet fokuserer på de tiltakene som har en narkotikarelatert behandlingskomponent.

Siden 1960-tallet har avtaler, strategier og handlingsplaner i FN og EU gjentatte ganger bekreftet og styrket prinsippet om behandling, utdanning og rehabilitering som et alternativ til fengsling og straff for narkotikarelaterte lovbrudd. Dette er gjennomført i nasjonal lovgivning i medlemsstatene i EU, og strafferettssystemene og helse- og sosialtjenestene er tilpasset deretter. Unge narkotikabrukere er særlig utsatt for å komme inn i en ond sirkel med narkotika og kriminalitet, og det har vært spesielt viktig å unngå fengsel for unge lovbrøyttere.

Gjennomføringen av fengslingsalternativer møter imidlertid visse vansker på grunn av ulike forvaltningssystemer med ulike underliggende prinsipper. Det arbeides med å bygge bro mellom rettssystemet og helse- og sosialtjenestene gjennom samordningsstrukturer og -initiativer mellom f.eks. politi, domstoler, fengsel og behandlingstjenester.

Uformelle samarbeidsordninger på lokalt plan har ofte gått forut for mer stabile, institusjonaliserte former.

Bruken av alternativer til fengsel har økt i løpet av de siste tiårene i EU-15 og har til og med stagnert noe i den senere tid, mens lovgivning om fengslingsalternativer og den praktiske gjennomføringen av dette først tok til senere i de "nye" medlemsstatene. Vanligvis benyttes det ordinære behandlingsapparatet for behandlingen av lovbrøyttere med et problematisk narkotikabruk. I de fleste landene tilbys vanligvis behandling i residensielle miljøer, men muligheten for å følge polikliniske behandlingsprogrammer er også til stede.

Europeiske evalueringsstudier av behandling som et alternativ til fengsel er få og delvis ufullstendige. I likhet med annen forskning på behandling, viser det seg at gjennomføringsgraden av rehabiliteringen er en nøkkelindikator for at rehabiliteringen skal lykkes, og frafallsprosenten er et av de største problemene ved alternativene til fengsel. Det foreligger dokumentasjon som tyder på at det er kvaliteten på behandlingen som gis, ikke hvordan klienten kom i behandling, som er viktig for at rehabiliteringen skal lykkes. Behandling som et alternativ til fengsel synes å fungere best hvis de avhengige er motivert for behandlingen, hvis omsorgsfasilitetene har god klinisk standard og kvalifisert personell i tilstrekkelig omfang.

Dette utvalgte aspektet foreligger i papirutgave og på internett (bare på engelsk): "Alternatives to imprisonment: targeting offending problem drug users in the EU", *EMCDDA annual report 2005: Selected issues* (<http://issues05.emcdda.eu.int>).



Kilder

- 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, pp. 21–6.
- ASPECT Consortium (2004), *Tobacco or Health in the European Union*, Office for Official Publications of the European Communities, 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. et al. (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. and 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. and 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, pp. 887–97.
- Bovenkerk, F. and 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., et al. (2005), 'Evaluating the impact of methadone maintenance programmes on mortality due to overdose and Aids in a cohort of heroin users in Spain', *Addiction*, in press.
- Butler, G. K. L. and Montgomery, A. M. J. (2004), 'Impulsivity, risk taking and recreational "ecstasy" (MDMA) use', *Drug and Alcohol Dependence* 76, pp. 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, pp. 381–90.
- Calafat, A., Fernández, C., Juan, M., et al. (2003), *Enjoying the nightlife in Europe: the Role of moderation*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Canning, U., Millward, L., Raj, T. and 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, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- CND (2005), *World drug situation with regard to drug trafficking: report to the secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, United Nations Economic and Social Council, Vienna.
- Cuijpers, P., et al. (2002), 'The effects of drug abuse prevention at school: the healthy school and drugs project', *Addiction* 97, pp. 67–73.
- Cunningham, J. A. (2001), 'Impact of normative feedback on problem drinkers: a small-area population study', *Journal of Studies on Alcohol* 62, pp. 228–33.
- De Wit, A. and Bos, J. (2004) 'Cost-effectiveness of needle and syringe exchange programmes: a review of the literature', In *Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options*, EMCDDA Monographs 7, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon, pp. 329–43.
- 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.
- EMCDDA (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', project CT.99.RTX.04, co-ordinated by the Trimbos Institute, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2003), 'National prevalence estimates of problem drug use in the European Union, 1995–2000', CT.00.RTX.23, coordinated by the Institut für Therapieforchung, Munich European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=1372>).
- EMCDDA (2004a), *Annual Report 2004: the state of the drugs problem in the European Union and Norway*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- EMCDDA (2004b), 'Hepatitis C and injecting drug use: impact, costs and policy options', *EMCDDA Monographs 7*, European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction, Lisbon (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=428>).

- EMCDDA (2004c), *Drugs in Focus 13. Overdose – a major cause of avoidable death among young people*, European Monitoring Centre on Drugs and Drug Addiction, Lisbon.
- Eurobarometer (2004), 'Young people and drugs', *Flash Eurobarometer 158*, Taylor Nelson Sofres, Directorate General Press and Communication, European Commission, Brussels.
- EuroHIV (European Centre for the Epidemiological Monitoring of 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*, Office for Official Publications of the European Communities, Luxembourg, p. 58.
- Eysenbach, G., Powell, J., Englesakis, M., et al. (2004), 'Health related virtual communities and electronic support groups: systematic review of the effects of online peer to peer interactions', *BMJ* 328, p. 1166.
- FSW (Fonds Soziales Wien) (2004), *Jahresbericht 2003*, Fonds Soziales Wien, Vienna.
- Ghuran, A. and Nolan, J. (2000), 'Recreational drug misuse: issues for the cardiologist', *Heart* 83, pp. 627–33.
- Gowing, L., Farrell, M., Bornemann, R. and Ali, R. (2005), 'Substitution treatment of injecting opioid users for prevention of HIV infection' (review), *The Cochrane Library*, 2005, Issue 2 (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), Speech at 'Conference on treatment monitoring in the EU and the EU action plan on drugs 2000–2004' at the EMCDDA, November 2003.
- Hawks, D., Scott, K., McBride, N., et al. (2002), *Prevention of psychoactive substance use: a selected review of what works in the area of prevention*, World Health Organization, Geneva.
- Hibell, B., Andersson, B., Bjarnasson, T., et al. (2004), *The ESPAD report 2003: alcohol and other drug use among students in 35 European Countries*, The Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN) and Council of Europe Pompidou Group.
- Hwang, S. (2001), 'Mental illness and mortality among homeless people', *Acta Psychiatrica Scandinavica* 103, pp. 81–2.
- INCB (2005), *Report of the International Narcotics Control Board 2004*, United Nations International Narcotics Control Board: New York.
- Korkeila, J. (2000), *Measuring aspects of mental health*, Themes 6/2000, STAKES: Helsinki.
- Kumpfer, K. L., Alvarado, R. and Whiteside, H. O. (2003), 'Family-based interventions for substance use and misuse prevention', *Substance Use and Misuse* 38, pp. 1759–87.
- Leppin, A. (2004), Vortrag zur schulischen Suchtprävention im Rahmen der Fachtagung 'Qualität schulischer Suchtprävention' am 20.04.04 in Kärnten (<http://www.schule.at/community>).
- Macchia, T., Giannotti, F. C. and Taggi, F. (2004), *I servizi e le sostanze ricreative: una rilevazione clinica in Italia*, FrancoAngeli, Milan.
- Mathei, C., Robaey, G., van Damme, P., et al. (2005), 'Prevalence of hepatitis C in drug users in Flanders: determinants and geographic differences', *Epidemiology and Infection* 133, pp. 127–36.
- Mendes, F., Relvas, A. P., Olaio, A., et al. (2001), *The challenge of prevention of drug use*, IREFREA España, Palma de Mallorca (www.irefrea.org).
- Mol, A., Van Vlaanderen, J. L. and De Vos, A. (2002), *Ontwikkeling van de cocaïne hulpvraag in the ambulante verslavingszorg 1994–2000*, IVZ, Houten.
- Morrall, A. R., McCaffrey, D. F. and Paddock, S. M. (2002), 'Reassessing the marijuana gateway effect', *Addiction* 97, pp. 1493–504.
- National Treatment Agency (NTA) (2003), 'New guidance on injectable heroin and injectable methadone treatment for opiate misusers', press statement 13 June 2003 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- National Treatment Agency (NTA) (2004), '54 per cent more drug misusers get treatment in England', press statement 30 September 2004 (<http://www.nta.nhs.uk>).
- Ouweland, A., Van Alem, V., Mol, A. and Boonzajer Flaes, S. (2004), *Key figures addiction care 2003*, IVZ, Houten (<http://www.sivz.nl>).
- Pijlman, F. T. A., Krul, J. and 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., et al. (2004), 'Cocaine use in Europe – a multi-centre study: patterns of use in different groups', *European Addiction Research* 10, pp. 147–55.
- Quensel, S. (2004), *Das Elend der Suchtprävention*, Verlag für Sozialwissenschaften (VS), Wiesbaden.
- Reis, J., Riley, W., Lokman, L. and Baer, J. (2000), 'Interactive multimedia preventive alcohol education: a technology application in higher education', *Journal of Drug Education* 30, pp. 399–421.
- Reitox national reports (2004) (<http://www.emcdda.eu.int/?nnodeid=435>).
- Rhodes, T., Lilly, R., Fernández, C., et al. (2003), 'Risk factors associated with drug use: the importance of "risk environment"', *Drugs: Education, Prevention and Policy* 10, pp. 303–29.
- Rigter, H., Van Gageldonk, A., Ketelaars, T. and Van Laar, M. (2004), 'Hulp bij probleemgebruik van drugs: stand van wetenschap voor behandelingen en andere interventies, 2004', Trimbos Institute/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. and Nilson, M. (2002), 'An overview of opiate substitution treatment in the European Union and Norway', *International Journal of Drug Policy* 13, pp. 477–84.
- Sullivan, L. E., Metzger, D. S., Fudala, P. J. and Fiellin, D. A. (2005), 'Decreasing international HIV transmission: the role of expanding access to opioid agonist therapies for injection drug users', *Addiction* 100, pp. 150–8.
- Sussman, S., Earleywine, M., Wills, T., et al. (2004), 'The motivation, skills and decision-making model of "drug abuse" prevention', *Substance Use and Misuse* 39, pp. 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, pp. 183–97.

Terweij, M. and 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*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003a), *Global illicit drug trends 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC (2003b), *Ecstasy and amphetamines: global Survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

UNODC and Government of Morocco (2003), *Morocco cannabis survey 2003*, United Nations Office on Drugs and Crime, Vienna.

WHO (1998), *Opioid overdose: trends, risk factors, interventions and priorities for action*, World Health Organization, Programme on Substance Abuse, Division of Mental Health and Prevention of Substance Abuse, Geneva.

WHO (2004), 'Effectiveness of sterile needle and syringe programming in reducing HIV/AIDS among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, WHO, Geneva.

WHO (2005), 'Effectiveness of drug dependence treatment in preventing HIV among injecting drug users', *Evidence for action technical papers*, final draft, March 2005, WHO, Geneva.

WHO Regional Office for Europe (2002), *Prisons, Drugs and Society, A Consensus Statement on Principles, Policies and Practices*, WHO Regional Office for Europe, Geneva.

Europeisk overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk, 2004

Årsrapport for 2005: Narkotikasituasjonen i Europa

Luxembourg: Kontoret for De europeiske fellesskaps offisielle publikasjoner
2005 — 87 s. — 21 x 29.7 cm
ISBN 92-9168-240-3

SALES AND SUBSCRIPTIONS

Publications for sale produced by the Office for Official Publications of the European Communities are available from our sales agents throughout the world.

You can find the list of sales agents on the Publications Office website (<http://publications.eu.int>) or you can apply for it by fax (352) 29 29-42758.

Contact the sales agent of your choice and place your order.

Om EONN

Det europeiske overvåkingscenter for narkotika og narkotikamisbruk (EONN) er en av Den europeiske unions desentraliserte institusjoner. Det ble opprettet i 1993 og har sitt hovedkontor i Lisboa. EONN er den viktigste kilden til informasjon om narkotika og narkotikaavhengighet i Europa.

EONN samler inn, analyserer og distribuerer 'objektiv, pålitelig og sammenlignbar informasjon' om narkotika og narkotikaavhengighet, og kan derved gi publikum et evidensbasert bilde av narkotikasituasjonen i Europa.

Senterets publikasjoner er en enestående kilde til informasjon for et bredt publikum, blant annet beslutningstakere og deres rådgivere, vitenskapelige miljøer, fagmiljøer og forskere som arbeider på narkotikaområdet, samt, i en videre forstand, media og allmennheten.

I årsrapporten presenterer EONN sin årlige oversikt over narkotikasituasjonen i Europa. Rapporten er et viktig referansedokument for alle som søker siste nytt om narkotikasituasjonen i Europa.