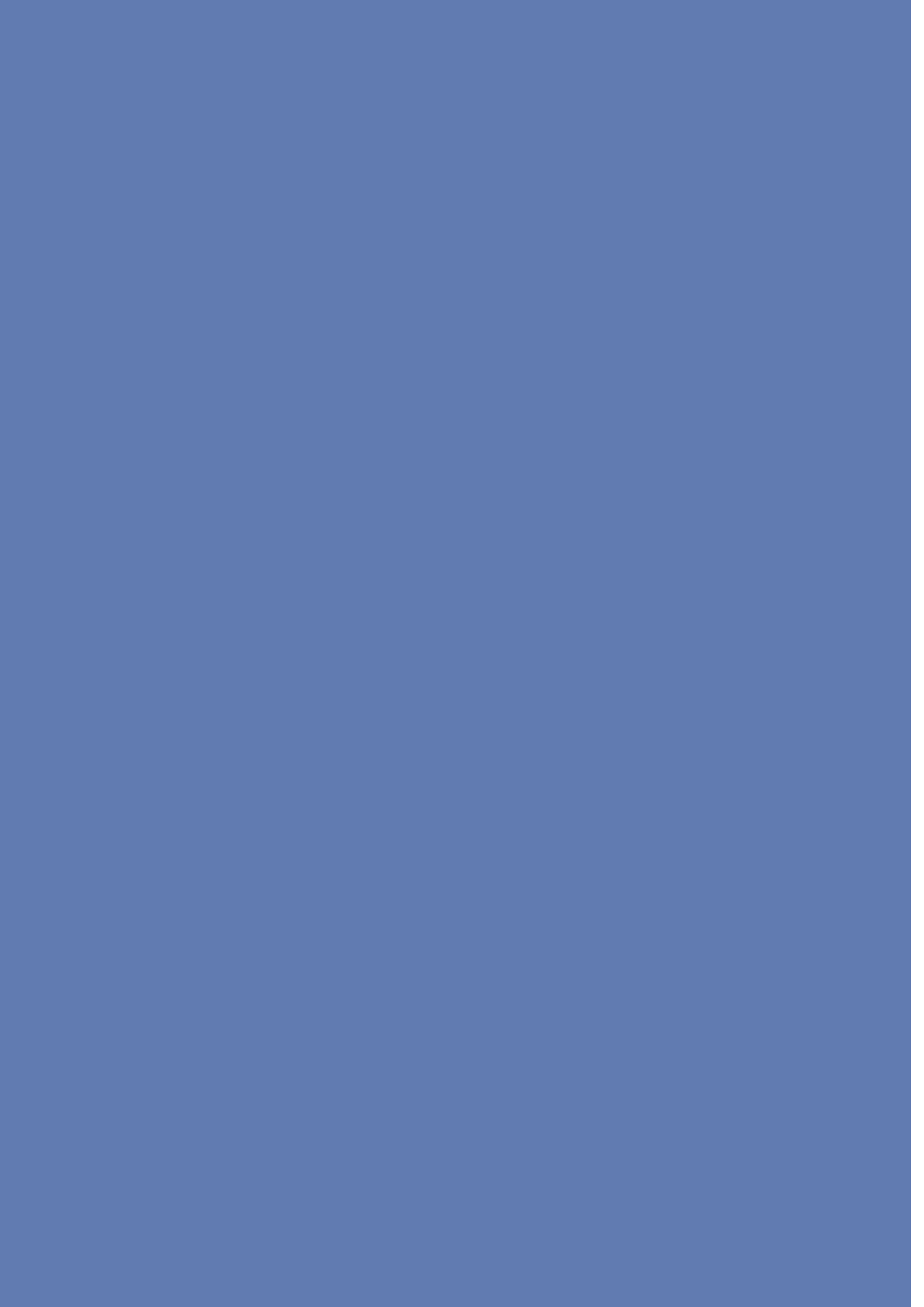


Erstovningscenter  
for narkotikamisbrug

ISSN 1609-6096 | NSSI

# ÅRSBERETNING 2010

TIKASITUATIONEN I EUROPA





Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

NARKOTIKASITUATIONEN I EUROPA

# ÅRSBERETNING 2010

## Retlig meddelelse

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

Yderligere oplysninger om EU er tilgængelige på internettet via Europaserveren (<http://europa.eu>).

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

Frikaldsnummer (\*):

**00 800 6 7 8 9 10 11**

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

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

Katalogoplysninger findes bagest i denne publikation.

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor, 2010

ISBN 978-92-9168-428-1

doi:10.2810/31804

© Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug, 2010

Gengivelse er tilladt med kildeangivelse.

*Printed in Luxembourg*

TRYKT PÅ IKKE-KLORBLEGET PAPIR



Det Europæiske Overvågningscenter  
for Narkotika og Narkotikamisbrug

Cais do Sodré, 1249-289 Lissabon, PORTUGAL

Tlf. +351 211210200 • Fax +351 218131711

[info@emcdda.europa.eu](mailto:info@emcdda.europa.eu) • [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu)

## Indholdsfortegnelse

Forord	5
Tak	7
Indledning	9
Kommentar: Velkendte fakta, nye trusler og økonomiske spareprogrammer: den aktuelle narkotikapolitiske situation i Europa	13
Kapitel 1: Politikker og lovgivninger	21
Politisk udvikling internationalt og i EU • Nationale strategier • Offentlige udgifter • National lovgivning • Forskning	
Kapitel 2: Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa – en oversigt	29
Forebyggelse • Behandling • Skadesreduktion • Social udstødelse og reintegrations • Håndhævelse af narkotikalogivningen og overtrædelser • Sundhed og sociale tiltag i fængsler	
Kapitel 3: Cannabis	41
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Behandling	
Kapitel 4: Amfetaminer, ecstasy og hallucinogene stoffer	51
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Fritidsmiljøer • Behandling	
Kapitel 5: Kokain og crackkokain	62
Udbud og tilgængelighed • Udbredelse og brugsmønstre • Sundhedsmæssige følger • Problematisk brug og behandlingsefterspørgsel • Behandling og skadesreduktion	
Kapitel 6: Opioidbrug og intravenøs stofbrug	72
Udbud og tilgængelighed • Problematisk opioidbrug • Intravenøs stofbrug • Behandling	
Kapitel 7: Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald	81
Smitsomme sygdomme • Forebyggelse af smitsomme sygdomme • Dødsfald og dødelighed • Nedbringelse af antallet af dødsfald	
Kapitel 8: Nye stoffer og nye tendenser	92
Indsats mod nye stoffer • »Spice«-fænomenet • Opfølgning på stoffer	
Referencer	99



## Forord

Vi er stolte over at præsentere denne, den femtende, årsberetning om narkotikasituationen i Europa. Analysen i beretningen bygger på data indsamlet af Reitoxnetværket af nationale knudepunkter, som arbejder tæt sammen med deres nationale eksperter. Vores samarbejde med Europa-Kommissionen, Europol, Det Europæiske Lægemedielagentur og Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme har også dannet baggrund for udarbejdelsen af beretningen.

I dette års beretning finder man som altid en samlet oversigt over Europas narkotikaproblem og de foranstaltninger, der træffes for at imødegå det. Vores opgave er imidlertid ikke blot at rapportere statistikker. Beretningen tager udgangspunkt i nødvendigheden af at afdække og dele god praksis og sikre støtte til evidensbaserede tiltag. Dette krav gælder i samme grad for aktioner rettet mod narkotikaudbuddet som mod efterspørgslen. Når man læser denne beretning, fremgår det tydeligt, at vi nu har en bedre forståelse af, hvad der fungerer, og at Europa har gjort store fremskridt på nogle områder. Alligevel tiltrækker metoder, hvis effektivitet mangler solid dokumentation, stadig finansiering. Med det nuværende pres på de offentlige kasser er det stadig vigtigere at sikre, at offentlige midler bruges fornuftigt. Her er det vores opgave at give en neutral og objektiv vurdering af evidensgrundlaget for tiltagene.

Selv om beretningen fokuserer på Europa, anerkendes narkotikaproblemets globale karakter gentagne gange. Man vil f.eks. kunne læse om de voksende og alvorlige narkotikarelaterede problemer, som mange af vores nabolande nu står over for. Det er ikke kun katastrofer for folkesundheden i de berørte lande. Disse problemer underminerer den sociale udvikling og giver næring til korruption og organiseret kriminalitet og er derfor også en reel trussel mod Den Europæiske Union. Europa er forpligtet til at føre en afbalanceret og evidensbaseret narkotikapolitik understøttet af en solid forståelse af problemet. Vi er stolte over, at den europæiske model for udvikling af nationale narkotikainformationssystemer får stadig mere indflydelse, og det glæder os at fortælle om EONN's voksende betydning for europæiske initiativer til at bistå lande uden for EU med at udvikle deres kapacitet i den forbindelse.

De ca. en million mennesker, der nu er i narkotikabehandling, vidner om det arbejde, som er blevet gjort for at sikre, at alle, der har brug for det, får adgang til behandling. Samtidig er det en påmindelse om omfanget af det problem, som Europa fortsat står over for.

Opioidsstitutionsbehandling er stadig den største sektor på dette område, og her ser det ud til, at stemningen er ved at vende, idet der bliver sat spørgsmålstegn ved de langsigtede resultater for dem, der er i behandling. Det er vigtige spørgsmål, men det er også vigtigt at erkende de folkesundhedsmæssige og sociale fordele ved det øgede behandlingsudbud.

Den øgede behandlingstilgængelighed er et positivt resultat, men der findes stadig store uligheder i adgangen til behandling i Europa. I praksis er behandling undertiden mindst tilgængelig for dem, som har mest brug for den. Denne ulighed er ikke kun geografisk. I dette års beretning ser vi på betydningen af fængselsmiljøet, når det gælder om at nå personer med narkotikaproblemer. Selv om der er gjort visse fremskridt i dette miljø, bliver en værdifuld lejlighed til at gøre en indsats over for en central gruppe af problematiske stofbrugere for ofte tabt på gulvet.

Vi fremlægger denne beretning i en vanskelig tid. Den nuværende økonomiske tilstand stiller EU-medlemsstater over for presserende udfordringer, og følgerne for stofbruget og serviceudbudsniveauet må vurderes omhyggeligt. Det er for tidligt at forudsige, hvilke virkninger den økonomiske krise vil få for narkotikabruget i Europa — men vi ved, at det er marginaliserede og socialt dårligt stillede grupper, der rammes hårdest af narkotikaproblemer. Tjenester for stofbrugere trues i stigende grad af budgetnedskæringer, som kan have en skadelig virkning, ikke kun for stofbrugere, men også for de lokalsamfund, de lever i. Men det er ikke Europas eneste udfordring på narkotikaområdet. Ændringer i udbuddet af velkendte stoffer og fremkomsten af nye stiller i stigende grad vores narkotikakontrolmodeller på prøve. Problemerne ved disse ændringer er komplekse og indbyrdes forbundet. De vil kræve en samordnet og kollektiv indsats. Det positive budskab fra denne beretning er, at Europa er ved at forbedre sin kapacitet til at holde øje med dette fænomen, som er under hurtig udvikling. Det er en kritisk forudsætning for at forstå de udfordringer, vi nu står over for, og sikre, at vores politiske foranstaltninger kan holde trit med en narkotikasituation i hastig forandring.

### **João Goulão**

Formand, EONN's bestyrelse

### **Wolfgang Götz**

Direktør, EONN





## Tak

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

- lederne af de nationale Reitoxknudepunkter og deres personale
- tjenestegrenene i de enkelte medlemsstater, som indsamlede rådata til denne beretning
- medlemmerne af bestyrelsen og Det Videnskabelige Udvalg under EONN
- Europa-Parlamentet, Rådet for Den Europæiske Union — især Den Horisontale Narkotikagrube — og Europa-Kommissionen
- Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC), Det Europæiske Lægemiddelagentur (EMA) og Europol
- Europarådets Pompidou-grube, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, WHO's regionalkontor for Europa, Interpol, Verdenstoldorganisationen, ESPAD-projektet og Det Svenske Råd for Information om Alkohol og Andre Stoffer (CAN)
- Oversættelsescentret for Den Europæiske Unions Organer og Den Europæiske Unions Publikationskontor.

### Nationale Reitoxknudepunkter

Reitox er det europæiske informationsnet for narkotika og narkotikamisbrug. Netværket består af nationale knudepunkter i EU-medlemsstaterne, Norge, kandidatlandene og Europa-Kommissionen. Knudepunkterne udnævnes af medlemsstaternes statslige myndigheder som de nationale myndigheder med ansvar for at formidle narkotikaoplysninger til EONN.

Kontaktoplysninger til de nationale knudepunkter findes på adressen: EONN's websted.



## Indledning

Årsberetningen er baseret på oplysninger, som EONN har modtaget i form af nationale rapporter fra EU-medlemsstaterne, kandidatlandene Kroatien og Tyrkiet samt Norge. De her anvendte statistiske data vedrører 2008 (eller det seneste år, for hvilket der foreligger data). Figurer og tabeller i denne beretning kan afspejle en delmængde af EU-lande, idet udvælgelsen er foretaget på grundlag af de lande, for hvilke der foreligger data i den pågældende periode, eller for at fremhæve visse tendenser.

Tendensanalyser er kun baseret på de lande, der indsender tilstrækkelige data til at beskrive ændringer over den pågældende tidsperiode. Tal for 2007 kan stå i stedet for manglende værdier for 2008 i tendensanalysen af data om narkotikamarkedet; ved analyse af øvrige tendenser kan manglende data være interpoleret.

Baggrundsinformation og en række forbehold, der skal tages hensyn til ved læsning af årsberetningen, er anført nedenfor.

### Data om udbud og tilgængelighed af stoffer

Systematiske og rutinemæssige oplysninger til beskrivelse af markederne for ulovlige stoffer og smugling er stadig begrænsede. Skøn over produktionen af heroin, kokain og cannabis opnås på grundlag af skøn over dyrkningen baseret på feltarbejde (udtagelse af prøver på jorden) og luft- og satellitfotos. Disse skøn er underlagt store begrænsninger, der f.eks. hænger sammen med udsving i udbytte eller med problemet med at overvåge afgrøder, der kan dyrkes inden døre eller ikke dyrkes i afgrænsede geografiske områder, såsom cannabis.

Narkotikabeslaglæggelser betragtes sædvanligvis som en indirekte indikator for udbud, smuglerruter og tilgængelighed af narkotika, selv om de også afspejler de retshåndhævende myndighedernes ressourcer, prioriteringer og strategier, smuglernes sårbarhed og indberetningsprocedurerne. Oplysninger om renhed eller styrke og detailpriser på ulovlige stoffer kan også analyseres for at forstå detailmarkederne for narkotika. Detailpriser på stoffer, der er indberettet til EONN, afspejler prisen til brugeren. Pristendenser er justeret for national inflation. Rapporter om renhed eller styrke er fra de fleste lande baseret på en stikprøve af alle beslaglagte stoffer, og det er normalt ikke muligt at relatere de indberettede data til et bestemt niveau på narkotikamarkedet. For så vidt angår renhed eller styrke og detailpriser, er analyserne

### Få adgang til årsberetningen og datakilderne hertil på internettet

Årsberetningen findes på 22 sprog og kan downloades fra EONN's websted. Den elektroniske version indeholder links til alle onlinekilder, som er citeret i årsberetningen.

Følgende kilder er kun tilgængelige på internettet.

Statistical bulletin 2010 indeholder alle de kildetabeller, som de statistiske analyser i årsberetningen er baseret på. Bulletinen indeholder tillige nærmere oplysninger om de anvendte metoder og omkring 100 statistiske figurer.

De nationale rapporter fra Reitoxknudepunkterne giver en udførlig beskrivelse og analyse af narkotikaproblemet i hvert enkelt land.

Landeoversigterne indeholder en overordnet grafisk oversigt over centrale aspekter ved narkotikasituationen i hvert land.

baseret på de indberettede typiske (modale) værdier eller i mangel heraf gennemsnitsværdier (eller medianværdier). Tilgængeligheden af oplysninger om pris og renhed kan være begrænset i nogle lande, og der kan være tvivl om pålidelighed og sammenlignelighed.

EONN indsamler nationale oplysninger om beslaglæggelser af narkotika, renhed og detailpriser i Europa. Andre data om narkotikaudbuddet stammer fra UNODC's informationssystemer, og analyser suppleret med yderligere oplysninger fra Europol. Information om narkotikaprækursorer fås fra Europa-Kommissionen, som indsamler data om beslaglæggelser af disse stoffer i EU, og INCB, der er involveret i internationale initiativer til forebyggelse af utilsigtet anvendelse af prækursorkemikalier, der anvendes ved fremstillingen af ulovlige stoffer.

Da mange dele af verden mangler avancerede informationssystemer vedrørende narkotikaudbuddet, må nogle af skønnene og andre indberettede data fortolkes med forsigtighed, selv om de repræsenterer de bedste tilgængelige skøn.

### Udbredelse af stofbrug baseret på generelle befolkningsundersøgelser

Stofbrug i den almindelige befolkning eller blandt skoleelever vurderes gennem repræsentative undersøgelser, som gør det muligt at anslå, hvor stor en

andel af personerne der angiver at have brugt stoffer i nærmere bestemte tidsrum. Undersøgelser giver også nyttig baggrundsviden om brugsmønstre, brugernes sociodemografiske karakteristika og opfattelser af risici og tilgængelighed.

EONN har i tæt samarbejde med nationale eksperter udviklet en række fælles kernelementer (»europæisk modelspørgeskema«) til brug i voksenundersøgelser. Denne protokol er nu blevet gennemført i de fleste af EU's medlemsstater. Der er imidlertid stadig forskelle mellem landene med hensyn til dataindsamlingsmetode og -år, og mindre forskelle mellem landene bør fortolkes med forsigtighed.

Da det er dyrt at foretage undersøgelser, er det kun få lande, der indsamler oplysninger hvert år, selv om mange indsamler oplysninger med intervaller på to til fire år. I denne beretning fremlægges data på grundlag af den seneste tilgængelige undersøgelse i hvert land, som i de fleste tilfælde vil være mellem 2005 og 2008. Prævalensdata for Det Forenede Kongerige henviser til England og Wales, medmindre andet er anført, selv om der også foreligger særskilte data for Skotland og Nordirland.

Der anvendes almindeligvis tre mål for stofbrug over tid til indberetning af undersøgelsesdata. Langtidsprævalens er det bredeste. Dette mål afspejler ikke den aktuelle stofbrugssituation blandt voksne, men giver indsigt i brugsmønstre og forekomst. For voksne er EONN's standardaldersgrupper 15-64 år (alle voksne) og 15-34 år (unge voksne). Følgende lande bruger forskellige øvre eller nedre aldersgrænser: Danmark (16), Det Forenede Kongerige (16-59), Malta (18), Sverige (16), Tyskland (18) og Ungarn (18). Der fokuseres på brug inden for det seneste år og den seneste måned (brug inden

for de seneste 12 måneder eller inden for de seneste 30 dage før undersøgelsen) (se EONN's websted for flere oplysninger). For skoleelever er langtidsprævalensen og prævalensen inden for det seneste år de samme, da ulovlig stofbrug inden 15-årsalderen er sjælden.

Det europæiske skoleprojekt om alkohol og andre stoffer ESPAD bruger standardiserede metoder og instrumenter til at måle stof- og alkoholbrug blandt repræsentative stikprøver af 15-16-årige skoleelever. Undersøgelser er gennemført i 1995, 1999, 2003 og 2007. I 2007 blev der indsamlet data i 35 lande, herunder 25 EU-medlemsstater, Kroatien og Norge.

### Behandlingsefterspørgsel

I rapporter om behandlingsefterspørgsel vedrører »nye klienter« personer, der er kommet i behandling for første gang i deres liv, og »alle klienter« vedrører alle, der er kommet i behandling. Klienter i løbende behandling ved det pågældende års begyndelse er ikke omfattet af dataene. Hvis andelen af anmodninger om behandling for et primært stof er givet, er nævneren det antal tilfælde, for hvilke det primære stof er kendt.

### Foranstaltninger

Oplysninger om tilgængelighed og dækning af forskellige foranstaltninger i Europa er normalt baseret på nationale eksperter velinformerede vurdering indsamlet via strukturerede spørgeskemaer. For nogle indikatorer foreligger der dog også kvantitative overvågningsdata.

### Narkotikalovovertrædelser

Udtrykket »indberetninger« af narkotikalovovertrædelser kan dække over forskellige begreber i de forskellige lande.





## Kommentar

# Velkendte fakta, nye trusler og økonomiske spareprogrammer: den aktuelle narkotikapolitiske situation i Europa

### Nødvendigheden af at undgå at betale en høj pris for omkostningsbesparende foranstaltninger

Da Europa går ind i en periode med økonomiske spareprogrammer og stigende ungdomsarbejdsledelse er der frygt for, at dette kan forårsage en stigning i problematiske former for narkotikabrug. Deprimerede og marginaliserede grupper har altid haft en øget risiko for at opleve narkotikaproblemer og yderligere skade som følge af kriminalitet og usikre lokalsamfund. Europa står nu over for en dobbelt fare, idet spareprogrammer vil kunne betyde nedskæringer på sundhedsydelsesområdet på et tidspunkt, hvor behovet for effektive tiltag kan være voksende. Inden for de seneste ti år er der gjort vigtige, omend uensartede, fremskridt i forbindelse med behandlingen af narkotikaproblemer. Antallet af brugere i behandling er steget dramatisk, og der er gjort væsentlige fremskridt i behandlingen af nogle af de mest sundhedsskadelige følger af stofbrug, f.eks. hivinfektion. Endvidere har undersøgelser vist, at interventioner kan være omkostningseffektive, idet udgifterne til relaterede sundhedsmæssige, sociale og kriminalitetsmæssige problemer reduceres. Der er en risiko for, at den aktuelle økonomiske situation kan fremprovokere beslutninger, der resulterer i langsigtede omkostninger for Europa, som vejer langt tungere end kortsigtede besparelser.

### Fokusområde: retningslinjer, rammer og forbedring af dokumentationsgrundlaget med henblik på at vurdere en udbudsbegrænsning

I Lissabontraktaten, der trådte i kraft den 1. december 2009, lægges der ny vægt på EU's rolle i fastlæggelsen af retningslinjer, indikatorer og støtte til udvekslingen af bedste praksis på narkotikaområdet. I tider med økonomiske spareprogrammer er det især vigtigt at sikre, at udgifterne kanaliseres hen imod interventioner, der har haft dokumenteret effekt. Den europæiske tilgang til narkotika kan karakteriseres som værende en tilgang, hvor dokumentation har forrang for ideologi. Der er imidlertid stadigvæk mange områder, hvor investeringer ledes hen imod tiltag, hvor der mangler dokumentation for effekten heraf, eller som er utilstrækkeligt evalueret, mens tiltag

med dokumenteret effekt ikke altid gennemføres. Dette er et vedvarende problem på forebyggelsesområdet, men det er ikke begrænset hertil. Der findes gode programmodeller inden for mange områder af efterspørgselsbegrænsning, og der er en voksende forståelse for, hvad der formodes at være en effektiv indsats. Udfordringen er at tilvejebringe den enighed, der er nødvendig for at kodificere denne viden til et sæt af retningslinjer og rammer, der er tilstrækkeligt forskriftsmæssige til at støtte tjenesteforbedringer, mens der fortsat tages hensyn til de forskellige sammenhænge på tværs af EU.

Den offentlige sundhedssektor har længe været vant til at skulle retfærdiggøre effekten af sine interventioner. Behovet for at udvide denne tilgang til udbudsbegrænsende aktiviteter er blevet et stadigt mere almindeligt emne i EU's politiske drøftelser. Udgifterne til udbudsbegrænsning er ofte vanskelige at identificere i de nationale budgetter, men undersøgelser tyder på, at de er betydelige og generelt overstiger udgifterne til tiltag med henblik på beskyttelse af folkesundheden. På baggrund af nylige forhandlinger i Rådet konkluderede man, at evalueringen af udbudsbegrænsende aktiviteter er handicappet af manglen på standardindikatorer og -foranstaltninger. Udviklingen af nøgleindikatorer for udbudsbegrænsning er et mål i EU's nuværende narkotikahandlingsplan. I 2009 lancerede Kommissionen og EONN et fælles initiativ med henblik på behandling af dette problem, og identifikationen af nøgleudbudsindikatorer og en mekanisme for gennemførelsen heraf kan forventes at foreligge i 2011.

### Politiske perspektiver: udfordringer for den europæiske model for en narkotikapolitik

Næsten alle EU-medlemsstater har vedtaget en fælles tilgang på grundlag af en national narkotikastrategi, der normalt understøttes af en handlingsplan, som indeholder konkrete mål og en tidsplan. Denne politiske model er rationel, da den giver mulighed for en regelmæssig evaluering af fremskridt og for at dirigere politikken derhen, hvor den synes at mangle. Det er ligeledes en krævende tilgang, idet der er udviklet,

aftalt og vedtaget nye narkotikastrategier, hvilket ofte er sket under evalueringen af den gamle strategi. Disse vanskeligheder fremhæves i dette års beretning, hvor der for første gang kan rapporteres om et fald i antallet af lande, som har en gældende national narkotikastrategi. Dette skyldes primært de praktiske udfordringer i forbindelse med evaluering og fornyelse af nationale strategidokumenter, der udløb i 2008 eller 2009. EONN arbejder sammen med medlemsstaterne på at udvikle politiske evalueringsværktøjer, der muliggør en løbende gennemgang af den narkotikapolitiske udvikling. Der er ingen enkle løsninger på problemet med at evaluere narkotikapolitikkerne, men det ville være en skam, hvis mangler i processer og planlægning underminerede en vigtig målsætning i gennemførelsen af et europæisk tiltag i forhold til narkotikaproblemerne.

Som anført i sidste års beretning er der en stærk sammenhæng mellem alkohol- og narkotikaproblemer. Til trods herfor kan der ikke observeres nogen fælles tilgang med hensyn til at harmonisere narkotika- og alkoholpolitikkerne i EU's medlemsstater. Nogle lande fastholder særskilte narkotika- og alkoholpolitikker, andre forbinder disse med hinanden, og andre igen har endnu ikke udviklet nogen alkoholstrategi. Der findes solide argumenter for behovet for at søge synenergier mellem narkotika- og alkoholpolitikkerne, hvilket ikke mindst skal ses på baggrund af den kendsgerning, at de ofte sigter mod de samme befolkningsgrupper og miljøer. De nuværende politiske modeller udfordres desuden af væksten i markedet for »legal highs« samt af misbruget af lægemidler, som det behandles nedenfor. I et folkesundhedsmæssigt perspektiv understreger dette behovet for en mere overordnet tilgang, der omfatter både ulovlige og lovlige stoffer samt eventuelt andre adfærdsmæssige sider af afhængigheden. Udfordringen er tosidet: at overveje i hvilket omfang denne overordnede vision er berettiget, og hvordan dette perspektiv kan overføres til en relevant lovgivnings- og tilsynsmæssig ramme.

### **Nye udviklingstendenser i de nationale narkotikalovgivninger afslører ligheder og forskelle**

Et eksempel på de forskelle, der findes mellem EU-medlemsstaterne i politikgennemførelsen, selv på områder, hvor der hersker generel enighed, kan ses af straffene for narkotikarelaterede lovovertrædelser. I de fleste EU-lande tager retssystemerne højde for det pågældende stofs type og »skadevirkning« og for, hvorvidt overtrædelserne har relation til aktiviteter på narkotikamarkedet eller er beregnet til eget brug eller besiddelse med henblik på eget brug. Disse sondringer

varierer meget fra land til land. De kan også kodificeres i lovgivningen eller være et resultat af processer, som foregår inden for rammerne af det strafferetlige system. Det er uklart, hvilke fordele der er forbundet med de forskellige tilgange, eller hvad der udgør god praksis, hvilket giver grund til at antage, at der er værdi i at gennemføre en sammenlignende analyse. I øjeblikket bør sammenligninger mellem landene foretages med forsigtighed, da forskelle mellem overtrædelserne lige så vel kan være bestemt af det pågældende lands retspraksis som af selve overtrædelsens karakter. Et andet spørgsmål er den grad, hvormed den politiske sondring mellem dem, der profiterer af salget og transporten af stofferne, og dem, der bruger disse, overføres til praksis. De allernyeste data viser en let nedadgående tendens i udbudsrelaterede overtrædelser, mens antallet af brugsrelaterede overtrædelser fortsætter med at stige.

### **Narkotikabehandling: mere tilgængelig end nogensinde, men tydelige uligheder**

Effektiv behandling af dem, der har problemer med deres stofbrug, er et grundlæggende element i Europas tiltag i forhold til stoffer. Det er et område, hvor både kvaliteten og kvantiteten af den tilgængelige behandling fortsætter med at vokse. EONN anslår, at mere end en million EU-borgere om året modtager en eller anden form for behandling for stofproblemer. Den udvidede adgang til behandling er sket på baggrund af en vækst i den ambulante ekspertbehandling, støttet af lavtærskeltjenester og opsøgende arbejde. Som et vigtigt element heri kombineres tjenester til stofbrugere i nogle lande med ekspertbehandling, der involverer primære sundhedstjenester og praktiserende læger. Nogle typer af stofproblemer, især de mere vanskelige tilfælde, vil sandsynligvis bedst kunne håndteres af ekspertteams. En passende blanding af ekspertbehandling og behandling med generisk medicin kan imidlertid være et vigtigt element med henblik på at opnå en overordnet behandlingstilgængelighed, især i tilfælde, hvor henvisnings- og støttekanaler er veletablerede.

Selv om antallet af behandlingstilbud er steget, kan der konstateres tydelige forskelle i adgangen til behandling på tværs af Europa. I de fleste østeuropæiske lande og nogle sydeuropæiske lande er behandlingstilgængeligheden relativt begrænset, som det afspejles i lange ventelister. Niveauer for behandlingstilgængelighed kan kun vurderes hensigtsmæssigt i relation til den relative dækning af befolkningen, der har behov for behandling. Det er fortsat vanskeligt med sikkerhed at kommentere på, i hvilket omfang den tilgængelige behandling opfylder behovet, selv om der kan observeres visse fremskridt



inden for opioidsubstitutionsbehandling. Samlet anslår EONN, at omkring 670 000 europæere i øjeblikket er i opioidsubstitutionsbehandling, hvilket er ca. halvdelen af det anslåede antal af problematiske opioidbrugere. Dette tal varierer meget mellem landene, hvor de nationale skøn går fra mindre end 10 % til mere end 50 % af de problematiske opioidbrugere, der er i behandling. Forskelle i tilgængeligheden af behandling illustreres yderligere af den observation, at kun omkring 2 % af substitutionsbehandlingerne forekommer i de 12 medlemsstater, der er blevet medlemmer af EU siden 2004.

Substitutionsbehandling anses desuden for at være en skadesreduktionsforanstaltning. Sammen med ombytning af kanyler og sprøjter er den blevet fremmet bredt som et vigtigt element i en omfattende hivforebyggelsesstrategi for intravenøse stofbrugere. Med en generelt stabil eller faldende tendens i det intravenøse stofbrug og narkotikarelateret hivinfektion, ser EU's situation positiv ud med hensyn til narkotikarelateret hivinfektion i forhold til mange andre dele af verden. EONN udgav en videnskabelig monografi om skadesreduktion i 2010, der skitserede harmoniseringen af konceptet for skadesreduktion, hvori både substitutionsbehandling og ombytning af sprøjter nu indgik som accepterede elementer af de europæiske narkotikapolitikker. I monografien fremhævedes desuden behovet for at forbedre dokumentationsgrundlaget for andre skadesreducerende interventioner og manglen på veludviklede skadesreduktionsmodeller for problemer med brugen af stimulanser og blandingsbrug, hvilket er brugsmønstre, der får større og større betydning i Europa. Det blev også konstateret, at tiltagene i Europa endnu ikke har haft nogen signifikant indvirkning på hepatitis C-infektionsgraden blandt intravenøse brugere og på antallet af overdosisdødsfald, og at skadesreducerende tiltag kan komme til at spille en vigtig rolle her.

### Udvikling af behandlingsmodeller og tiltag over for Europas voksende narkotikaproblem

De nuværende mønstre for stofbrug udfordrer tjenesterne til at udvikle mere komplekse og differentierede behovsbaserede tiltag med en bedre forbindelse til generiske sundhedsmodeller og sociale behandlingsressourcer. Hvad angår substitutionsbehandling, kan den observeres i en aldrende og mere kronisk gruppe, der kræver behandling, hvilket er et emne, der behandles i et udvalgt tema, som er vedlagt denne rapport. Behovet for behandling og andre tiltag over for ikke-opioid relaterede problemer er også stigende med et voksende antal af cannabis- og stimulansbrugere,

som kommer i kontakt med behandlingstjenesterne. Komplekse mønstre for blandingsbrug, der almindeligvis inkluderer alkoholrelaterede problemer, udgør en anden udfordring. Behandlingsmodellerne bliver bedre og bedre inden for disse områder, selv om der fortsat er plads til væsentlige forbedringer i forbindelse med udvikling og deling af bedste praksis. Mens udelukkende farmakologiske behandlingsmuligheder fortsat forekommer at være usandsynlige for stimulansbrugere, har den øgede forskningsinteresse for dette område givet opmuntrende resultater, herunder en bedre forståelse for den effekt, som psykosociale tiltag har.

### Cannabis: vigtige regionale variationer

Cannabis er stadigvæk det mest populære ulovlige stof i Europa, men der er store forskelle i prævalensen af brug mellem landene, hvilket anskueliggøres af den kendsgerning, at de højeste indberettede prævalensskøn er mere end 30 gange højere end de laveste. Den generelle tendens er stabile eller aftagende brugsniveauer. Inden for dette generelle langtidsbillede kan der imidlertid identificeres divergerende mønstre. Det er især værd at bemærke, at prævalensniveauerne i nogle lande i Østeuropa, hvor forbrugsniveauerne fortsat synes at være stigende, nu er på højde med eller overstiger prævalensniveauerne i Vesteuropa.

Der er en voksende forståelse for de sundhedsmæssige følger af cannabisbrug på folkesundheden, i hvilken forbindelse der primært fokuseres på de brugere, som melder om daglige og kroniske forbrugsmønstre. I forbindelse med de seneste undersøgelser af de uønskede sundhedsmæssige konsekvenser af stoffet identificeres en række virkninger, heriblandt angst, paniske reaktioner og psykotiske symptomer. Disse akutte virkninger tegner sig for en væsentlig del af de narkotikarelaterede hasteindlæggelser i de få lande, hvor der sker overvågning heraf.

De allernyeste data viser, at det samlede antal af nye klienter i behandling, hvor cannabis er det primære stof, er faldende i de fleste lande. Årsagerne hertil er uklare, men det fortjener en nærmere undersøgelse, da dette kunne være et udtryk for enten kapacitetsmætning for tjenesterne eller et fald i antallet af personer, der henvises til cannabisrelateret behandling.

Europas betydelige efterspørgsel efter cannabis afspejles i de årlige beslaglæggelser, som ligger på ca. 1 000 tons af stoffet. Samlet set tyder dataene på, at cannabis i sine forskellige former snarere kan blive mere end mindre tilgængelig på det europæiske marked. Til trods for tegn på, at hjemligt producerede cannabisblade

er blevet mere almindelige, er mængderne af beslagte cannabisblade forblevet stabile, hvorimod der har kunnet registreres en stigning i antallet af beslaglæggelser af cannabisharpiks. I mængdemæssig forstand er forskellen mellem beslaglæggelserne af cannabisharpiks og cannabisblade i forholdet ti til en. Enhver konklusion vedrørende tilgængeligheden af de forskellige typer af cannabis i Europa skal foretages med stor forsigtighed, idet cannabisblade fremstilles tættere på deres bestemmelsesmarked og derfor er mindre tilbøjelige til at blive forbudt. Der har desuden været et stigende antal indberetninger om den organiserede kriminalitets rolle i den hjemlige cannabisproduktion, hvilket gør det nødvendigt, at både nationale og europæiske retshåndhævelsesmyndigheder træffer øjeblikkelige foranstaltninger.

### Forståelse for Europas komplekse marked for stimulerende stoffer

Kokain er fortsat det næstmest anvendte illegale stof i Europa, selv om prævalensniveauerne og tendenserne varierer betydeligt mellem landene. Der kan observeres høje og fortsat stigende niveauer af kokainbrug i nogle få lande, hovedsageligt vesteuropæiske lande, mens brugen af dette stof vedbliver at være begrænset i andre lande. Hvorvidt denne situation vil fortsætte, eller om kokainbrug vil spredes til andre dele af Europa, navnlig Østeuropa, er stadig et åbent spørgsmål. Der har været udtrykt bekymring for dokumentation, hvoraf fremgår, at stoffet i stigende grad handles via regionen, samt sporadiske rapporter om kokainbrug i visse miljøer.

Nye ruter gennem Østeuropa er ikke det eneste problem med hensyn til handlen med kokain. Stoffet kommer fortsat primært ind i Europa via Den Iberiske Halvø og Nederlandene. En relativ ny udvikling er dog forbuddet mod sekundære ekstraktionsanlæg, hvor der udvindes kokainhydroklorid eller kokainbase af bærermaterialer såsom bivoks, gødningsmidler, tøj, urter, plastik og væsker. I 2008 indberettede Spanien 30 sådanne anlæg til Europol. Denne udvikling er en indikation af høje niveauer af innovation og teknologisk sofistikering hos dem, der importerer kokain til EU. På grund af dens høje værdi kan kokain også »cuttes« op med eller blandes med andre stoffer. Der har været et stigende antal rapporter om brugen af levamisol (l-tetramisol) som en kokainforfalskning i USA og Europa, hvilket førte til, at EU's system for tidlig varsling udsendte en advarsel i 2009. Dette stof kan udgøre en yderligere sundhedsrisiko for kokainbrugere.

Selv om stofbehandlingstjenesterne i Europa fortsat domineres af klienter med opioidproblemer, udgør

### Et overblik — skøn over stofbrug i Europa

Disse skøn vedrører den voksne befolkning (15-64 år) og er baseret på de seneste tilgængelige data (undersøgelser gennemført i perioden 2004-2008). Fuldstændige data og metodebeskrivelser findes i den medfølgende statistical bulletin.

#### Cannabis

langtidsprævalens: mindst 75,5 millioner (22,5 % af de voksne europæere)

brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 23 millioner voksne europæere (6,8 %) eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

brug inden for de seneste 30 dage: ca. 12,5 millioner europæere (3,7 %)

landevariation i det sidste års forbrug: 0,4 % til 15,2 %.

#### Kokain

langtidsprævalens: ca. 14 millioner (4,1 % af de voksne europæere)

brug inden for de seneste 12 måneder: 4 millioner voksne europæere (1,3 %) eller en tredjedel af brugere med langtidserfaring

brug inden for de seneste 30 dage: ca. 2 millioner (0,5 %)

landevariation i det sidste års forbrug: 0,0 % til 3,1 %.

#### Ecstasy

langtidsprævalens: ca. 11 millioner (3,3 % af de voksne europæere)

brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2,5 millioner (0,8 %) eller en fjerdedel af brugere med langtidserfaring

landevariation i det sidste års forbrug: 0,1 % til 3,7 %.

#### Amfetaminer

langtidsprævalens: ca. 12 millioner (3,7 % af de voksne europæere)

brug inden for de seneste 12 måneder: ca. 2 millioner (0,6 %) eller en sjettedel af brugere med langtidserfaring

landevariation i det sidste års forbrug: 0,0 % til 1,7 %.

#### Opioider

Problematisk opioidbrugere: anslået at ligge mellem 1,2 og 1,5 millioner europæere.

Narkotikaforårsagede dødsfald tegnede sig for 4 % af samtlige dødsfald blandt europæere i aldersgruppen 15-39 år, og opioider blev fundet i omkring tre fjerdedele.

Primært stof i mere end 50 % af alle anmodninger om behandling for stofbrug.

Omkring 670 000 opioidbrugere var i substitutionsbehandling i 2008.

kokainbrugere nu en fjerdedel af de klienter, der kommer i behandling første gang. Flertallet af disse indberettes fra

en lille gruppe af lande, hovedsageligt Spanien, Italien og Det Forenede Kongerige, og omfatter to forskellige grupper: socialt integrerede mænd, der sniffer stoffet, og marginaliserede stofbrugere, som bruger kokain intravenøst, eller bruger crackkokain sammen med andre stoffer. En anden bekymring går på den stigende dødelighed i forbindelse med kokainbrug. Der rapporteres nu omkring 1 000 kokainrelaterede dødsfald om året med bemærkelsesværdige stigninger i Spanien og Det Forenede Kongerige, 2 lande, hvor brugen af stoffet har været veletableret i mange år og på høje niveauer. Selv om andre stoffer generelt også ses at være til stede, er denne stigning bekymrende, især i betragtning af de vedvarende bekymringer om underrapportering af den rolle, som kokain spiller i forbindelse med dødsfald hos brugere med allerede eksisterende hjertekarproblemer.

Brug af amfetaminer er stadigvæk generelt lavere end kokainbrug i Europa, men i mange lande er amfetamin eller metamfetamin fortsat det mest almindeligt brugte stimulerende stof. Problematisk amfetaminbrug rapporteres navnlig af lande i Nordeuropa, mens problematisk metamfetaminbrug forbliver stort set begrænset til Den Tjekkiske Republik og Slovakiet. Dette kan dog langsomt være ved at ændre sig, da der også er et stigende antal indberetninger om produktion af metamfetamin i Litauen og Polen, der hovedsagelig er møntet på de skandinaviske markeder. Her kan det sælges som et alternativ til amfetamin. Problematisk amfetamin- og metamfetaminbrug er emnet for et udvalgt tema, der er vedlagt denne årsberetning.

### Opioider og injektion af stoffer

Heroinbrug, navnlig intravenøs brug af stoffet, tegner sig i dag stadig for den største andel af narkotikarelateret sygdom og dødelighed i EU. Antallet af problematiske opioidbrugere i Europa anslås forsigtigt til 1,35 millioner, og de fleste af de klienter, der kommer i behandling første gang, anfører fortsat opioider som deres primære stof. Oplysninger fra forskellige kilder tyder på et generelt stabilt til voksende opioidproblem i EU siden 2003/04. Heroinbeslaglæggelser er steget i antal, men ikke i mængde, selv om dette skal ses i sammenhæng med et stigende antal beslaglæggelser af stoffet i Tyrkiet. Tendensdata fra prævalensskøn synes at være stabile, ny efterspørgsel efter behandling er steget langsomt i flere lande, narkotikarelaterede dødsfald er steget i de seneste to år ligesom tilfældet er det for overtrædelser af narkotikalovgivningen. I et vist omfang kan dette afspejle den langsigtede karakter af opioidproblemer, hvor brugerne tenderer til at være langtidsafhængige, når først de er blevet afhængige. Således er selv et relativt lille antal af

nye brugere tilstrækkeligt til at opretholde størrelsen af den samlede gruppe. Antallet af intravenøse stofbrugere i Europa skønnes at ligge på mellem 750 000 og 1 million med store forskelle i prævalensniveauet mellem landene. Datakvalitetsspørgsmål betyder, at dette skøn skal behandles med stor forsigtighed. Tendenser i intravenøs brug er særligt vanskelige at måle, men data fra behandlingsovervågningssystemer tyder på, at tendensen på mellemlang sigt er nedadgående, og at de intravenøse stofbrugere nu er i mindretal blandt de nye opioidbrugere, der kommer i behandling i Europa.

Injektion er dog stadig den mest almindelige administrationsvej for opioidbrugere i mange østeuropæiske lande. Det giver anledning til betydelig bekymring med hensyn til stofbrugs konsekvenser for folkesundheden i nogle af EU's nabolande. Ved EU's østlige grænse synes både Rusland og Ukraine at have problemniveauer med opioidbrug, der ligger 2-5 gange over EU-gennemsnittet. Problemerne i forbindelse med opioidbrug i denne region omfatter høje hivinfektionsrater og narkotikarelaterede dødsfald.

Overdosis er den væsentligste årsag til dødelighed forbundet med ulovligt stofbrug i Europa, og toksikologiske analyser viser heroinforekomst i hovedparten af de narkotikarelaterede dødsfald. Dette understreger igen betydningen af opioider for at kunne forstå stofbrugs indvirkning på folkesundheden i Europa. Siden 2003 har antallet af narkotikarelaterede dødsfald været stigende i de fleste europæiske lande ligesom alderen på dem, der er døde, hvilket igen tyder på en aldrende gruppe af kroniske brugere. Foreløbige data viser en moderat stigning i rapporterede narkotikarelaterede dødsfald i 2008: med skøn på 7 371 tilfælde i 2008 i EU-medlemsstaterne samt Norge i forhold til 7 021 i 2007. Disse skøn er formentlig forsigtige. Det kan også anslås, at der for hver dødelig overdosis er 20-25 ikke-dødelige overdoser eller omkring 150 000 årligt i EU. Desuden anerkendes det nu, at ikke-dødelige overdoser kan forårsage signifikante sundhedsmæssige skader samt forøget risiko for fremtidige overdoser. Ud fra et folkesundhedsmæssigt synspunkt er en af de væsentligste udfordringer for narkotikatjenesterne at udvikle effektive foranstaltninger med henblik på at opnå en reduktion af både dødelige og ikke-dødelige overdoser. I øjeblikket tages denne udfordring ikke op.

### »Legal highs«: en løbende udfordring for narkotikaovervågning og tiltag

Forsøg på at identificere og reagere passende på nye psykoaktive stoffer for at holde trit med et sofistikeret, innovativt og et hastigt bevægende marked, der aktivt

søger nye produkter og markedsføringsstrategier. Med 24 nyidentificerede syntetiske stoffer i Europa var 2009 et rekordår for EU's system for tidlig varsling. Dette mønster er fortsat med uformindsket styrke i 2010, hvor der var påvist 15 nye stoffer frem til midten af juli, herunder syntetiske katinoner, syntetiske cannabinoider samt nye derivater af kokain og amfetaminlignende syntetiske derivater.

I juli 2010 foretog Det Videnskabelige Udvalg under EONN en formel risk assessment af det syntetiske cathinon mefedron. Denne blev foranlediget af en voksende bekymring for, at dette stof blev markedsført som et lovligt alternativ til stimulanser såsom kokain og ecstasy. Risikovurderingen blev udført som en del af Europas mekanisme for hurtig reaktion på fremkomsten af nye psykoaktive stoffer på den europæiske narkotikascene. Udviklingen på dette område går imidlertid så hurtigt, at ikke alene er der nogle medlemsstater, som allerede har indført lovgivning, der forbyder mefedron, og enkelte websteder, hvor stoffet sælges, er desuden blevet lukket, men i nogle tilfælde dog blot for at blive erstattet af nye websteder, hvor der sælges erstatningsstoffer.

Der er fortsat behov for at være årvågen og at kunne reagere hurtigt på nye udviklingstendenser, f.eks. nye kemiske grupper af psykoaktive stoffer, som identificeres i »legal-high«-produkter. Dette illustreres af eksempler på aminoindaner (methylenedioxyaminoindan, MDAI) og syntetiske kokainderivater (f.eks. fluorotropakokain). Der indberettes fortsat sjældent tilfælde heraf, men efter der blev truffet foranstaltninger mod mefedron i 2010, blev disse stoffer detekteret oftere, og de første rapporter om brugere, der havde problemer hermed, blev modtaget af systemet for tidlig varsling. EONN overvåger tilgængeligheden heraf og disse stoffers eventuelle folkesundhedsmæssige konsekvenser.

Eksemplet med mefedron understreger, hvordan EU-medlemsstater kan blive udsat for betydeligt pres fra medierne og offentligheden for at reagere hurtigt i forhold til en potentiel ny trussel. EONN har i tæt samarbejde med Europol og Det Europæiske Lægemiddelagentur arbejdet på at give rettidige oplysninger, der er pålidelige og velovervejede. På dette område, som undergår en hastig udvikling, er der et stigende behov for at forbedre Europas kapacitet til at overvåge udviklingen proaktivt og i særdeleshed at teste og identificere de kemiske hovedbestanddele i de tilgængelige produktblandinger og vurdere deres potentielle indvirkning på folkesundheden. Manglen på standardreferencemateriale er et problem her. Hvad angår kontrolstrategier, udgør den måde, hvorpå disse produkter fremstilles og markedsføres, et stærkt argument

for, at effektive foranstaltninger vil kræve handling på europæisk niveau for at støtte nationale initiativer.

### **Den organiserede kriminalitet har opdaget potentialet i de nye syntetiske stoffer**

Der er mange faktorer, som komplicerer lovgivningsarbejdet i forbindelse med disse nye stoffer. Nogle medlemsstater har indført generisk lovgivning, som omfatter stoffer fra samme kemiske gruppe. Denne retlige mulighed er kun til rådighed i nogle lande og kan være vanskelig at omsætte i praksis. Der opstår yderligere vanskeligheder på baggrund af den kendsgerning, at nogle af disse stoffer kan være lovlige at bruge til ikke-medicinske formål, sælge til angiveligt lovlige formål eller anvende til forsknings- og udviklingsformål af lægemiddelindustrien. Når det er sagt, kan selv velgennemtænkte kontrolforanstaltninger ikke løse alle problemer på dette område, og der er fare for, at de endog kan sætte gang i en uønsket overgang fra et onlinemarked, hvor der hovedsageligt sælges »legal-highs«, til et marked, som er en del af den organiserede kriminalitet. Cathinoner, f.eks. mefedron, methylon og MDPV, er alle dukket op på det illegale marked, hvor de sælges som erstatninger for kokain, ecstasy og amfetamin, eller som de pågældende stoffer. Europol har noteret sig forbuddet mod en række af store ulovlige ecstasyproduktionsanlæg, hvor der er konstateret produktion af mefedron i tabletform, og mere end 20 europæiske lande har indberettet at have fundet dette stof i forbindelse med beslaglæggelser. Det er svært at forudse, i hvilket omfang nye syntetiske stoffer vil blive en væsentlig del af Europas fremtidige illegale narkotikamarked. Kriminelle organisationer vil dog sandsynligvis hurtigt opdage potentialet i stoffer, der kan købes billigt i store mængder, syntetiseres relativt nemt, og som er attraktive alternativer til kontrollerede stoffer.

At »designer« et stof til at erstatte et kontrolleret stof er ikke noget nyt koncept. Tidligere blev der dog fremstillet nye syntetiske stoffer (designer drugs) ulovligt, som blev markedsført direkte på det illegale marked. En vigtig forskel i forhold til i dag er, at vi oplever en ny interaktion mellem det illegale og lovlige marked, hvor kemikalier købes ad lovlige kanaler, men derefter sælges som erstatninger for ulovlige psykoaktive stoffer.

### **En forsmag på fremtiden: lægemidler, forfalskede lægemidler og nye designerlægemidler**

USA har et narkotikaproblem, der går mange år tilbage i tiden, og udviklingen på dette marked har somme tider haft konsekvenser for Europa.

I øjeblikket er misbrug af receptpligtige lægemidler, især opioider såsom OxyContin, et stort problem for den amerikanske narkotikapolitik. I Europa er misbrug af receptpligtige lægemidler, med undtagelse af opioidsstitutionsmedicin, ikke blevet anset for at være et stort problem. Dette skyldes delvist den lovgivningsmæssige ramme og ordineringspraksis, der er forskellig fra USA's. Misbrugspotentialet er også et spørgsmål, som behandles inden for rammerne af EU's lægemiddelovervågningssystem, der er underlagt Det Europæiske Lægemiddelagentur, og som samarbejder med EONN om narkotikamisbrugsspørgsmål. Spredningen af forfalskede lægemidler, der er fremstillet og solgt i stedet for lovlige produkter, er et voksende problem. I 2009 modtog EU's system for tidlig varsling rapporter om stoffer, der var baseret på mindre ændringer af de kemiske

strukturer i lægemidler med kendt misbrugspotentiale. Fremkomsten af nye designerlægemidler ville være et uvelkomment element med henblik på at løse opgaven med at sikre, at der ikke sker ændring og misbrug af receptpligtige lægemidler. Det er også et andet eksempel på, hvordan innovation på det illegale marked kræver håndfaste og fælles tiltag inden for de lovgivningsmæssige rammer for kontrol med lægemidler og narkotika. Dette er mere et spørgsmål om en potentiel trussel end om et umiddelbart problem, men set i lyset af den hastighed, hvormed nye ting udvikles på dette område, er det vigtigt at foregribe fremtidige udfordringer. Forestillingen om, at vi i fremtiden vil se et stigende antal af nye stoffer, der er baseret på eksisterende lægemidler, men som ikke er beregnet til terapeutisk brug, er særligt skræmmende.



# Kapitel 1

## Politikker og lovgivninger

### Indledning

Overvågning og evaluering af narkotikastrategier og -handlingsplaner er et vigtigt emne både nationalt og internationalt. Dette kapitel omhandler den seneste udvikling på dette felt, der omfatter et overvågningssystem, som FN er ved at opbygge, samt de første resultater af gennemførelsen af EU's nye narkotikahandlingsplan. Nogle af resultaterne og vanskelighederne i forbindelse med den krævende evaluering af narkotikapolitikken og de fornyelsescyklusser, som de fleste EU-medlemsstater har indført, bliver også gennemgået.

I kapitlet gennemgås også de forskellige juridiske indfaldsvinkler, der anlægges i EU, for at skelne mellem stoffer. Disse omfatter brugen af en bred vifte af love, narkotikaklassifikationssystemer samt straffeprocessretligt eller domstolsmæssigt skøn. En anden sondring er tærskelmængder, hvor der skelnes mellem personlig brug og lovovertrædelser i forbindelse med narkotikahandel. Nye data om og tendenser for narkotikarelaterede offentlige udgifter samt den seneste udvikling i den narkotikarelaterede forskning i Europa dækkes også i dette kapitel.

### Politisk udvikling internationalt og i EU

#### Overvågning af FN's politiske erklæring og handlingsplan

På mødet i FN's Kommission om Narkotiske Midler (CND) i 2009 vedtog FN-medlemsstaterne en ny politisk erklæring og handlingsplan for indsatsen mod det verdensomspændende narkotikaproblem (EONN, 2009a). De vedtog også en resolution (52/12) om at forbedre dataindsamling, indberetning og analyse med henblik på at overvåge gennemførelsen af disse nye planlægningsdokumenter.

På baggrund af vanskelighederne med den afsluttende revision af den tidligere tiårige politiske erklæring og handlingsplanerne indeholdt resolutionen en opfordring til at udvikle dataindsamlingsværktøjer og -mekanismer, der kan sikre pålidelige og sammenlignelige data. Øverst på listen over betragtninger var behovet for at fremme bedre indberetning fra FN-medlemsstaterne og målet om at undgå

unødvendig overlapning med eksisterende internationale overvågningssystemer, bl.a. andre FN-organisationer eller regionale organer som EONN.

FN's nye dataindsamlingsværktøj skal forene det årlige indberetningsspørgeskema (ARQ), som er et overvågningsværktøj i tilknytning til FN's narkotikakontrolkonventioner, og et nyt sæt spørgsmål i forbindelse med den netop vedtagne politiske erklæring og handlingsplanerne. Det nye spørgeskema ventes vedtaget på CND's møde i 2011, og den første dataindsamlingsrunde gennemføres kort tid efter.

#### Indsatsen mod narkotika under Lissabontraktaten

Lissabontraktaten, der trådte i kraft den 1. december 2009, skal give Den Europæiske Union forenklede arbejdsmetoder og stemmeregler samt strømlinede og moderne institutioner (<sup>1</sup>). Den forbedrer også EU's evne til at handle på forskellige narkotikapolitiske områder.

Indsatsen mod handelen med ulovlige stoffer sker inden for området med frihed, sikkerhed og retfærdighed (artikel 83), hvori det hedder, at der kan fastsættes minimumsregler for, hvad der skal anses for strafbare handlinger, samt for straffene herfor. Traktaten åbner mulighed for at oprette en europæisk anklagemyndighed med mulighed for at udvide dens beføjelser til at omfatte bekæmpelse af grov kriminalitet med en grænseoverskridende dimension (artikel 86). Dette kan med tiden føre til, at visse narkotikahandelsovertrædelser bliver retsforfulgt på EU-niveau.

Lissabontraktaten omfatter også folkesundhed og giver som tidligere EU myndighed til at supplere medlemsstaternes indsats for at begrænse »narkotikarelaterede helbredsskader, herunder ved oplysning og forebyggelse«. I henhold til den nye artikel om folkesundhed kan Europa-Kommissionen i nær kontakt med medlemsstaterne tage initiativ til at opstille retningslinjer og indikatorer, tilrettelægge udveksling af bedste praksis og udarbejde de nødvendige elementer til periodisk overvågning og evaluering. Det styrker det arbejde, Kommissionen og EONN udfører på disse områder.

<sup>(1)</sup> Se Lissabontraktaten på Europawebstedet for yderligere information.

## EU's narkotikastrategi og -handlingsplan

Der blev gennemført en række aktiviteter i det første år med EU's nye narkotikahandlingsplan (2009-2012). Under deres EU-formandskaber støttede både Tjekkiet og Sverige gennemførelsen af handlingsplanen med vedtagelse af rådskonklusioner; den ene indeholdt en opfordring til at udvikle nøgleindikatorer på områderne narkotikamarked, narkotikarelateret kriminalitet og udbudsbegrænsning, den anden opfordrede til udveksling af god praksis, retningslinjer og kvalitetsstandarder for generel forebyggelse, og en tredje fokuserede på styrkelse af EU's forskningskapacitet vedrørende ulovlige stoffer.

Europa-Kommissionen udsendte en rapport om gennemførelsen af Rådets rammeafgørelse 2004/757/RIA af 25. oktober 2004 om fastsættelse af mindsteregler for gerningsindholdet i strafbare handlinger i forbindelse med ulovlig narkotikahandel og straffene herfor. Kommissionen fandt, at rammeafgørelsen, selv om den var et første skridt i retning af en fælles tilgang til bekæmpelse af narkotikahandel, ikke har sikret en væsentlig tilnærmelse af de nationale love <sup>(1)</sup>. Kommissionen offentliggjorde også et arbejdsdokument med beskrivelse af de eksisterende mekanismer til opsporing og overvågning af samt tiltag mod nye tendenser i EU og med forslag til retningslinjer for det fremtidige arbejde <sup>(2)</sup>. Endvidere blev der iværksat et nyt projekt til støtte for gennemførelsen af et EU-system for retskemiske profilanalyser af syntetisk narkotika <sup>(3)</sup>. Ved at give stofferne en form for »fingeraftryk« kan retskemiske profilanalyser bidrage til at opspore producenter og kortlægge narkotikadistributionskanalerne. Kommissionens andre aktiviteter, bl.a. samarbejde med civilsamfundet og narkotikarelateret forskning, er beskrevet andre steder i dette kapitel. Den første omfattende statusrapport om gennemførelsen af EU's nuværende narkotikahandlingsplan (2009-2012) vil blive offentliggjort i slutningen af 2010.

## Civilsamfund og narkotikapolitik

Europa-Kommissionens civilsamfundsforum om narkotika holdt sit tredje møde i marts 2009. EU's narkotikaaktion (se nedenfor) var et af de to hovedemner på dagsordenen. Det andet hovedpunkt var forummets fremtid, hvor drøftelserne var koncentreret om praktiske spørgsmål som udvælgelse af deltagere og tilrettelæggelse af møder. Mødet overvejede også den fremtidige rolle

for civilsamfundsforummet om narkotika, herunder spørgsmålet om, hvorvidt det fortsat skulle være en uformel udvekslingsplatform eller skulle blive et formelt rådgivende organ for Kommissionen.

En anden foranstaltning med det formål at involvere og mobilisere civilsamfundet er Europa-Kommissionens narkotikaaktion. Gennem projektet opfordres myndigheder, institutioner, foreninger, ikke-statslige organisationer, virksomheder og privatpersoner til at forpligte sig til en bestemt aktion på narkotikaområdet. På den måde har projektet til formål at give civilsamfundet en platform til at øge bevidstheden om narkotika og risici i forbindelse med narkotikabrug og til at fremme dialog og udveksling af god praksis. Omkring 640 ansøgere havde meldt sig og påtaget sig en forpligtelse i begyndelsen af marts 2010.

Det bør også være et af de centrale principper for EU's næste narkotikastrategi at mobilisere civilsamfundet <sup>(4)</sup>. Det fremgår af Stockholmprogrammet, som blev vedtaget af Det Europæiske Råd. Programmet danner ramme om EU's indsats i spørgsmålene om borgerskab, retfærdighed, sikkerhed, asyl og indvandring for området retfærdighed, frihed og sikkerhed i årene 2010-2014.

## Nationale narkotikastrategier

### Den seneste udvikling

Narkotikastrategier og -handlingsplaner er nu vigtige instrumenter i nationale narkotikapolitikker i Europa. Næsten alle de 30 lande, som overvåges af EONN, har vedtaget sådanne planlægningsdokumenter, som de fornyer med jævne mellemrum. I 2009 vedtog 7 europæiske lande (se tabel 1) nye narkotikastrategier eller -handlingsplaner, mens yderligere 12 udarbejdede nye nationale narkotikapolitiske dokumenter i begyndelsen af 2010 <sup>(5)</sup>.

### Udfordringer ved fornyelse af narkotikaplanlægningsdokumenter

Flere lande har for nylig meddelt, at de bliver forsinkede med fornyelsen af deres nationale narkotikaplanlægningsdokumenter <sup>(6)</sup>. 5 af landene, hvis narkotikastrategi eller -handlingsplan udløb i december 2008 manglede stadig at vedtage nye

<sup>(1)</sup> Europa press release MEMO/09/548 .

<sup>(2)</sup> SEC(2009) 1090 final.

<sup>(3)</sup> 13405/09 CORDROGUE 63.

<sup>(4)</sup> Forbedring af samarbejdet med tredjelande og forbedring af forskning og information var de to andre centrale principper.

<sup>(5)</sup> Estland, Italien, Letland, Litauen, Luxembourg, Nederlandene, Polen, Portugal, Rumænien, Slovenien, Tjekkiet og Tyrkiet.

<sup>(6)</sup> Udtrykket »nationalt narkotikaplanlægningsdokument« betyder et officielt dokument, der er godkendt af en regering, og hvori generelle principper samt specifikke tiltag og mål på narkotikaområdet er defineret, hvis det officielt fremlægges som en narkotikastrategi, -handlingsplan, -program eller andet planlægningsdokument.



**Tabel 1: Planlægningsdokumenter vedtaget i 2009**

Land	Planlægningsdokumentets titel	Tidshorison	Anvendelsesområde	Noter
Bulgarien	National strategi for narkotikabekæmpelse	2009-2013	Ulovlige stoffer	Suppleret af en handlingsplan (2009-2013)
Irland	National narkotikastrategi – midlertidig	2009-2016	Ulovlige stoffer	Vil blive erstattet af en stofmisbrugsstrategi, som også dækker alkohol
Spanien	National narkotikastrategi	2009-2016	Ulovlige stoffer, alkohol og tobak	Suppleret af en handlingsplan (2009-2012)
Cypern	National strategi vedrørende stoffer	2009-2012	Ulovlige stoffer	
Ungarn	National strategi for bekæmpelse af narkotikaproblemet	2010-2018	Ulovlige stoffer	Vil blive suppleret af handlingsplaner
Slovakiet	National narkotikabekæmpelsesstrategi	2009-2018	Ulovlige stoffer	Vil blive suppleret af handlingsplaner
Kroatien	Handlingsplan for bekæmpelse af misbrug af narkotiske stoffer	2009-2012	Ulovlige stoffer	Anden handlingsplan under den nationale strategi 2006-2012

Kilder: Nationale Reitoxknudepunkter.

dokumenter et år senere (Italien, Letland, Litauen, Portugal, Rumænien). På samme måde havde andre lande, hvis planlægningsdokumenter udløb i 2009, endnu ikke fornyet dem i løbet af det år. Som følge heraf oplever Europa for første gang siden midten af 1990'erne et fald i antallet af lande med en gyldig national narkotikastrategi eller -handlingsplan.

Fornyelsen af narkotikaplanlægningsdokumenter er en kompleks proces, der omfatter flere trin. For det første er der den endelige evaluering af den eksisterende eller nyligt udløbne strategi eller handlingsplan (?). Interessenter, og undertiden offentligheden, høres også i udviklingsfasen for den nye politik. Da narkotikastrategier og -handlingsplaner indebærer koordinering af forskellige offentlige myndigheders rolle, kræver udarbejdelsen heraf normalt fremsendelse af flere udkast til forskellige ministerier. Endelig skal planlægningsdokumenterne godkendes af regering eller parlament. De seneste rapporter tyder på, at det kan tage mellem seks måneder og to år at gennemføre hele processen. I forhold til det ligger tidshorisonen for nationale narkotikaplanlægningsdokumenter normalt inden for fire til otte år. Det betyder, at fornyelsesprocessen for at kunne nås undertiden skal indledes godt og vel midtvejs i forløbet eller i det mindste flere måneder før udløbet af det eksisterende planlægningsdokument. Endelige evalueringer kan imidlertid ikke foretages, før strategien eller handlingsplanen er afsluttet og muligvis endda senere, når virkningen af den kan vurderes i forhold til epidemiologiske og andre data.

EU og flere europæiske lande har for nylig næsten samtidigt måttet foretage den endelige evaluering af et

eksisterende planlægningsdokument og udarbejdelsen af det nye. Da den situation sandsynligvis vil opstå igen i de kommende år, er der fremsat nogle forslag til at håndtere den anderledes i fremtiden. Ét går ud på at indsætte et overgangsår mellem to på hinanden følgende planer eller strategier beregnet til evaluering eller politikfornyelse.

### Forbindelser mellem narkotika- og alkoholstrategier

Brug af mange stoffer — blandingsbrug — er udbredt blandt europæiske stofbrugere, og næsten alle blandingsbrugsmønstre omfatter alkohol (EONN, 2009d). Fagfolk inden for områderne forebyggelse, behandling, skadesbegrænsning og social reintegration kender til overlappningen mellem narkotika- og alkoholproblemer og har arbejdet på at finde praktiske løsninger, hvor der tages fat på begge problemer samtidig. På politisk plan ser situationen imidlertid ud til at være mere kompleks (Muscat, 2008).

En gennemgang af både narkotikastrategier og alkoholstrategier i EU viser mange forskellige nationale situationer, bl.a. slet ingen national strategi, en strategi for ulovlige stoffer, men ingen for alkohol, adskilte strategier for narkotika og alkohol, to indbyrdes forbundne strategier samt et planlægningsdokument, der både dækker ulovlige stoffer og alkohol. Der er heller ikke nogen klar tendens mod en af disse modeller. Mens mange lande nu synes at indføre en alkoholstrategi (Europa-Kommissionen, 2009b) ud over deres narkotikastrategi, har andre lande udvidet anvendelsesområdet for deres narkotikaplanlægningsdokument. Et eksempel herpå er Irlands beslutning om at inkludere alkohol i en ny stofmisbrugsstrategi.

(?) Se boksen »Evaluering af nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner«.

Manglen på en fælles europæisk model og tendens afspejler de mange forskellige spørgsmål, regeringerne er nødt til at tage i betragtning ved udarbejdelsen af strategier vedrørende stofbrug. Årsagerne til at holde strategierne adskilt omfatter behovet for specifikt at behandle alkoholproblemer, som ofte er af et andet omfang end dem, der skyldes ulovlige stoffer, eller simpelthen en erkendelse af de juridiske grænser mellem lovlige og ulovlige stoffer. Omvendt kræver omfanget af alkoholbrug blandt brugere af ulovlige stoffer eller behovet for at anlægge folkesundhedsstrategier med fokus på livsstil og adfærd og ikke kun på enkelte stoffer en kombineret strategi. Disse modstridende forhold har fået nogle lande til at udvikle pragmatiske løsninger som f.eks. at forbinde separate narkotika- og alkoholstrategier gennem en overordnet folkesundhedsstrategi eller gennem ét nationalt narkotika- og alkoholkoordinationsorgan (f.eks. Portugal). Det fremtidige arbejde på dette område bliver at vurdere kvaliteterne ved forskellige modeller til at forbinde narkotika- og alkoholstrategier i Europa.

## Offentlige udgifter og sociale omkostninger

Offentlige udgifter vedrørende alle aspekter af narkotikaproblemet i Europa blev i 2005 anslået til 34 mia. EUR (EONN, 2008d). Dette tal omfatter øremærkede udgifter, der er afsat af regeringen til narkotikarelaterede opgaver og identificeret som sådanne i budgettet. Øremærkede udgifter kan spores i officielle regnskabsdokumenter. Størstedelen af de narkotikarelaterede udgifter er imidlertid ikke-øremærkede — dvs. kan ikke identificeres som sådanne i det nationale budget. Ikke-øremærkede udgifter skal anslås ved hjælp af en omkostningsmodel.

Data for forskellige år foreligger kun for øremærkede udgifter. I 2008 indberettede 22 EU-medlemsstater samlede øremærkede udgifter til narkotikaproblemer på 4,2 mia. EUR. For de 16 lande, der indberettede i både 2005 og 2008, steg de samlede øremærkede offentlige udgifter fra 2,10 mia. EUR til 2,25 mia. EUR. Som en andel af bruttonationalproduktet faldt de samlede øremærkede udgifter i 9 lande, steg i 6 lande og forblev uforandrede i 1 land <sup>(6)</sup>.

Offentlige udgifter med relation til narkotika kan kategoriseres i henhold til den internationale klassifikation af det offentlige udgifter efter formål (COFOG). Af de samlede øremærkede udgifter kategoriseret af 7 lande (1,82 mia. EUR) lå de fleste inden for to formål: sundhed (60 %) og offentlig orden og sikkerhed (34 %) (dvs. politi, domstole, fængsler). Denne ubalance kan forklares ved, at udgifter til offentlig orden og sikkerhed normalt er indlejret

## Evaluering af nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner

Det er nu almindelig praksis, at europæiske lande udfører en afsluttende gennemgang eller evaluering af deres nationale narkotikastrategi eller -handlingsplan. Sædvanligvis er målet at vurdere den opnåede gennemførelsesgrad samt ændringer i den samlede narkotikasituation med henblik på at udvikle den næste strategi eller handlingsplan.

At vurdere planlægningsdokumentets logik, relevans og interne konsistens er et foreløbigt evalueringskridt i nogle lande. Indholdsanalyse, undertiden med udvikling af problemtræer eller logiske rammer, bruges til at tydeliggøre den underliggende teori bag politikken, men også til at identificere uoverensstemmelser mellem mål, handlinger og behov.

Gennemførelsen af de aktioner, der er fastsat i planlægningsdokumenterne, vurderes efter forskellige metoder. I nogle lande fremlægges data rutinemæssigt af de institutioner, som har ansvaret for gennemførelsen. I andre anmodes serviceudbydere eller regionale myndigheder om at udfylde et spørgeskema om gennemførelsesniveauet og, undertiden, om de vanskeligheder, de er stødt på.

De fleste evalueringsekspertter erkender, at det er vanskeligt at fastslå, hvordan en narkotikastrategi påvirker narkotikaproblemet. Ikke desto mindre foretages der normalt en gennemgang af narkotikasituationen baseret på epidemiologiske indikatorer og andre sundheds- eller retshåndhævelsesmæssige data sammen med forsøg på at knytte visse politikelementer sammen med de observerede ændringer i narkotikasituationen. Desværre omfatter analysen sjældent en europæisk sammenligning, og dette har ført til, at visse lande sætter fald i cannabisbrugen i forbindelse med indholdet af deres nationale narkotikapolitik, selv om data peger på en større international tendens.

Tolkningen af data er et af de centrale trin i en evaluering. I nogle lande er det udelukkende det nationale narkotikakoordineringsorgans ansvar, mens man i andre bemyndiger eksterne evaluatore, særlige udvalg eller ekspertgrupper til at gøre status over dataene, vurdere resultaterne og fremsætte henstillinger til den næste strategi eller handlingsplan.

i bredere og mere generelle handlingsprogrammer mod kriminalitet (ikke-øremærkede udgifter) (EONN, 2008d).

## Sociale omkostninger ved stofbrug

Ved fastlæggelse af de sociale omkostninger ved stofbrug kunne det afsløres, hvor meget man kunne spare, hvis stofbrug blev afskaffet, og de forskellige elementer i omkostningerne og størrelsen af hver samfundssektors bidrag kunne afdækkes. Denne information kan bidrage til at fastlægge finansieringsprioriteringer. Offentlige udgifter er en brøkdel af de sociale omkostninger i form af direkte omkostninger udelukkende set ud fra statens

<sup>(6)</sup> Se tabel PPP-10 i Statistical bulletin 2010.

synsvinkel. Sociale omkostninger omfatter også indirekte omkostninger (f.eks. produktivitetstab på grund af sygelighed og dødelighed) og omkostninger fra private interessenter (f.eks. privat sundhedspleje).

Undersøgelser af sociale omkostninger er tidskrævende og dyre. Af den grund er der ikke mange informationer om sociale omkostninger ved stofbrug i Europa. Der er for nylig udarbejdet skøn over sociale omkostninger ved narkotika for Finland og Det Forenede Kongerige (Skotland). Direkte omkostninger i forbindelse med brug af ulovlige stoffer og misbrug af lægemidler i Finland blev anslået til mellem 200 mio. EUR og 300 mio. EUR i 2007. De indirekte omkostninger blev anslået til mellem 500 mio. EUR og 1,1 mia. EUR det samme år. Sociale ydelser tegnede sig for den største andel, nemlig næsten en tredjedel af alle direkte omkostninger, efterfulgt af håndhævelse af offentlig orden og sikkerhed, som tegnede sig for en fjerdedel. Den største andel af de indirekte omkostninger kom fra værdien af mistet liv på grund af for tidlig død.

I Skotland er det seneste skøn over økonomiske og sociale omkostninger ved stofmisbrug på 5,1 mia. EUR i 2006. Halvdelen af disse omkostninger blev tilskrevet »bredere sociale omkostninger«, inkl. omkostninger til ofre for forbrydelser begået af problematiske stofbrugere og den følelsesmæssige smerte for familier til stofbrugere, der er døde som følge af deres stofbrug. Af de samlede sociale og økonomiske omkostninger blev 96 % tilskrevet problematisk stofbrug, og 4 % stofbrug i fritidsmiljøer.

## National lovgivning

De fleste europæiske lande har undersøgt eller gennemført sondringer mellem forskellige stoffer i deres retsgrundlag. De seneste eksempler er den nye tjekkiske straffelov, hvor lovovertrædelser vedrørende besiddelse af cannabis eller dets aktive stof THC til personlig brug giver en lavere maksimumstraf end overtrædelser, der involverer andre stoffer. En lignende mulighed blev drøftet i Estland i 2009, men 10 ud af de 13 eksperter, justitsministeriet konsulterede, var imod en stofbaseret differentiering af lovovertrædelser, og det blev besluttet ikke at ændre loven. I Nederlandene accepterede regeringen henstillingen fra det rådgivende udvalg om narkotikapolitik om at genoverveje antallet af lister.

De lovgivende forsamlinger i EU har en bred vifte af sondringer og kontrolforanstaltninger til rådighed, alt efter i hvilken grad stoffet er beregnet til lovlig markedsføring og salg på grund af sine kommercielle, industrielle eller medicinske egenskaber. Et første sæt muligheder er kontrolforanstaltninger uden for narkotikalovene, som kan

indeles i tre kategorier: ubegrænset salg, begrænset salg uden lægeligt tilsyn samt begrænset salg med lægeligt tilsyn. I den første kategori er forbrugerbeskyttelsesloven blevet brugt til at kontrollere salget af visse varer, f.eks. stoffer, som af »smart shops« hævdes at være psykoaktive, eller nye og endnu ikke kontrollerede stoffer. Den anden kategori omfatter begrænsninger såsom aldersgrænser for køberen og undertiden brugeren eller godkendelse af salgssteder. Her er tale om alkohol- og tobakskontrol, men det kan også være cannabissalg i coffee shops i Nederlandene og salg af visse flygtige stoffer i f.eks. Det Forenede Kongerige. Den tredje kategori omfatter love til regulering af salg fra apoteker, herunder håndkøbsmidler mod hoste og forkølelse samt lægeordineret medicin. I de sidste par år har Tjekkiet og Det Forenede Kongerige indført begrænsninger på salg af forkølelsesmidler, der indeholder pseudoephedrin, da de købes til at fremstille ulovlige amfetaminer. Lægemedellovgivningen blev også brugt effektivt i Østrig til at begrænse salget af »Spice«-produkter uden at kriminalisere brugerne (EONN, 2009a).

### Økonomisk recession og narkotikaproblemer

Europa-Kommissionen (2009a) anslår, at den nuværende økonomiske afmatning kan sammenlignes med 1930'ernes recession. I 2009 dykkede EU-medlemsstaternes bruttonationalprodukt med 4,0 %, meget mere end i tidligere kriser. EU's arbejdsmarked svækkedes dramatisk, idet arbejdsløsheden steg med en tredjedel (fra 6,7 % i 2008) og forventedes at nå op på 11 % i 2010. Beskæftigelsen gik betydeligt ned, og oprettelsen af 9,5 millioner job i 2006-2008 ventes således at blive afløst af et tab på 8,5 millioner i 2009-2010.

Følgerne af en økonomisk recession på narkotikabrug og narkotikarelaterede problemer blev undersøgt på konferencen i 2010 i International Society for the Study of Drug Policy (ISSDP). Et af de overordnede resultater er, at der er en bred vifte af mulige virkningsmekanismer. F.eks. kan flere ledige teenagere sælge stoffer og derved øge tilgængeligheden og brugen af cannabis blandt deres ligestillede. Nogle unge voksne kan også tage narkotika for at klare stress og økonomiske vanskeligheder, selv om et fald i indkomsten kan få andre til at reducere deres udgifter til stoffer. Eksisterende narkotikarelaterede problemer kan også blive påvirket, enten direkte, så fattigere stofbrugere går over til mere effektive og risikable indgiftsmåder, eller indirekte gennem et ringere serviceudbud på grund af nedskæringer i de offentlige udgifter.

Det vil tage tid at vurdere den fulde virkning af den nuværende recession, især på grund af de mange mekanismer, der er beskrevet ovenfor, og fordi virkningerne vil vise sig over år. Nu er de regeringer, som overvejer at skære i udgifterne på narkotikaområdet, imidlertid nødt til at tage hensyn til de eksisterende foranstaltningers omkostningseffektivitet.

Narkotikalove er et andet sæt muligheder for at differentiere stofferne. Disse muligheder kan præsenteres i form af en pyramide af distinktioner (Ballotta et al., 2008). Nederst er et distinktionssystem med klassificering efter lov. Straffen for en narkotikalovovertrædelse varierer officielt alt efter det involverede stofs klasse eller skadelighed, som defineres i lister, der er anført i lovene eller i direkte tilknytning hertil. I henhold til loven i f.eks. Bulgarien, Cypern, Nederlandene, Portugal, Rumænien og Det Forenede Kongerige skal anklagemyndigheden skelne mellem narkotikatyper for alle lovovertrædelser. I Letland, Malta og Spanien varierer straffen kun ved en anklage for narkotikahandel. På det andet niveau i pyramiden kan stofferne klassificeres ens, men loven indeholder specifikke undtagelser i form af lavere straffe for besiddelse af en mindre mængde cannabis til personlig brug uden skærpende omstændigheder som i Belgien, Irland, Luxembourg og Tjekkiet. På det tredje niveau foretages sondringerne ifølge straffeprocessretlig eller domstolsmæssig præcedens. I Danmark indeholder en meddelelse fra Rigsadvokaten f.eks. vejledning om, hvilke bødetakster der skal opkræves for besiddelse af forskellige stoffer. I Tyskland opfordrer forfatningsdomstolen i en afgørelse, hvor den fastslår det forfatningsmæssige forbud mod urimelig straf, til mindre strenge foranstaltninger mod mindre overtrædelser vedrørende besiddelse af cannabis til eget brug.

Toppen af distinktionspyramiden udgøres af det straffeprocessretlige eller domstolsmæssige skøn under gennemførelsen af loven. Her er stoffets art et af de kriterier, der lægges til grund, når det besluttes ikke at retsforfølge en lovovertræder eller at give en lavere straf. Skønt der var begrænsede data, fandt EONN (2009e), at der kunne være forskellige straffe, selv om stofferne blev betragtet ens i henhold til loven. I Tjekkiet, hvor alle stoffer klassificeres ens i loven, var 44 % af straffene for heroinovertrædelser fængselsstraffe sammenlignet med 39 % for pervitin (metamfetamin) og 11 % for cannabis. I Det Forenede Kongerige var gennemsnitsstraffene for besiddelsesovertrædelser for dem, der straks blev varetægtsfængslet, 5 måneder for kokain, 7 måneder for ecstasy og 10 måneder for heroin. De gennemsnitlige straffe for narkotikahandel (import- og eksportovertrædelser ikke medtaget) var 29 måneder for ecstasy og 37 måneder for kokain og heroin. Men disse tre stoffer er alle i samme klasse. Dette tyder på, at domstolene opfatter andre forskelle i graderne af den skade eller alvor, der knytter sig til de forskellige stoffer, end dem, lovgivningen er udtryk for.

Tærskelmængder, der afgrænser lovovertrædelser, som dem man ser for besiddelse til eget brug, er et yderligere element, der gør det muligt at sondre mellem alle

niveauer i pyramiden. I EONN's seneste emneoversigt om tærskelmængder blev der afdækket betydelige forskelle i retsgrundlag og i stofmængder. Disse tærskler kan fastsættes i love eller regeringsanordninger eller ministerielle dekreter (f.eks. Cypern, Grækenland, Italien, Litauen, Tjekkiet, Ungarn, Østrig) eller i straffeprocessretlige retningslinjer (Danmark, Finland, Nederlandene, Norge) eller begge (Belgien, Portugal) og endog i retningslinjer om straffe (Finland). Tærsklerne kan variere landene imellem for de samme overtrædelser, f.eks. kan strafforfølgning for besiddelse af cannabisharpiks starte ved en hvilken som helst mængde i Litauen eller ved seks gram i mange tyske Länder. Tærsklerne viser heller ingen konsekvens i forholdet mellem stofferne, idet væggtærsklen for cannabis varierer fra 3 gange (Cypern) til 10 gange (Nederlandene) vægten for heroin. Vægttærsklen for kokain kan være den samme som for heroin (f.eks. Danmark) eller 10 gange højere (f.eks. Letland).

Alt i alt ser det ud til, at sondringen mellem stoffer i EU-medlemsstaterne ikke kun er et spørgsmål om formel klassificering i henhold til narkotikalovene. Den bunder også i den type lov, der bruges til narkotikakontrol, straffeprocessretlige retningslinjer og domstolens præcedens, de relative fastsatte tærskelmængder og domstolens holdning, når de fortolker loven.

## Forskning på narkotikaområdet

### Styrkelse af EU's forskningskapacitet

Styrkelse af forskningskapaciteten på narkotikaområdet har stået på EU's dagsorden i de senere år. I 2008 finansierede Europa-Kommissionen en undersøgelse med en sammenlignende analyse af forskning i ulovlige stoffer i EU, »Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union«<sup>(9)</sup>, og i september 2009 afholdt den en konference for at drøfte, på hvilke måder den narkotikarelaterede forskningskapacitet i EU kan forbedres. Undersøgelsen og drøftelserne gav en række vigtige indblik i den måde, hvorpå forskningen på narkotikaområdet udføres i EU.

Hovedparten af den narkotikarelaterede forskning i EU gennemføres af medlemsstaterne, som fastsætter forskningsprioriteringer ifølge deres nationale behov. Det sker generelt i mangel af en sammenhængende narkotikaforskningsstrategi med øremærket finansiering. I stedet for er forskningen på narkotikaområdet normalt indlejret i sundhedsmæssige, socialvidenskabelige eller andre programmer. Endvidere har forskningen en stærk overvægt i retning af epidemiologi og evaluering af tiltag, idet narkotikaudbud og udbudsbegrænsning

(9) Dokumenter og indlæg fra konferencen, bl.a. hele undersøgelsen, ligger på konferencens websted.

samt politikevaluering er underrepræsenteret. Generelt mangler der også en sammenhængende langsigtet tilgang til samordning mellem politik, forskning og praksis. De nationale forskningsaktiviteter suppleres af Det Europæiske Fællesskabs syvende rammeprogram for forskning, teknologisk udvikling og demonstration (2007-2013).

Denne indsigt gav input til EU's rådskonklusioner om styrkelse af EU's forskningskapacitet om ulovlige stoffer, »Strengthening EU research capacity on illicit drugs«<sup>(10)</sup>, der afdækker fremtidige prioriteringer som forskning i årsagen til, arten af og foranstaltninger mod narkotikaproblemer samt evalueringsforskning i både udbuds- og efterspørgselsbegrænsning. Medlemsstaterne opfordres også til at styrke deres forskningskapacitet og samordningsmekanismer og til med hjælp fra Europa-Kommissionen at udforske mulighederne i det syvende forskningsrammeprogram, f.eks. netværk under det europæiske forskningsrum (ERA-NET) og Marie Curie-stipendier. Endvidere tilskyndes medlemsstaterne og forskningssamfundet til at bidrage aktivt til høringer om EU's fremtidige forskningspolitik og de fremtidige mål for forskningen på narkotikaområdet under EU's næste narkotikastrategi. Rådet vedtog også at oprette en årlig udveksling om narkotikarelateret forskning med henblik på at fremme forskningssamarbejde på tværs af grænserne. Det erkendte behovet for at forbedre beslutningstagere og fagfolks adgang til forskningsresultater og opfordrede

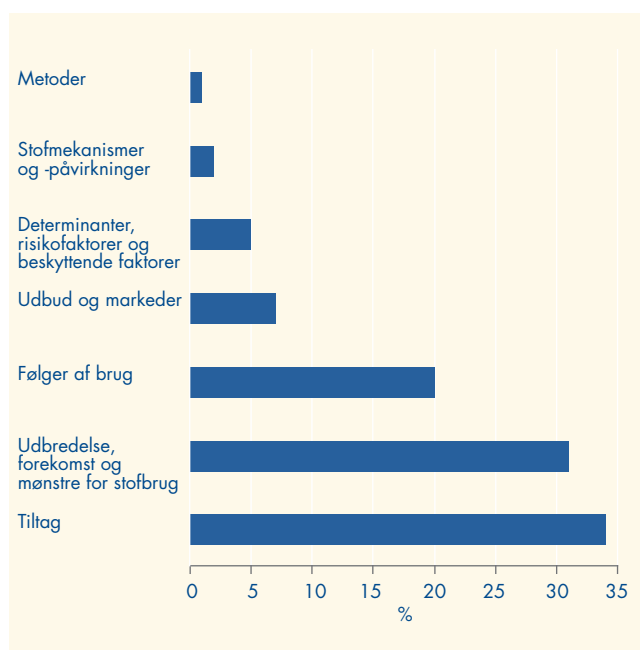
EONN til at tilvejebringe og formidle narkotikarelateret forskningsinformation og forskningsresultater via sit tematiske webområde om forskning.

### Forskningsinformation fra medlemsstaterne

I deres nationale Reitoxrapporter for 2009 henviste de europæiske lande til over 650 forskningsprojekter, der var iværksat eller offentliggjort mellem 2007 og 2009, næsten dobbelt så mange som i den foregående periode. Denne stigning blev kontrolleret i 26 af de 29 indberettende lande. Det Forenede Kongerige henviste til det største antal forskningsprojekter, mere end 100, efterfulgt af Finland, Nederlandene og Tyskland, hver med mere end 50, og Irland, Sverige og Tjekkiet med mere end 30.

Som de foregående år udgjorde forskning i tiltag mod narkotikaproblemet samt i stofbrugsudbredelse, -forekomst og -mønstre hver ca. en tredjedel af de seneste undersøgelser, mens konsekvenserne af stofbrug udgjorde en femtedel (figur 1). Sammenlignet med sidste år blev der citeret omkring 40 undersøgelser flere om udbud og markeder. Selv om dette i vid udstrækning skyldes en særlig dataindsamling om cannabismarkeder koordineret af EONN i 2009, viser det også en voksende interesse for undersøgelser i udbudsområdet.

**Figur 1:** Forskningsemner i nationale narkotikarelaterede undersøgelser citeret i nationale Reitoxrapporter (procent af alle citerede undersøgelser)



**NB:** 29 nationale Reitoxrapporter (2009) blev undersøgt for referencer til narkotikarelaterede undersøgelser i perioden 2007-2009. Undersøgelserne blev kategoriseret efter den sammenhæng, de blev citeret i.

**Kilde:** Nationale Reitoxrapporter (2009).

### Forskningsresultater og sprogbarrierer

De fleste peer-reviewede forskningsresultater offentliggøres på engelsk, og for et stort antal europæiske forskere, praktikere og politiske beslutningstagere begrænser det deres tilgængelighed. Det samme gælder for arbejde offentliggjort i peer-reviewede fagtidsskrifter på andre sprog. I 2008 identificerede EONN 27 af disse tidsskrifter i Europa, som udgives på tjekkisk, dansk, tysk, græsk, spansk, fransk, ungarsk, polsk, portugisisk, svensk og norsk. Mange statslige og ikke-statslige organisationer fremlægger også forskningsresultater i rapporter, som kun foreligger på deres nationale sprog. De fleste af disse oplysninger er fortsat kun tilgængelige for et begrænset antal mennesker.

Betydningen af sprogbarriererne blev fremhævet i en undersøgelse, »Comparative analysis of research into illicit drugs in the European Union«, og blev også drøftet under Kommissionens konference »Bridging the research gap in the field of illicit drugs research in the EU«. Som et første skridt på vejen mod at overvinde disse barrierer har EONN udviklet et forskningstematisk webområde, der indeholder en liste over nationale undersøgelser med links til offentliggjorte og ikke-offentliggjorte rapporter.

<sup>(10)</sup> Kan ses på siden om forskning på narkotikaområdet på EONN's websted.



## Kapitel 2

# Tiltag over for narkotikaproblemer i Europa — en oversigt

### Indledning

Dette kapitel indeholder en oversigt over tiltag mod narkotikaproblemer i Europa om muligt med fremhævelse af tendenser, udvikling og kvalitets spørgsmål. Først gennemgås forebyggende foranstaltninger opdelt efter tiltag på områderne for behandling, skadesreduktion og social reintegration. Tilsammen danner alle disse foranstaltninger en omfattende ordning til begrænsning af efterspørgslen. De kan betragtes som supplerende og leveres nogle gange i kombination og af de samme centre. Dette gælder f.eks. i stigende grad for behandlings- og skadesreduktionsforanstaltninger.

De tiltag, der er udviklet inden for rammerne af håndhævelsen af narkotikalovgivningen, er også omhandlet i et afsnit, som indeholder de seneste data om narkotikalovovertrædelser. Kapitlet omfatter også en gennemgang af de foreliggende data om stofbrugeres behov i fængslerne og de eksisterende tiltag i dette særlige miljø.

### Forebyggelse

Narkotikaforebyggelse kan inddeles i forskellige niveauer eller strategier, som går fra målretning mod samfundet som helhed (miljømæssig forebyggelse) til fokusering på udsatte enkeltpersoner (indiceret forebyggelse). Ideelt set konkurrerer de forskellige strategier ikke med hinanden, men supplerer hinanden. De største udfordringer for forebyggelsespolitikkerne er at matche disse forskellige forebyggelsesniveauer med graden af målgruppernes sårbarhed (Derzon, 2007) og at sikre, at tiltagene er evidensbaserede og har tilstrækkelig dækning.

#### Miljømæssig forebyggelse

Miljømæssige forebyggelsesstrategier sigter mod at ændre de umiddelbare kulturelle, sociale, fysiske og økonomiske miljøer, hvor mennesker foretager deres valg med hensyn til stofbrug. Disse strategier omfatter typisk foranstaltninger såsom rygeforbud, alkoholpriser eller sundhedsfremmende skoler. Der er beviser for, at miljømæssige forebyggelsesforanstaltninger på samfunds niveau og

målrettet det sociale miljø i skoler og lokalområder er effektive, når det gælder om at ændre normative anskuelser og dermed stofbrug (Fletcher et al., 2008).

Der er nu indført helt eller delvist rygeforbud i næsten alle EU-lande, og tobaksannoncer er forbudt i henhold til et EU-direktiv fra 2003 (2003/33/EF). I flere EU-lande debatterer man også forslag til minimumspriser på alkohol og stramninger af alkoholreklamer. I 2009 indberettede 10 EU-medlemsstater bestræbelser på at udvikle positive og beskyttede skolemiljøer, herunder strenge regler om stofbesiddelse og -brug. Nordeuropæiske lande har også udviklet begrebet positive beskyttede miljøer på lokalsamfunds niveau, f.eks. gennem kommunale alkoholhandlingsplaner.

#### Generel forebyggelse

Generel forebyggelse henvender sig til hele befolkninger, fortrinsvis på skole- og lokalsamfunds niveau. Formålet hermed er at afskrække fra stofbrug eller udskyde narkotikarelaterede problemer ved at give unge mennesker de oplysninger og kompetencer, de skal bruge for at undgå at blive narkotikabrugere. Der er belæg for, at veltilrettelagte og strukturerede generelle forebyggelsestiltag kan være effektive. Et nyt eksempel herpå er et nederlandsk kombineret skole-forældreprogram, der nedbragte brugen af alkohol (Koning et al., 2009). Der er kun lidt belæg for virkningen af andre tiltag, navnlig massemediekampagner, og i nogle undersøgelser er der konstateret skadelige virkninger. Alligevel melder et flertal af europæiske lande stadig, at de bevilger ressourcer til advarselskampagner.

Alle europæiske lande melder om generel forebyggelse i skoler, om end med varierende indhold og dækningsgrad. Oplysningskampagner efterfulgt af undervisning i livsfærdigheder er de to vigtigste typer foranstaltninger, der træffes. Protokoller (»programmer«) for strukturerede tiltag er stadig relativt sjældne. Behovet for at forbedre generel forebyggelse i skoler erkendes i stigende grad i Europa. 11 EU-medlemsstater oplyser f.eks. om bestræbelser på at definere forebyggelsesstandarder.

## Selektiv forebyggelse

Selektiv forebyggelse bruges over for særlige grupper, familier eller hele lokalområder, hvor mennesker på grund af deres svage sociale bånd og knappe ressourcer har større sandsynlighed for at udvikle stofbrug eller blive afhængige. Eftersom det er vanskeligt at implementere eksperimentelle evalueringsdesign, er der stadig kun begrænset dokumentation for effektiviteten af selektiv forebyggelse. Det gælder imidlertid ikke for tiltag for sårbare familier, som ifølge forskellige undersøgelser (Petrie et al., 2007) har vist sig at være effektive. Nylige eksempler på dette område omfatter en tilpasning af programmet for styrkelse af familier, der blev evalueret i Spanien og var effektivt med hensyn til at nedbringe prædiktorer for stofbrug såsom forstyrrende adfærd i skolen og symptomer på depression. Der blev også indberettet positive resultater i Det Forenede Kongerige med fald i: risici for børn, indberettede tilfælde af asocial adfærd, uddannelsesproblemer, ungdomskriminalitet, vold i hjemmet, mentale og fysiske helbredsproblemer og stofmisbrug blandt de første 699 familier, der har gennemført »Family Intervention Projects«.

Europæiske lande melder gennemsnitligt om et begrænset udbud af selektiv forebyggelse, idet de fleste tiltag er målrettet unge lovovertrædere, sårbare familier og etniske grupper. Alt i alt viser dataene, at dækningen af selektiv forebyggelse ikke er steget i de seneste år. Der kan være undtagelser herfra, f.eks. tiltag for sårbare familier i nogle lande og FreD, som er en protokol for systematiske tiltag over for unge lovovertrædere, der nu gennemføres i over en tredjedel af EU-medlemsstaterne.

## Indiceret forebyggelse

Indiceret forebyggelse sigter mod at finde frem til individer med adfærdsmæssige eller psykologiske problemer, der kan være retningsgivende for udvikling af et problematisk stofbrug senere i livet, og sætte ind med særlige individuelt målrettede tiltag. Indicerede forebyggelsesprogrammer bliver sædvanligvis evalueret og viser sig ofte meget effektive (EONN, 2009c). Alt i alt er der fortsat begrænsede tiltag på dette område, idet 6 lande indberetter tiltag for børn med ADHD eller adfærdsforstyrrelser, og 10 lande melder om tidlig intervention og rådgivning til enkeltpersoner, der er begyndt at tage stoffer. En ny udvikling er det nederlandske »Cannabis show«, der bygger på et eksisterende cannabisforebyggelsesprogram (underholdende peer-undervisning) og gennemføres på en skole for unge med adfærdsmæssige og andre psykiatriske problemer.

## Erfaringer fra forebyggelsesforsøg

Effektiviteten af europæiske forebyggelsesforanstaltninger er forskningsmæssigt dårligt belyst (!). Generel og indiceret forebyggelse i skolemiljøer er de områder, som får størst opmærksomhed. Sideløbende er der en debat om, hvorvidt man kan overføre forskningsresultater fra andre dele af verden, især fra USA.

EU-Dap-undersøgelsen, som er et europæisk multicentrisk forsøg med omkring 7 000 elever i alderen 12-14 år i 7 EU-medlemsstater, bidrager til at udvikle forebyggelsesforskning og viser, at tiltag kan have de samme resultater i Europa og på andre kontinenter.

Unplugged, som er et program med 12 mødegange, meldte om en betydelig risikoreduktion for tobaks-, alkohol- og cannabisbrug efter et år. Programmet har til formål at korrigere normative anskuelser om stofbrug, samtidig med at det også omfatter undervisning i livsfærdigheder og information om stoffer. Ved opfølgningen efter 18 måneder blev der også konstateret vedvarende gunstige virkninger med hensyn til episoder af fuldskab og hyppig cannabisbrug inden for de seneste 30 dage, mens den kortsigtede virkning på daglig cigaretrykning forsvandt (Faggiano et al., 2010).

En mediationsanalyse viste, at resultaterne for cannabisbrug som oftest skyldtes korrigerende af normative anskuelser, positive forventninger til stoffet og positive holdninger til ulovlige stoffer. En styrkelse af kommunikations-, beslutnings- og afvisningsfærdigheder var mindre effektiv.

Europæiske og amerikanske forskere foretager nu parallelle analyser med EU-Dap og andre data for at forstå, hvordan børn og unge reagerer på forebyggelse i forskellige sammenhænge. Den differentierede indflydelse fra køn, social sammenhæng og psykologiske kendetegn bliver i særlig grad undersøgt.

(!) Det har ført til grundlæggelse af Det Europæiske Selskab for Forebyggelsesforskning.

## Behandling

I Europa bruges primært psykosociale tiltag, opioids substitution og afgiftning til behandling af stofproblemer. Den relative størrelse af de forskellige behandlingsmodaliteter i hvert land påvirkes af forskellige faktorer, herunder opbygningen af det nationale sundhedssystem.

Der foreligger ingen datasæt, som gør det muligt at beskrive hele populationen af stofbrugere, som i øjeblikket er under narkotikabehandling i Europa. Information om en vigtig undergruppe af denne population samles imidlertid af EONN's indikator for behandlingsefterspørgsel, der indsamler data om personer, som kommer ind på specialiserede narkotikabehandlingscentre (!). I 2008 registrerede indikatoren omkring 440 000 personer,

(!) Indikatoren for behandlingsefterspørgsel modtog data fra 29 lande for specialiserede narkotikabehandlingscentre med en dækning på over 60 % af enhederne i de fleste lande (se tabel TDI-7 i Statistical bulletin 2010).



der kom i behandling, hvoraf 40 % påbegyndte en narkotikabehandling for første gang i deres liv.

På grundlag af en række forskellige kilder, bl.a. indikatoren for behandlingsefterspørgsel, modtog, forsigtigt anslået, en million mennesker behandling for ulovlig stofbrug i EU i løbet af 2007. Heraf fik over halvdelen opioidsubstitutionsbehandling. Frankrig, Italien, Spanien, Tyskland og Det Forenede Kongerige tegnede sig for næsten 80 % af de narkotikabrugere, der var i kontakt med behandlingstjenester.

Selv om der er behov for at forfine dette skøn over narkotikabehandlingen i EU, tyder det på et betydeligt behandlingsudbud. Det understreger også de store stigninger, der har fundet sted i behandlingsudbuddet siden midten af 1990'erne, hvor større tilgængelighed og bedre adgang til narkotikabehandling blev højt prioriteret i narkotikapolitikken. Den seneste snes år er der sket en udbygning af specialiserede ambulatorier og en udvikling af opsøgende tiltag eller lavtærskelcentre. Flere lande øgede omfanget af deres substitutionsbehandling ved at inddrage flere serviceudbydere såsom alment praktiserende læger. Som følge heraf er antallet af personer, der får substitutionsbehandling i Europa, vokset til næsten det tidobbelte siden 1993<sup>(12)</sup>. Ændringerne i behandlingsudbuddet blev også fremkaldt af nye klientgrupper såsom brugere af cannabis og stimulanser, der i stigende antal har fået adgang til behandling i de sidste 15 år.

Selv om narkotikabehandling eller nogle af behandlingsmodaliteterne er blevet mere tilgængelige i mange lande, er der stadig barrierer, som forhindrer eller afskrækker narkotikabrugere fra at få adgang hertil. Disse barrierer omfatter regler såsom strenge adgangsbetingelser og retsgrundlag, behandlingsomkostninger for patienterne, manglende uddannet personale eller behandlingsudbydernes lave geografiske tæthed. Andre forhindringer for narkotikabrugere, der har behov for behandling, omfatter utilstrækkelige åbningstider, krav om dagligt fremmøde og manglende støtte til børnepasning (f.eks. under døgnbehandling), der støder sammen med deres personlige og erhvervs-mæssige situation. Personlige anskuelser og forudindtagede meninger både blandt fagfolk og narkotikabrugere om bestemte behandlingsmetoders hensigtsmæssighed, virkninger og resultater kan også vanskeliggøre adgangen til behandling.

Lange ventetider på narkotikabehandling kan være en af følgerne af hindringerne for behandlingsadgang. Ifølge oplysninger fra nationale eksperter i 2008 er begrænset behandlingstilgængelighed og manglende ressourcer samt forsinkelser af proceduremæssige grunde hovedårsagerne til de eksisterende ventetider, som er forskellige fra den ene behandlingsmodalitet til den anden (se nedenfor).

### Ambulant behandling

Der foreligger oplysninger om ca. 383 000 narkotikabrugere, som påbegyndte ambulant behandling i EU i løbet af 2008. De fleste af disse narkotikabrugere påbegyndte behandling på specialiserede narkotikabehandlingscentre, og kun nogle få lande meldte om personer, der påbegyndte behandling hos en alment praktiserende læge eller på lavtærskelcentre. For over halvdelen af de brugere, der kom i behandling (53 %), var opioider, især heroin, det vigtigste stof, mens 22 % anfører cannabis og 18 % kokain<sup>(13)</sup>. Den mest almindelige vej til behandling er egenhenvi sning (36 %) efterfulgt af henvisning af det strafferetlige system (20 %). De resterende klienter henvises gennem social- og sundhedsforvaltningerne eller uformelle netværk, herunder familie og venner<sup>(14)</sup>.

Klienter, der kommer i ambulant behandling, er hovedsageligt unge mænd med en gennemsnitsalder på 31 år, og der er næsten fire gange så mange mænd som kvinder. Klienter, som kommer i behandling første gang, og kvindelige klienter er gennemsnitligt lidt yngre. Der meldes også om lavere gennemsnitsaldr e for cannabisbrugere (25) og personer, som bruger andre stimulanser end kokain (29), mens der indberettes højere

### EONN udvalgt tema om behandling og pleje af ældre stofbrugere

Antallet af ældre stofbrugere i Europa forventes at fordobles mellem 2001 og 2020, og dette vil kræve passende og innovative strategier for behandling og pleje af denne voksende population. I et udvalgt tema, som EONN har udgivet i år, undersøges udviklingen af og årsagerne til dette aldrende fænomen i løbet af de sidste to årtier. Der redegøres også for de sundhedsmæssige og sociale karakteristika ved ældre stofbrugere med henblik på at præcisere deres aktuelle behov. Rapporten afsluttes med en oversigt over aktuelle tiltag for ældre stofbrugere og god praksis i medlemsstaterne.

Dette udvalgte tema findes kun på engelsk i udskrift og på EONN's websted.

<sup>(12)</sup> Se HSR-2 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(13)</sup> Se tabel TDI-19 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(14)</sup> Se tabel TDI-16 i Statistical bulletin 2010.

gennemsnitsaldrer for primære brugere af kokain (32) og opioider (34). Gennemsnitligt indberettes de yngste narkotikabrugere af Tjekkiet (26) og de ældste af Spanien (33) <sup>(15)</sup>. Forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er højest for cannabis- (5:1) og kokainbrugere (4,8:1) og lavest for brugere af andre stimulanser end kokain (2,2:1). Uanset det primære stof er fordelingen mellem mænd og kvinder højest i landene i Sydeuropa og lavest i landene mod nord <sup>(16)</sup>.

De to vigtigste modaliteter for ambulant behandling i Europa er psykosociale tiltag og opioidsubstitutionsbehandling. Opioidbrugere får dem ofte i kombination. Ved psykosociale tiltag tilbydes brugere støtte, mens de forsøger at kontrollere og overvinde deres narkotikaproblemer. Disse tiltag omfatter rådgivning, motivationsterapi, kognitiv adfærdsterapi, sagsbehandling, gruppe- og familierapi og forebyggelse af tilbagefald. De forestås som oftest, alt efter land, af offentlige institutioner eller af ikke-statslige organisationer. I 2008 anslog eksperter fra 9 af de 27 indberettende lande, at der ikke er ventetid på denne type behandling. I 10 andre lande anslog nationale eksperter, at den gennemsnitlige ventetid ikke er længere end en måned. I Norge anslås den gennemsnitlige ventetid til at være 10 uger, mens det i Danmark er et lovfæstet krav, at behandlingen finder sted inden for 14 dage. Eksperter fra 7 lande kunne ikke komme med et estimat.

Substitutionsbehandling er den dominerede behandlingsform for opioidbrugere i Europa. Den tilbydes generelt som ambulant behandling, selv om den i nogle lande også tilbydes i døgnbehandlingscentre og i stigende grad gives i fængsler <sup>(17)</sup>. Opioidsubstitution er et tilbud i alle EU-medlemsstater samt i Kroatien og Norge <sup>(18)</sup>. I Tyrkiet mangler man stadig at indføre substitutionsbehandling, men det er tilladt i henhold til en forordning om behandlingscentre fra 2004. I de fleste lande tilbydes substitutionsbehandling primært af specialiserede offentlige ambulatorier. Kontorbaserede praktiserende læger, der ofte indgår i delte omsorgsordninger med specialiserede ambulatorier, spiller en stadig vigtigere rolle i udbuddet af denne type behandling. Disse udbydere er involveret på forskellige niveauer i 13 lande.

I 2008 modtog ca. 670 000 opioidbrugere substitutionsbehandling i Europa <sup>(19)</sup>. I 26 anslog eksperter fra 10 af de 26 indberettende lande, at der ikke er ventetid på denne type behandling. I 4 lande (Danmark,

Italien, Portugal, Tjekkiet) blev den gennemsnitlige ventetid anslået til under en måned. I Tjekkiet gælder ventetiderne kun for metadon, da buprenorphin i store doser kan ordineres af kontorbaserede praktiserende læger — selv om klienten skal dække udgifterne til medicinen. I 4 andre lande (Finland, Rumænien, Ungarn, Norge) ligger den anslåede ventetid på mellem en og seks måneder, mens den i yderligere 3 lande (Bulgarien, Grækenland, Polen) er på over et år. Blandt disse melder Grækenland om en gennemsnitlig ventetid på 38 måneder, og dataene viser, at 5 261 problematiske opioidbrugere var registreret og ventede på indskrivning til substitutionsprogrammer i 2008. Nationale gennemsnitsventetider kan imidlertid dække over betydelig regional variation. F.eks. svinger gennemsnitsventetiden på substitutionsbehandling i Irland fra under 3,5 måneder i Dublin til 18 måneder i den sydøstlige del af landet (Comptroller and Auditor General, 2009). Eksperter fra 4 lande kunne ikke komme med et estimat på ventetider.

### Døgnbehandling

Der foreligger data for omkring 42 000 narkotikabrugere, som gik i behandling i døgnbehandlingscentre i Europa i løbet af 2008. Mere end halvdelen af dem anfører opioider som deres primære stof (57 %), mens de fleste andre klienter anfører enten cannabis (13 %), andre stimulerende stoffer end kokain (13 %) og kokain (7 %) som deres primære stof. Klienter i døgnbehandling er for det meste unge mænd; gennemsnitsalderen er 30 år, og forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er 3,5:1 <sup>(20)</sup>.

Døgnbehandling eller stationær behandling kræver, at klienterne opholder sig på centret i perioder på flere uger eller måneder. I mange tilfælde sigter disse programmer mod at sætte klienterne i stand til at afholde sig fra stofbrug, og der tillades ikke substitutionsbehandling. Afgiftning er et kortvarigt, lægeovervåget tiltag, som har til formål at mildne de abstinenser, der er forbundet med kronisk stofbrug. Det er undertiden et krav for at påbegynde en langvarig abstinensbaseret døgnbehandling. Afgiftning er normalt en behandling, der under indlæggelse tilbydes på hospitaler, specialklinikker eller døgnbehandlingscentre med medicinske eller psykiatriske afdelinger.

På døgnbehandlingscentre tilbydes klienterne et opholdssted og individuelt struktureret psykosocial behandling og deltager i aktiviteter, der sigter mod

<sup>(15)</sup> Se tabel TDI-10 og TDI-103 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(16)</sup> Se tabel TDI-21 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(17)</sup> Se »Hjælp til indsatte stofbrugere«, s. 00.

<sup>(18)</sup> Se tabel HSR-1 og HSR-2 i Statistical bulletin 2009.

<sup>(19)</sup> Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(20)</sup> Se tabel TDI-7, TDI-10, TDI-19 og TDI-21 i Statistical bulletin 2009.

at rehabiliterer dem i samfundet. Der benyttes ofte behandlingsgrupper i denne forbindelse. Døgnbehandling tilbydes også af psykiatriske hospitaler, navnlig til klienter med comorbide psykiske lidelser.

Adgangen til psykosocial døgnbehandling vurderes som umiddelbar af nationale eksperter fra Grækenland, Ungarn og Tyrkiet. Eksperter anslår den gennemsnitlige ventetid til at være under en måned i 12 lande og 25 uger i Norge. I Østrig anføres ventetiden at være op til flere måneder afhængig af region og behandlingssted. Eksperter fra 10 lande anførte ikke et skøn over ventetiden for denne type behandling.

Eksperter fra Slovakiet, Slovenien, Ungarn, Tyrkiet og det flamske fællesskab i Belgien mener ikke, at der er ventetid på afgang. I 11 lande er den anslåede gennemsnitlige ventetid på under to uger. En gennemsnitlig ventetid på to uger til en måned anslås i Cypern, Grækenland og Tjekkiet, mens den i Irland, Østrig og Norge anslås til at ligge mellem en og tre måneder. Eksperter fra 5 lande kunne ikke komme med et estimat.

### Kvalitetssikring

De fleste europæiske lande er i øjeblikket i gang med foranstaltninger til sikring af kvaliteten af narkotikabehandlingen. Disse foranstaltninger omfatter udvikling og gennemførelse af retningslinjer, vedtagelse af nationale narkotikahandlingsplaner, hvori der tages fat på spørgsmål om behandlingskvalitet, kvalitetscertificering og akkrediteringsprocesser samt undersøgelser, som skal finde frem til kvalitetsforskellene mellem behandlingscentre eller skal benchmarke dem.

Den seneste udvikling omfatter gennemførelse af retningslinjer for behandlingskvalitet i 6 lande, mens Cypern, Tyrkiet og Norge for nylig har offentliggjort sådanne retningslinjer. 10 lande vedtog nye strategidokumenter, i nogle tilfælde med autorisationsordninger. Polen og Slovakiet indførte også autorisationskriterier for behandlingscentre, og Slovakiet indførte ISO 9001-certificering. 4 lande, Estland, Letland, Nederlandene og Rumænien er i gang med at undersøge forskelligartetheden i servicekvaliteten i hele deres behandlingssystem.

Det Forenede Kongerige har i mange år vurderet sundhedssystemet og råder over et af de bredeste sæt af instrumenter til at overvåge og forbedre behandlingskvaliteten. Det omfatter nu et dokument om klinisk forvaltning i narkotikabehandlingen (NTA, 2009), der omhandler retningslinjer med hensyn til ansvar og kontrol, kvalitetsforbedring, risikostyringspolitikker og procedurer til at afdække og afhjælpe dårlige resultater.

I en undersøgelse bestilt af EONN blev der afdækket 60 nationale behandlingsretningslinjer i 17 ud af 22 indberettende lande i Europa. De modaliteter, som oftest er dækket af retningslinjer, er psykosocial behandling (29), opioidsstitutionsbehandling (28) og afgang (22). Lande med mange patienter i opioidsstitutionsbehandling ser ud til i højere grad at have udviklet behandlingsretningslinjer for hver modalitet.

17 lande melder om retningslinjer specifikt for behandling af opioidbrugere. 5 lande har retningslinjer målrettet brugen af forskellige stoffer, mens Tyskland og Ungarn har retningslinjer for lidelser i forbindelse med brug af amfetaminer og cannabis. 10 lande behandler langvarige problematiske stofbrugere, og 9 har udviklet retningslinjer for unge stofbrugere. 8 lande behandler også stofbrugere med andre samtidige lidelser.

Næsten alle retningslinjer er målrettet mod behandlere (58) og serviceudbydere (52), og næsten halvdelen af dem er rettet mod sundhedsplanlæggere (25). Portugal er det eneste land, som melder om retningslinjer, der er målrettet klienter, mens Danmark anfører, at politikere er målgruppen. Fagfolk på behandlingsområdet var med til at udvikle retningslinjerne i 17 lande, og andre fagfolk i 4 lande. Forskere deltog også i 9 lande, politikere i 3 og klienter i 1. Yderligere information om nationale behandlingsretningslinjer kan ses på EONN's portal om bedste praksis.

### Skadesreduktion

Forebyggelse og begrænsning af narkotikarelaterede skader er et mål på folkesundhedsområdet i alle medlemsstater og i EU's narkotikastrategi <sup>(21)</sup>. Gennemgang af videnskabelig dokumentation af skadesbegrænsende tiltag samt undersøgelser, der viser den kombinerede virkning af disse tiltag, er nu også til rådighed for serviceplanlægningen (EONN, 2010a). De vigtigste foranstaltninger på dette område er opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer rettet mod dødsfald som følge af overdosis og mod spredning af infektionssygdomme. Disse foranstaltninger meldes tilgængelige i alle lande undtagen Tyrkiet. Selv om der er betydelige forskelle i tilbuddenes omfang og niveau (se kapitel 6 og 7), går den generelle europæiske tendens i retning af at øge og konsolidere de skadesbegrænsende foranstaltninger.

De fleste europæiske lande tilbyder yderligere en række social- og sundhedsydelse, herunder dem, der anbefales af WHO, UNODC og UNAIDS (2009), som led i en »samlet pakke« for forebyggelse af hiv blandt

<sup>(21)</sup> KOM (2007) 199 endelig.

### Ny EONN Monografi om skadesreduktion

»Harm reduction: evidence, impacts and challenges« blev udgivet i 2010 af EONN. Monografien giver et omfattende overblik over dette område gennem 16 kapitler forfattet af over 50 europæiske og internationale eksperter. Første del af monografien er et tilbageblik på fremkomsten og udbredelsen af skadesreduktion, som udforskes fra forskellige synsvinkler, bl.a. internationale organisationer, forskere og narkotikabrugere. Anden del omfatter aktuel dokumentation og virkninger og illustrerer, hvordan begrebet er blevet bredere og dækker en lang række adfærdsformer og skader, herunder dem, der vedrører alkohol, tobak og stofbrug i fritidsmiljøer. Sidste del ser på udfordringer og nyskabelser og på nødvendigheden af at integrere og matche tiltag til individuelle og sociale behov.

Denne publikation findes kun på engelsk i udskrift og online på EONN's websted.

intravenøse brugere. Hvilke foranstaltninger, der tilbydes rutinemæssigt, afhænger af det enkelte land, men omfatter individuel risikovurdering og rådgivning, målrettet information og uddannelse i sikrere brug, uddeling af andet injektionsudstyr end nåle og kanyler, fremme af kondombrug blandt intravenøse stofbrugere, undersøgelse for og rådgivning om smitsomme sygdomme, antiretroviral behandling samt vaccination mod viral hepatitis. Mange af disse sundhedsydelser tilbydes på lavtærskelcentre. Der er imidlertid kun få <sup>(22)</sup> skadesbegrænsende foranstaltninger til forebyggelse af narkotikaforårsagede dødsfald til trods for en voksende bevidsthed om behovet for sådanne tiltag. Nye initiativer på dette område omfatter tidlige advarsler eller alarmer om sådanne stoffer, der er forbundet med højere risici <sup>(23)</sup>. F.eks. blev alle lavtærskelcentre i Tjekkiet i 2009 underrettet om en mulig indtrængning af fentanyl på det lokale narkotikamarked.

Efter de seneste forbedringer i behandlingen af hepatitis C øger de fleste lande nu deres bestræbelser på at forebygge, opspore og behandle hepatitis blandt stofbrugere, herunder brugere i substitutionsbehandling. De seneste eksempler herpå omfatter den nye nationale hepatitisplan i Frankrig, en pilotundersøgelse for at udvikle henstillinger til HCV-forebyggelse i Tyskland samt en hepatitisbehandlingsvejledning i Nederlandene, Det Forenede Kongerige og Tjekkiet. Undersøgelser og screeningkampagner i fængsler rapporteres også af flere lande, bl.a. Belgien, Frankrig, Luxembourg og Ungarn.

Fokus for skadesreduktionsforanstaltninger er udvidet ud over hiv/aidsepidemien til et bredere spektrum, som

også omfatter opfyldelse af problematiske stofbrugeres sundhedsmæssige og sociale behov, herunder især socialt ekskluderede stofbrugere. Det har også fremmet indsamlingen af data om narkotikaproblemet, at skadesreduktion er blevet indarbejdet i indsatsen mod narkotika. Nationale opgørelser over ydelser og undersøgelser af servicekvalitet (Finland, Irland, Tjekkiet, Tyskland) samt klientundersøgelser (Estland, Litauen, Luxembourg, Ungarn) giver et bedre indblik i serviceudbuddet og brugernes behov. Det hjælper også med til at fremme kvalitetsvurdering og udveksling af bedste praksis at forbedre forebyggelsesmaterialer og teknikker og at udvikle nye tiltag.

### Social udstødelse og reintegration

Social reintegration anerkendes som et væsentligt element i omfattende narkotikastrategier. Det kan gennemføres på et hvilket som helst stadium af stofbrug og i forskellige miljøer og omfatter kapacitetsopbygning, forbedring af de sociale færdigheder samt foranstaltninger til at lette og fremme beskæftigelsen og opnå eller forbedre boligforholdene. I praksis kan reintegrationstjenesterne tilbyde erhvervsvejledning, jobaktivering og boligstøtte. Fængselsbaserede tiltag, som har betydning for tilbagefald og risikoen for nye lovovertrædelser, kan knytte indsatte til lokalsamfundsbaseerede bolig-mæssige og sociale støttetjenester som forberedelse til deres løsladelse. Generelt afhænger resultaterne af sociale reintegrationsforanstaltninger ofte af et effektivt samarbejde mellem forskellige social- og sundhedsinstitutioner.

Skønt der ikke er nogen direkte årsagssammenhæng mellem mere problematiske former for narkotikabrug og social udstødelse, hænger de ofte sammen. Data viser, at hjemløshed var et vilkår for 9 % af de klienter, der kom i ambulans narkotikabehandling, og omkring 13 % af dem, der gik i døgnbehandling i 2008. Omkring 40 % af klienterne, der kom i behandling i begge behandlingsmiljøer, havde ikke afsluttet deres ungdomsuddannelse, mens 47 % af dem, der kom i ambulans behandling, og 71 % af dem, der kom i døgnbehandling, anførte, at de enten var arbejdsløse eller økonomisk inaktive <sup>(24)</sup>. Det bliver formentlig ikke bedre i den nuværende økonomiske situation, hvor stigende arbejdsløshed øger konkurrencen på arbejdsmarkedet <sup>(25)</sup>.

Alle indberettende lande nævner, at bolig-, uddannelses- og beskæftigelsesprogrammer og -tjenester er

<sup>(22)</sup> Se tabel HSR-8 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(23)</sup> Se boksen »Udbrud af militbrand blandt heroinbrugere i Det Forenede Kongerige og Tyskland« i kapitel 7.

<sup>(24)</sup> Se tabel TDI-12, TDI-13 og TDI-15 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(25)</sup> Se boksen »Økonomisk recession og narkotikaproblemer« i kapitel 1.

tilgængelige. Disse er enten specifikt rettet mod narkotikabrugere eller opfylder behov hos socialt udstødte grupper generelt. Irland og Sverige drøfter modellen »bolig først« for hjemløse med både psykiske problemer og stofproblemer. Denne model knyttes ofte sammen med en integreret »community treatment« (opsøgen i eget miljø) og sociale ydelser og med »case management« (støttekontaktperson). Adgang til bolig er ikke betinget af, at man er ædru og stoffri, som det ofte er for denne problematiske gruppe. »Bolig først«-metoden har vist positive resultater for hjemløse på tværs af en række social- og sundhedsvariabler, bl.a. stofbrug (Pleace, 2008).

En forbedring af stofbrugeres beskæftigelsesegnethed og adgang til betalt arbejde spiller en vigtig rolle for deres sociale reintegration. Lande som Tyskland, Italien, Østrig, Portugal og Det Forenede Kongerige, har i stigende grad prioriteret beskæftigelsesrelaterede aspekter af genopretningsprocessen gennem nye initiativer og øgede bevillinger.

## Håndhævelse af narkotikalovgivningen og overtrædelser

Håndhævelse af narkotikalovgivningen er et vigtigt element i medlemsstaternes og EU's narkotikapolitikker og omfatter en bred vifte af tiltag, som hovedsageligt gennemføres af politiet og politilignende institutioner (f.eks. toldvæsenet). Data om aktiviteter i forbindelse med håndhævelse af narkotikalovgivningen er ofte mindre udviklede og mindre tilgængelige end data inden for andre narkotikapolitiske områder. En bemærkelsesværdig undtagelse er data om narkotikalovovertrædelser, som gennemgås i dette afsnit. Her gennemgås også nye retshåndhævelsesforanstaltninger mod kommerciel cannabisproduktion og nye tendenser inden for internationalt samarbejde om bekæmpelse af narkotikahandel.

### Håndhævelse af narkotikalovgivningen

I 2010 åbnede Europol en »analysedatabase« om cannabis <sup>(26)</sup>. Projektet omfatter en komponent om cannabisdyrkning, der har til formål at styrke udvekslingen af oplysninger inden for EU om, hvorvidt organiserede kriminelle grupper er involveret i fremstillingen af cannabis. Det følger indberetningerne fra nationale retshåndhævende myndigheder i mindst 7 lande om, at kriminelle organisationer var involveret i kommerciel cannabisdyrkning, en aktivitet som åbenbart kan være meget lukrativ <sup>(27)</sup>.

Det er vanskeligt at anslå omfanget af ulovlig dyrkning af cannabis i Europa, da der foreligger meget få data om antallet af avlere og størrelsen af beplantningerne. Kvalitative undersøgelser og oplysninger om beslaglæggelser (se kapitel 3) tyder på, at den indenlandske produktion kan være øget betydeligt siden 1990'erne, især i Vesteuropa. Kvalitative undersøgelser viser, at avlernes motivationer går fra dyrkning af nogle få planter til personlig brug til fremstilling af flere tusind planter til kommercielle formål.

Det har været rapporteret, at kommerciel dyrkning af cannabis, især i store indendørs beplantninger, skaber problemer med kriminalitet og offentlig sikkerhed i Belgien, Tyskland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Kriminelle organisationer i Det Forenede Kongerige siges at udnytte unge illegale indvandrere fra Asien. Oprettelse af kommercielle beplantninger inde i bygninger kræver endvidere ofte ombygning af lokalerne, hvilket kan skade ejendommen. Det store forbrug af elektricitet til at skabe kunstigt lys til de cannabisplanter, der dyrkes inden døre, udgør en yderligere risiko for ejendom og sikkerhed. Usikre metoder til at omgå elektricitetsmålerne – for at undgå betaling eller for at undgå at vække mistanke – eller dårligt tilsluttede ledningssystemer meldes at have forårsaget brande i indendørsbeplantninger.

Dyrkning af cannabis behandles inden for det eksisterende retshåndhævelsesgrundlag mod narkotika og organiseret kriminalitet, men nogle europæiske lande har for nylig udviklet særlige strategier på dette område. Belgien har gjort bekæmpelse af ulovlig dyrkning af cannabis til en prioritet i sin nationale sikkerhedsplan 2008-2012, mens Nederlandene og Det Forenede Kongerige har udviklet flersidige strategier for at øge opsporingen og ødelæggelsen af kommercielle beplantninger. Disse strategier omfatter foranstaltninger til at skabe øget bevidsthed i befolkningen og i visse nøglesektorer (f.eks. elektricitetsleverandører, hardwareforretninger) for at tilskynde dem til at anmelde cannabisbeplantninger til politiet. Endvidere oprettes der partnerskaber mellem de retshåndhævende myndigheder og elektricitetsleverandører, boligmyndigheder, forsikringselskaber og andre sektorer, der har en interesse i at bekæmpe kommercielle beplantninger. Der tages også skridt til at forbedre politiets effektivitet. I Nederlandene blev der f.eks. i juli 2008 oprettet en »organiseret cannabisdyrkningstaskforce« med henblik på at samordne den eksisterende indsats mellem politi, lokale myndigheder, dommere og skattevæsenet. Politiet kan nu blive udstyret med opsporingsteknologi, som normalt bruges af militæret, herunder infrarøde kameraer

<sup>(26)</sup> En analysedatabase er primært en sikret database, der indeholder oplysninger fra de deltagende lande, omfattet af strenge fortrolighedsregler. Den giver Europol mulighed for at støtte nationale retshåndhævende myndigheder.

<sup>(27)</sup> Se boksen »Indtægter og for tjenester af ulovlig dyrkning af cannabis« i kapitel 3.

til termisk billedoptagelse, og kan gennemføre større operationer for at ødelægge beplantninger og arrestere mistænkte såsom »Operation Mazurka« i Nordirland, der resulterede i 101 anholdelser i 2008.

I andre lande er der også rapporteret om foranstaltninger målrettet mod dyrkning af cannabis. F.eks. blev der i 2008 gennemført en stor operation mod »cannabisfabrikker« i Irland, mens forbundskriminalpolitiet (Bundeskriminalamt) i Tyskland oprettede en specialenhed til at rapportere om cannabisovertrædelser i hele landet.

### Udvikling af fælles myndighedsplatforme i Europa

Begrebet fælles myndighedsplatforme, hvor retshåndhævende og militære myndigheder fra forskellige lande deler efterretningsoplysninger og koordinerer beslaglæggelser af stoffer, før de når brugermarkedene, stammer fra USA. Joint Interagency Task Force-South (JIATF-S), som blev oprettet i Panama i 1994 og nu har base i Key West (Florida), er en model for denne form for samarbejde. JIATF-S er en militærledet platform, som koordinerer luftbårne og maritime interdiktionsoperationer syd for USA under medvirken af amerikansk militær, efterretningsvæsen og retshåndhævende myndigheder samt associerede lande, herunder Spanien, Frankrig, Nederlandene og Det Forenede Kongerige.

I Europa blev der for nylig oprettet to fælles myndighedsplatforme, som begge er ledet af retshåndhævende myndigheder, med henblik på at samordne aktioner mod narkotikahandel. Maritime Analysis and Operations Centre-Narcotics (MAOC-N) blev oprettet i 2007 inden for rammerne af EU ved en traktat mellem Irland, Spanien, Frankrig, Italien, Nederlandene, Portugal og Det Forenede Kongerige. MAOC-N er beliggende i Lissabon og koordinerer forbuddet mod, at narkotikaladninger transporteres over Atlanten. JIATF-S var tilknyttet MAOC-N projektet i starten og er nu observatør sammen med Europa-Kommissionen, Europol, Tyskland, Grækenland, Canada, Marokko, UNODC og for nylig Cap Verde. Den anden fælles myndighedsplatform, Centre de Coordination de la Lutte Anti-Drogue en Méditerranée (CeCLAD-M), blev etableret i 2008. CeCLAD-M er en enhed under det franske politi, der samler repræsentanter for de franske retshåndhævende myndigheder og flåden samt repræsentanter fra Grækenland, Spanien, Italien, Cypern, Portugal, Det Forenede Kongerige, Marokko og Senegal. Centret er baseret i Toulon og kan foreslå opbringning af mistænkelige skibe og fly i Middelhavet.

Lignende platforme kan oprettes i fremtiden i det østlige Middelhavs- og Sortehavsområderne. Europa-Kommissionen sponsorerede også for nylig en undersøgelse med henblik på at udforske muligheden for at oprette en europæisk platform for efterretningsdeling og kapacitetsopbygning i Vestafrika.

### Narkotikalovovertrædelser

Der foreligger kun rutinedata i Europa om de første indberetninger af narkotikalovovertrædelser, hovedsageligt fra politiet<sup>(28)</sup>. Disse data omhandler oftest overtrædelser i forbindelse med narkotikabrug (brug og besiddelse med henblik på brug) eller narkotikaudbud (produktion, smugling og handel), skønt der kan være rapporteret andre typer af overtrædelser (f.eks. vedrørende narkotikaprækursorer) i nogle lande.

Data om narkotikalovovertrædelser er en direkte indikator for retshåndhævelsesindsatsen, eftersom de vedrører »konsensuel kriminalitet«, som normalt ikke bliver meldt af potentielle ofre. De opfattes ofte som indirekte indikatorer for narkotikabrug og narkotikahandel, selv om de kun omfatter de aktiviteter, som de retshåndhævende myndigheder er blevet opmærksomme på. Endvidere afspejler de sandsynligvis også nationale variationer med hensyn til lovgivning, prioriteter og ressourcer. Hertil kommer, at der er variationer mellem de nationale informationssystemer i Europa, navnlig hvad angår indberetningsprocedurer og registreringspraksis. Da disse forskelle gør det vanskeligt at foretage valide sammenligninger mellem landene, er det mere hensigtsmæssigt at sammenligne tendenser end absolutte tal.

Et EU-indeks baseret på data fra 21 medlemsstater, som repræsenterer 85 % af befolkningen i alderen 15-64 år i EU, viser, at antallet af indberettede overtrædelser af narkotikalovgivning steg med ca. 35 % i perioden 2003-2008. Ser man på alle indberettende lande, viser dataene stigende tendenser i 15 lande og en stabilisering eller et samlet fald i 9 lande i perioden<sup>(29)</sup>.

### Brugs- og udbudsrelaterede lovovertrædelser

Balancen mellem lovovertrædelser i form af brug og i form af udbud er den samme som i tidligere år. I de fleste (23) europæiske lande vedrørte lovovertrædelser i forbindelse med stofbrug eller besiddelse til brug fortsat flertallet af lovovertrædelser i 2008, idet Estland, Spanien, Frankrig, Østrig, Slovenien og Sverige indberettede de højeste andele (81-92 %). Overtrædelser i forbindelse med udbud er dog dominerende i Tjekkiet (87 %)<sup>(30)</sup>.

I perioden 2003-2008 steg antallet af overtrædelser af narkotikalovgivning i 19 indberettende lande, idet kun Bulgarien, Tyskland, Grækenland, Østrig og Slovenien rapporterede om et fald i perioden. I alt steg antallet af narkotikalovovertrædelser i form af brug i EU med ca. 37 % mellem 2003-2008 (figur 2).

<sup>(28)</sup> Se EONN (2007a) for en beskrivelse af forholdet mellem narkotika og kriminalitet og en definition af »narkotikarelateret kriminalitet«.

<sup>(29)</sup> Se figur DLO-1 og tabel DLO-1 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(30)</sup> Se tabel DLO-2 i Statistical bulletin 2010.

Antallet af lovovertrædelser i forbindelse med udbud af stoffer er også steget i perioden 2003-2008, men meget langsommere med en stigning på omkring 10 % i EU. I denne periode steg antallet af udbudsrelaterede overtrædelser i 17 lande, mens 8 lande rapporterer et samlet fald <sup>(31)</sup>.

### Tendenser for de enkelte stoffer

Cannabis er fortsat det ulovlige stof, der i de fleste EU-lande oftest er involveret i indberettede narkotikalovovertrædelser <sup>(32)</sup>. I de fleste europæiske lande tegnede cannabisrelaterede overtrædelser sig for mellem 50 % og 75 % af de indberettede narkotikalovovertrædelser i 2008. Andre stoffer end cannabis dominerer kun narkotikalovovertrædelserne i 3 lande: Tjekkiet (metamfetamin, 57 %) og Letland (metamfetamin, 33 %) og Litauen (heroin, 26 %).

I perioden 2003-2008 steg antallet af narkotikalovovertrædelser i forbindelse med cannabis i 15 indberettende lande, hvilket førte til en anslået stigning på 29 % i EU (figur 2). Der blev meldt om nedadgående tendenser i Bulgarien, Tjekkiet, Tyskland, Italien, Østrig og Slovenien <sup>(33)</sup>.

De kokainrelaterede overtrædelser steg i perioden 2003-2008 i 17 indberettende lande, mens Bulgarien, Tyskland, Italien og Østrig meldte om faldende tendenser.

I EU steg overtrædelserne i forbindelse med kokain med ca. 45 % i samme periode med en udjævning det sidste år <sup>(34)</sup>.

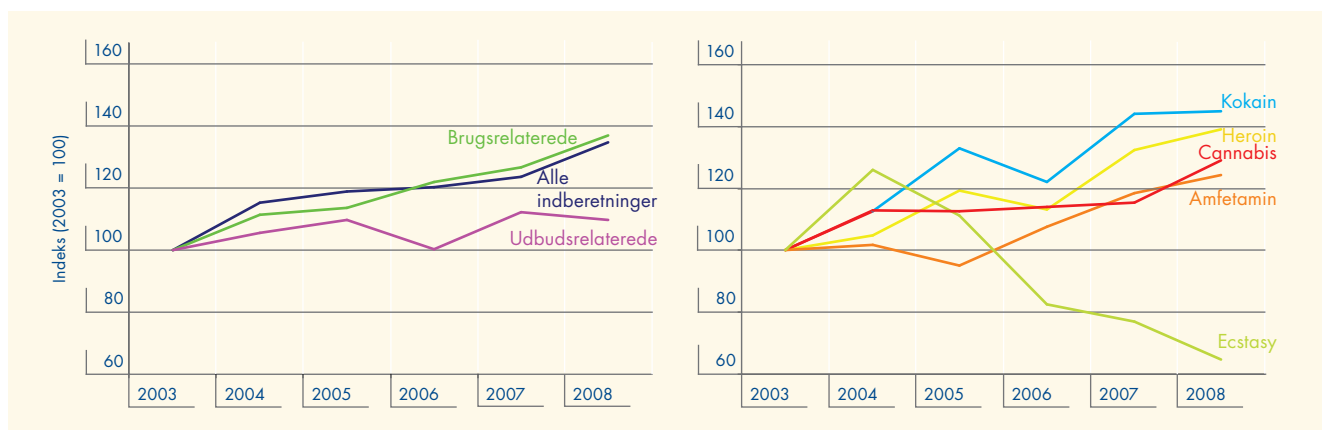
Denne ændring fra en nedadgående til en opadgående tendens, som blev indberettet sidste år for heroinrelaterede lovovertrædelser, er nu bekræftet. EU-gennemsnittet for disse overtrædelser steg nemlig med 39 % i perioden 2003-2008. Antallet af heroinrelaterede overtrædelser er steget i 16 indberettende lande, mens der blev meldt om et fald i Bulgarien, Tyskland, Italien og Østrig i perioden 2003-2008 <sup>(35)</sup>.

Antallet af indberettede amfetaminrelaterede lovovertrædelser i EU stiger stadig, og stigningen anslås at udgøre 24 % i perioden 2003-2008. Ecstasyrelaterede overtrædelser er derimod faldet med ca. 35 % i samme periode (figur 2).

### Sundhed og sociale tiltag i fængsler

På en hvilken som helst dag er der mere end 600 000 indsatte i EU's fængsler <sup>(36)</sup>, hvilket betyder, at der i gennemsnit er 120 indsatte pr. 100 000 indbyggere <sup>(37)</sup>. Antallet af indsatte i de forskellige lande varierer fra 66 til 285 pr. 100 000 indbyggere, idet de fleste medlemsstater i Central- og Østeuropa indberetter højere tal end gennemsnittet. De nationale tal og EU-gennemsnittet er dog betydeligt lavere end de tal, der rapporteres fra Rusland (609) og USA (753) <sup>(38)</sup>.

**Figur 2:** Tendenser i indberetningerne om narkotikarelaterede lovovertrædelser i EU-medlemsstaterne efter overtrædelsestype og efter stoftype



**NB:** Tendenserne er baseret på de tilgængelige oplysninger om det nationale antal narkotikalovovertrædelser (strafferetlige og ikke-strafferetlige) indberettet af alle retshåndhævende myndigheder i EU-medlemsstaterne. Alle serier er indekseret til 100 i 2003 og vægtes efter landenes befolkningsstørrelse for at nå frem til en generel tendens i EU. Se yderligere oplysninger på figur DLO-1 og DLO-3 i Statistical bulletin 2010.

**Kilde:** Nationale Reitoxknudepunkter.

<sup>(31)</sup> Se figur DLO-1 og tabel DLO-5 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(32)</sup> Se tabel DLO-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(33)</sup> Se tabel DLO-6 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(34)</sup> Se figur DLO-3 og tabel DLO-8 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(35)</sup> Se tabel DLO-7 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(36)</sup> Data om fængsler i Europa offentliggøres af Europarådet.

<sup>(37)</sup> Ordet »indsat« dækker både personer, der er varetægtsfængslet, og personer, der er blevet dømt.

<sup>(38)</sup> Kilde: World prison brief for tal for USA og Rusland.

I de fleste EU-lande ligger andelen af indsatte med domme for narkotikalovovertrædelser i størrelsesordenen 10-30 %. En ukendt andel af andre er dømt for berigelseskriminalitet til støtte for narkotikaafhængighed eller andre narkotikarelaterede overtrædelser.

### Stofbrug i fængselsbefolkninger

Der er stadig ingen standardisering af de definitioner, forskningsspørgsmål og metoder, der benyttes i undersøgelser af stofbrug i fængsler (Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugere, 2008, Vandam, 2009), selv om eksisterende undersøgelser viser, at stofbrug stadig er mere udbredt blandt indsatte end i resten af befolkningen. Data fra flere undersøgelser, der er gennemført siden 2003, viser, at der er betydelige variationer i udbredelsen af narkotikabrug blandt indsatte, f.eks. anførte bare 3 % af respondenterne i nogle lande regelmæssig stofbrug i måneden før fængslingen, mens det var hele 77 % i andre. De mest skadelige former for stofbrug kan også være mere hyppig blandt indsatte, idet nogle undersøgelser viser, at mellem 6 % og 38 % af deltagerne i undersøgelsen på et tidspunkt har brugt stoffer intravenøst <sup>(39)</sup>.

Ved fængsling holder de fleste stofbrugere op med at tage stoffer eller reducerer forbruget, primært som følge af problemer med at skaffe stoffer. Det forhold, at stoffer finder vej ind i de fleste fængsler til trods for alle de foranstaltninger, der træffes for at begrænse udbuddet af stoffer, anerkendes af både fængselseksperter og beslutningstagere. I undersøgelser, der er gennemført siden 2003, varierer skøn over narkotikabrug i fængslet mellem 1 % og 56 % af de indsatte. 12 % af de indsatte anførte i en national undersøgelse gennemført i Portugal i 2007, at de havde brugt narkotika regelmæssigt inden for den sidste måned i fængsel <sup>(40)</sup>. I en undersøgelse foretaget blandt 246 indsatte i et luxembourgsk fængsel blev det konstateret, at 31 % havde injiceret stoffer i fængslet, mens undersøgelser i 3 andre lande rapporterede en udbredelse af intravenøs stofbrug på 10 % eller derover <sup>(41)</sup>. Indsatte intravenøse stofbrugere deler oftere deres udstyr end brugere, der ikke er i fængsel. Det skærper problemerne med potentiel spredning af smitsomme sygdomme blandt de indsatte.

### Sundhed i Europas fængsler

Indsatte har ret til samme niveau af lægebehandling som andre mennesker i samfundet, og sundhedstjenesterne i fængslerne skal kunne behandle problemer i forbindelse med stofbrug under samme vilkår som dem, der tilbydes

mennesker uden for fængslerne (CPT, 2006, WHO, 2007). Dette generelle princip om ækvivalens anerkendes i EU gennem Rådets henstilling af 18. juni 2003 om forebyggelse og reduktion af helbredsskader forbundet med narkotikamisbrug <sup>(42)</sup>, og EU's nye narkotikahandlingsplan (2009-2012) opfordrer til, at det gennemføres.

Samarbejdet mellem fængsler og social- og sundhedsmyndigheder er under udvikling i Europa. Som eksempler herpå kan nævnes overdragelsen af ansvaret for sundhed i fængslerne fra retsvæsenet til sundhedsvæsenet i Frankrig, Italien, Sverige, Norge samt England og Wales (der er også planer herom i Skotland), integrationen af lokalsamfundsbaserede sundhedstjenester i tværfaglige fængselsteams i Luxembourg, Portugal, Slovenien og Sverige og det stigende antal tilbud inden for murene fra lokalsamfundsbaserede narkotikatjenester, som nu findes i de fleste lande.

Nationale narkotikastrategier og -handlingsplaner omfatter ofte mål for sundhedspleje i fængsler såsom forbedringer af ækvivalens, kvalitet og kontinuitet i behandling og pleje i fængslerne. Nogle lande har udarbejdet specifikke strategier for fængselsystemet. Spanien og Luxembourg har i over 10 år gennemført sundhedspolitikker for fængsler og har dokumenteret, at de virker. For nylig er der udpeget narkotikapolitiske koordinatore i fængslerne i Belgien, og der blev oprettet en central enhed, hvor fængselsmedarbejdere og narkotikæksperter samarbejder om at sikre, at indsatte fortsætter behandlingen, når de bliver løsladt. Der blev nedsat et udvalg for narkotikaanliggender inden for det ungarske fængselsvæsen i 2008. Det tjekkiske fængselsvæsens narkotikapolitiske handlingsplan for 2007-2009 indeholder vejledning i gennemførelse af nye tjenester og omfatter en overvågnings- og evalueringsdel. I Det Forenede Kongerige har National Offender Management Service's narkotikastrategi 2008-2011 (NOMS, 2009) til formål at sikre tidlige tiltag for unge og yde støtte til lovovertrædere med misbrugsproblemer med henblik på at nedbringe skader forårsaget af narkotika og alkohol.

### Hjælp til indsatte stofbrugere

Indsatte i Europa kan få adgang til en række tjenester i forbindelse med stofbrug og problemer i tilknytning hertil. Tjenesterne omfatter information om narkotika og sundhed, behandling for smitsomme sygdomme, behandling for narkotikaafhængighed, skadesreducerende foranstaltninger og udslningsprogrammer <sup>(43)</sup>.

<sup>(39)</sup> Se tabel DUP-2 og DUP-105 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(40)</sup> Se tabel DUP-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(41)</sup> Se tabel DUP-4 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(42)</sup> EUT L 165 af 3.7.2003, s. 31.

<sup>(43)</sup> Se tabel HSR-7 i Statistical bulletin 2010.



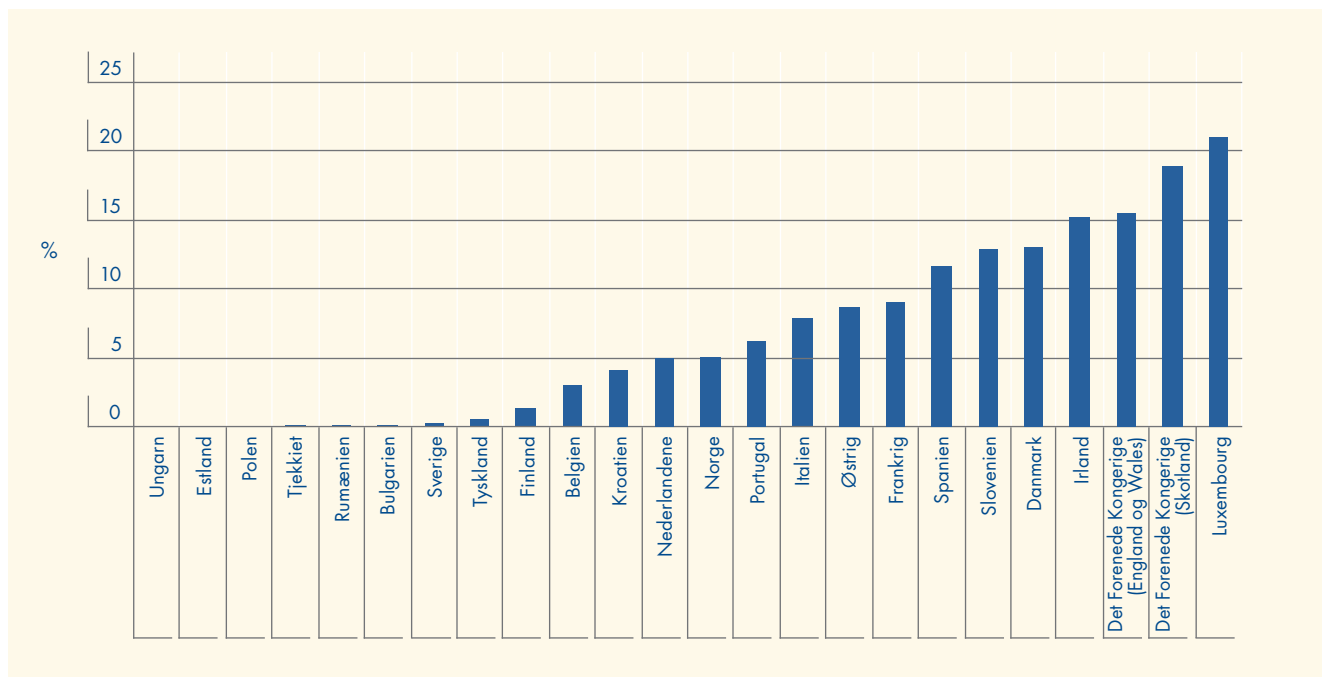
I de senere år har internationale organisationer udarbejdet information og vejledning om forvaltning af smitsomme sygdomme i fængsler. UNODC har i samarbejde med WHO og UNAIDS offentliggjort informationsmateriale til fængselsforvaltninger og andre beslutningstagere med anvisninger på, hvordan man opstiller en effektiv national indsats mod hiv/aids i fængsler (UNODC, WHO og UNAIDS, 2006). Et andet dokument indeholder vejledning om, hvordan man mere effektivt formidler information og rådgivning om smitsomme sygdomme og undersøgelser i fængselsinstitutioner og forbedrer kommunikationen af resultater til de indsatte (UNODC, UNAIDS og WHO, 2010).

Der er defineret en række klare sundhedsplejeområder og -standarder i fængsler i nogle få lande, bl.a. Tjekkiet, Spanien, Luxembourg og Det Forenede Kongerige, og andre lande er i gang med foranstaltninger i den retning. Flere lande rapporterer nu, at de er ved at vurdere tilgængelighed og kvalitet af sundhedspleje for stofbrugere i fængsler. F.eks. blev behovet i Irland for at matche kapaciteten i fængselsapotekernes serviceydelser med det voksende udbud af substitutionsbehandling afdækket i en undersøgelse (det irske fængselsvæsen, 2009), mens et nyt tilsynsorgan i Frankrig (chefinspektoratet for fængsler og andre lukkede institutioner) konstaterede mangler i fængslernes sundhedspleje og afdækkede infektionsrisici. Nederlandene indførte et nyt direktiv om behandling af tilbageholdte stofbrugere, hvor man især er opmærksom på narkotikarelaterede smitsomme

sygdomme<sup>(44)</sup>. Kvaliteten af fængselsvæsenerne bliver også forbedret i flere lande gennem investering i uddannelse. I Belgien fik alle fængselsmedarbejdere kurser i alkohol- og narkotikapolitik i fængsler, fængselslæger i Kroatien fik kurser i substitutionsbehandling, og et UNODC-ledet projekt sørgede for undervisning i hivforebyggelse og narkotikaoplysning til lettiske fængselslæger, socialrådgivere og psykologer, som senere underviste de indsatte. I Finland skal nye fængselsbehandlingsprogrammer godkendes af den finske kriminalforsorg.

Som følge af udbygningen af opioidsstitutionsbehandlingen i samfundet generelt melder mange lande om stigninger i antallet af opioidsstitutionsklienter, der kommer i fængsel. Kontinuitet i substitutionsbehandlingen er særdeles vigtig på baggrund af de mange dødsfald efter løsladelse som følge af overdosis (EONN, 2009a) og med henblik på at nedbringe risikoen for, at der begås kriminalitet for at finansiere ulovlig stofbrug. I 2008 blev det muligt at fortsætte opioidsstitutionsbehandlingen i fængsler i Bulgarien, Estland og Rumænien. Denne behandlingsmulighed er imidlertid ikke tilgængelig i fængsler i Grækenland, Cypern, Litauen, Letland, Slovakiet og Tyrkiet. I 6 medlemsstater kan det anslås, at over 10 % af alle indsatte modtager opioidsstitutionsbehandling, mens det tilsvarende tal i 8 andre lande er på mellem 3 % og 10 % (figur 3). I de fleste lande er afgiftning stadig standardbehandlingen for opioidbrugere, der kommer i fængsel.

**Figur 3:** Andel af fængselspopulationen, der får opioidsstitutionsbehandling



**NB:** Der fremlægges data for alle lande, hvor der er adgang til substitutionsbehandling i fængsler, undtagen Malta. Dataene er for 2008 undtagen Østrig og Skotland (2007), Belgien og Nederlandene (2009). Se noter og kilder i tabel HSR-9 i Statistical bulletin 2010.

**Kilder:** Nationale Reitoxknudepunkter.

<sup>(44)</sup> Se Portalen for bedste praksis.



## Kapitel 3 Cannabis

### Indledning

Cannabis er det ulovlige stof, der er mest almindeligt tilgængeligt i Europa, hvor det både importeres og fremstilles indenlands. I de fleste lande voksede brugen af cannabis i 1990'erne og begyndelsen af 2000'erne, selv om der stadig er betydelige forskelle landene imellem. De sidste par år har man også oplevet en voksende forståelse af følgerne for folkesundheden af langvarig og udbredt brug af dette stof, og der meldes om øget behandlingsefterspørgsel som følge af cannabisrelaterede problemer. Europa kan nu være på vej ind i en ny fase, idet data fra generelle befolkningsundersøgelser og skoleundersøgelser peger i retning af en stabilisering eller endog en faldende tendens i cannabisbrugen. Brugsniveauerne er imidlertid fortsat høje efter en historisk målestok, og det er fortsat et centralt spørgsmål i den europæiske narkotikadebat, hvad der er effektive tiltag mod cannabisbrug.

### Udbud og tilgængelighed

#### Produktion og ulovlig handel

Cannabis kan dyrkes i en lang række miljøer og vokser vildt i mange dele af verden. Man mener, at planten i øjeblikket dyrkes i 172 lande og territorier (UNODC, 2009). Disse forhold tilsammen betyder, at det vil være vanskeligt at udarbejde præcise skøn over den verdensomspændende produktion af cannabis. UNODC (2009) anslår den globale produktion af cannabisblade i 2008 til mellem 13 300 tons og 66 100 tons.

Cannabisdyrkning i Europa er udbredt og muligvis stigende. I 2008 anførte alle 29 europæiske lande hjemlig cannabisproduktion, selv om omfanget og arten af dette fænomen tilsyneladende varierer betydeligt. En væsentlig del af den ulovlige handel foregår dog sandsynligvis mellem regioner.

**Tabel 2: Cannabisblade og -harpiks – produktion, beslaglæggelse, pris og styrke**

	Cannabisharpiks	Cannabisblade
<b>Anslået global produktion (tons)</b>	2 200-9 900	13 300-66 100
<b>Global beslaglagt mængde (tons)</b>	1 637	6 563
<b>Beslaglagt mængde (tons) EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)</b>	892 (900)	60 (92)
<b>Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)</b>	367 400 (368 700)	273 800 (288 600)
<b>Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g) Område (Kvartilafstand) <sup>(1)</sup></b>	3-10 (6-9)	3-16 (5-9)
<b>Gennemsnitsstyrke (THC-indhold %) Område (Kvartilafstand) <sup>(1)</sup></b>	3-16 (6-10)	1-10 (5-8)

<sup>(1)</sup> Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser.

NB: Alle data er for 2008.

Kilder: UNODC (2009, 2010b) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

Cannabisblade i Europa importeres også, primært fra Afrika (f.eks. Nigeria, Cap Verde, Sydafrika) og mindre hyppigt fra Nord-, Syd- og Mellemamerika, især De Caribiske Øer, Mellemøsten (Libanon) og Asien (Thailand). Albanien, Den Tidligere Jugoslaviske Republik Makedonien, Moldova, Montenegro og Serbien nævnes også som kilder i en ny rapport (INCB, 2010b).

Den samlede produktion af cannabisharpiks anslås til mellem 2 200 tons og 9 900 tons i 2008 (UNODC, 2009), idet Afghanistan og Marokko anføres som de største producenter. En undersøgelse for nylig tyder på, at Afghanistan nu kan være verdens største producent af cannabisharpiks med en anslået produktion på mellem 1 500 og 3 500 tons om året (UNODC, 2010a). Det sidste tilgængelige estimat for Marokko viste en cannabisharpiksproduktion på ca. 1 000 tons i 2005 (UNODC og den marokkanske regering, 2007). Skønt noget af den cannabisharpiks, der produceres i Afghanistan, sælges i Europa, er Marokko sandsynligvis stadig Europas største leverandør af dette stof. Cannabisharpiks fra Marokko smugles typisk ind i Europa via Den Iberiske Halvø og Nederlandene.

### Beslaglæggelser

I 2008 blev der på verdensplan beslaglagt ca. 6 563 tons cannabisblade og 1 637 tons cannabisharpiks (tabel 2), hvilket er en samlet stigning på ca. 17 % i forhold til året før (UNODC, 2010b). Nordamerika tegnede sig fortsat for hovedparten af de beslaglagte cannabisblade (48 %), mens mængderne af beslaglagt harpiks fortsat var koncentreret i Vest- og Centraleuropa (57 %).

I Europa blev der i 2008 foretaget ca. 289 000 beslaglæggelser af cannabisblade på 92 tons<sup>(45)</sup>. Antallet af beslaglæggelser blev øget med en faktor på mere end

#### EONN Insights: Cannabisproduktion og -markeder i Europa

EONN udgiver et nyt »Insight« om cannabisproduktion og -markeder i 2011. Rapporten vil fokusere på udbuddet af cannabisprodukter i europæiske lande og undersøge, hvilken type produkter der er til rådighed, hvor de kommer fra, deres respektive markedsandele og andre spørgsmål i forbindelse med distributions- og markedsstrukturer. Cannabisdyrkning inden for de europæiske grænser er blevet mere synlig i de seneste år og vil få særlig opmærksomhed.

2,5 i perioden 2003-2008. Mængden af beslaglagte cannabisblade er forblevet relativt stabilt siden 2003 på lidt over 90 tons med undtagelse af 2004-2005, hvor den faldt til omkring 65 tons<sup>(46)</sup>. Det Forenede Kongerige har tegnet sig for næsten halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser på 20 tons eller derover om året i perioden 2005-2007. Tyrkiet (31 tons) og Tyskland (9 tons) indberettede rekordstore beslaglæggelser i 2008.

Beslaglæggelserne af cannabisharpiks i Europa overstiger beslaglæggelserne af blade både med hensyn til antal og mængde<sup>(47)</sup>. Således blev der i 2008 foretaget omkring 369 000 beslaglæggelser af cannabisharpiks, hvilket resulterede i beslaglæggelse af 900 tons af stoffet, næsten 10 gange mere end den beslaglagte mængde cannabisblade. Fra 2003-2008 steg antallet af beslaglæggelser af cannabisharpiks støt, mens den beslaglagte mængde efter et indledende fald har været stigende siden 2006. I 2008 blev omkring halvdelen af det samlede antal beslaglæggelser af harpiks og tre fjerdedele af den beslaglagte mængde fortsat indberettet af Spanien, mens der blev beslaglagt rekordstore harpiksmængder af Frankrig (71 tons), Portugal (61 tons) og Italien (34 tons).

Antallet af beslaglæggelser af cannabisblade er steget siden 2003 og nåede i 2008 op på ca. 19 000 tilfælde. Landene indberetter den beslaglagte mængde enten som et overslag over antallet af planter eller efter vægten. Antallet af beslaglagte planter steg fra 1,7 millioner i 2003 til 2,6 millioner i 2007, før det faldt til 1,2 millioner i 2008<sup>(48)</sup>. Vægten af de beslaglagte planter er steget med en faktor på 4,5 i perioden og nåede op på 43 tons i 2008, hvoraf Spanien indberettede 24 tons og Bulgarien 15 tons.

### Styrke og pris

Cannabisprodukternes styrke bestemmes ud fra deres indhold af delta-9-tetrahydrocannabinol (THC), som er det primære aktive stof. Der er stor forskel på styrken af cannabis inden for et land og mellem landene og mellem forskellige cannabisprodukter. Information om styrken af cannabis er især baseret på retsvidenskabelige analyser af beslaglagt cannabis, som er udvalgt ved stikprøver. Det omfang, hvor de analyserede prøver afspejler det samlede marked, er usikker, og derfor skal data om styrke fortolkes med forsigtighed.

I 2008 varierede det indberettede THC-indhold af harpiksprøver fra 3 % til 16 %. Den gennemsnitlige

<sup>(45)</sup> Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-1 til SZR-6 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(46)</sup> Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2008.

<sup>(47)</sup> Forskelle i forsendelsesstørrelse og de tilbagelagte afstande samt behovet for at krydse internationale grænser betyder, at der er større risiko for beslaglæggelse for cannabisharpiks end for hjemligt producerede cannabisblade.

<sup>(48)</sup> Analysen omfatter ikke de beslaglæggelser, der er indberettet af Tyrkiet, på 31 millioner cannabisplanter i 2003 og 20 millioner planter i 2004, da der ikke foreligger data om beslaglagte mængder for de efterfølgende år.

styrke af cannabisblade (så vidt muligt med undtagelse af sinsemilla, som er den form for cannabisblade, der har den højeste styrke) varierede fra 1 % til 10 %. Gennemsnitsstyrken af sinsemilla blev kun indberettet af nogle få lande, og den var altid højere end importerede cannabisblade og varierede fra 12 % i Norge til lige over 16 % i Nederlandene og Det Forenede Kongerige. I perioden 2003-2008 har den gennemsnitlige styrke af cannabisharpiks været divergerende i de 11 lande, som har indberettet tilstrækkelige data, idet styrken af cannabisblade er steget i 6 indberettende lande og er faldet i 4. Information om styrken i lokalt producerede cannabisblade over en årrække foreligger kun for Nederlandene, der indberettede et fald i gennemsnitsstyrken for »nederwiet« fra et maksimum på 20 % i 2004 til 16 % i 2007 og 2008 <sup>(49)</sup>.

Den gennemsnitlige detailpris for cannabisharpiks varierede i 2008 fra 3 EUR til 10 EUR pr. gram i de 17 lande, der har indberettet information, idet 12 af dem har rapporteret værdier mellem 6 EUR og 9 EUR. Den gennemsnitlige detailpris for cannabisblade varierede fra 3 EUR til 16 EUR pr. gram i de 16 lande, der har indberettet information, idet 10 af dem har rapporteret priser på mellem 5 EUR og 9 EUR. For cannabisharpiks faldt den gennemsnitlige detailpris eller forblev stabil i alle lande med data for perioden 2003-2008 med undtagelse af Belgien og Østrig, hvor den steg. I samme periode tyder dataene for cannabisblade på stabile eller stigende priser i Europa, idet kun Ungarn og Tyrkiet melder om faldende tendenser.

## Udbredelse og brugsmønstre

### Cannabisbrug i befolkningen som helhed

Det anslås forsigtigt, at omkring 75,5 millioner europæere har brugt cannabis mindst én gang (langtidsprævalens), dvs. mere end hver femte af alle 15-64-årige (se et resumé af dataene i tabel 3). Der er betydelige forskelle mellem landene, idet de nationale tal for prævalens varierer fra 1,5 % til 38,6 %. For de fleste lande ligger prævalensen i størrelsesordenen 10-30 %.

Det anslås, at ca. 23 millioner europæere har brugt cannabis inden for det sidste år eller gennemsnitligt ca. 6,8 % af alle 15-64-årige. Skøn over brug inden for den seneste måned omfatter personer, som bruger cannabis mere regelmæssigt, om end ikke nødvendigvis dagligt eller intensivt. Det anslås, at ca. 12,5 millioner europæere har brugt stoffet i løbet af den seneste måned, gennemsnitligt ca. 3,7 % af alle 15-64-årige.

### Indtægter og fortjenester fra ulovlig cannabisdyrkning

Skøn udarbejdet af politiet tyder på, at cannabisplanter beslaglagt i 2008 kan have genereret salg på 70 mio. EUR i Belgien og 76 mio. EUR i Det Forenede Kongerige (NPIA, 2009) og engrosfortjenester på mellem 36 mio. EUR og 61 mio. EUR i Tyskland. Det er imidlertid vanskeligt at vurdere de samlede indtægter fra ulovlig kommerciel cannabisproduktion, da disse tal kun vedrører konfiskerede cannabisplanter. Der skal også tages hensyn til flere andre variabler, når fortjenesten skal anslås.

Indtægten fra ulovlig kommerciel cannabisproduktion afhænger af flere faktorer, bl.a.: beplantningens størrelse, antallet af planter, gennemsnitsudbyttet pr. plante og antallet af høster om året. En høj plantetæthed og hyppige høster sænker generelt udbyttet fra hver plante. Indtægten afhænger også af, om høsten sælges på detail- eller engrosmarkeder, eftersom priserne normalt er højere på detailmarkederne.

Omkostningerne i forbindelse med ulovlig kommerciel cannabisproduktion i indendørsbeplantninger omfatter: lokaler, frø eller moderplante, jord eller mineraluld, næringsstoffer, lys og pumper, værktøj og ventilation samt arbejdskraft. Elektricitet er også en vigtig del af produktionsomkostningerne, når den ikke fås illegalt.

Til at beregne indtægter og fortjenester ved ulovlige cannabisbeplantninger har nederlandske retshåndhævende myndigheder udviklet tekniske standarder, som de opdaterer regelmæssigt. Nye metoder er også under udvikling i Belgien og Det Forenede Kongerige.

### Brug af cannabis blandt unge voksne

Cannabisbrug er i vid udstrækning koncentreret blandt unge (15-34 år), idet den højeste prævalens for brug inden for det seneste år generelt registreres blandt de 15-24-årige. Det er tilfældet i alle indberettende lande med undtagelse af Portugal <sup>(50)</sup>.

Data fra befolkningsundersøgelser viser, at gennemsnitligt 31,6 % af unge europæiske voksne (15-34 år) på et tidspunkt har brugt cannabis, mens 12,6 % har brugt stoffet inden for det sidste år, og 6,9 % har brugt det inden for den sidste måned. Det anslås, at en endnu større del af europæere i aldersgruppen 15-24 år anslås at have brugt cannabis inden for det seneste år (16 %) eller seneste måned (8,4 %). Nationale skøn over udbredelsen af cannabisbrug svinger meget mellem landene i alle prævalensmålinger. F.eks. er skøn over prævalens for brug i det seneste år blandt unge voksne i lande i den øverste ende af skalaen over 30 gange højere end dem i landene med den laveste prævalens.

<sup>(49)</sup> Se tabel PPP-1 og PPP-5 i Statistical bulletin 2010 om styrke og prisdata.

<sup>(50)</sup> Se figur GPS-1 i Statistical bulletin 2010.

Cannabisbrug er generelt mere udbredt blandt mænd end blandt kvinder, f.eks. varierede forholdet mellem mænd og kvinder blandt unge voksne, der anførte, at de havde brugt cannabis inden for det seneste år, fra 6,4:1 i Portugal til 1,4:1 i Bulgarien <sup>(51)</sup>.

Cannabisbrug er særligt høj blandt visse grupper af unge mennesker, f.eks. personer, der ofte går på natklubber, pubber og til musikarrangementer (Hoare, 2009). Ifølge målrettede undersøgelser, der for nylig er gennemført i elektroniske danse-musik-miljøer i Tjekkiet, Østrig og Det

**Tabel 3: Prævalensen af cannabisbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data**

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	Det seneste år	Den seneste måned
<b>15-64 år</b>			
Anslået antal brugere i Europa	75,5 millioner	23 millioner	12,5 millioner
Europæisk gennemsnit	22,5 %	6,8 %	3,7 %
Område	1,5-38,6 %	0,4-15,2 %	0,1-8,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (1,5 %) Malta (3,5 %), Cypern (6,6 %) Bulgarien (7,3 %)	Rumænien (0,4 %) Malta (0,8 %) Grækenland (1,7 %) Sverige (1,9 %)	Rumænien (0,1 %) Malta, Sverige (0,5 %) Grækenland, Polen (0,9 %) Litauen, Ungarn (1,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Danmark (38,6 %), Tjekkiet (34,2 %), Italien (32,0 %), Det Forenede Kongerige (31,1 %)	Tjekkiet (15,2 %) Italien (14,3 %) Spanien (10,1 %) Frankrig (8,6 %)	Tjekkiet (8,5 %) Spanien (7,1 %) Italien (6,9 %) Frankrig (4,8 %)
<b>15-34 år</b>			
Anslået antal brugere i Europa	42 millioner	17 millioner	9,5 millioner
Europæisk gennemsnit	31,6 %	12,6 %	6,9 %
Område	2,9-53,3 %	0,9-28,2 %	0,3-16,7 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (2,9 %) Malta (4,8 %) Cypern (9,9 %) Grækenland (10,8 %)	Rumænien (0,9 %) Malta (1,9 %) Grækenland (3,2 %) Cypern (3,4 %)	Rumænien (0,3 %) Sverige (1,0 %) Grækenland (1,5 %) Polen (1,9 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (53,3 %) Danmark (48,0 %) Frankrig (43,6 %) Det Forenede Kongerige (40,5 %)	Tjekkiet (28,2 %) Italien (20,3 %) Spanien (18,8 %) Frankrig (16,7 %)	Tjekkiet (16,7 %) Spanien (13,4 %) Italien (9,9 %) Frankrig (9,8 %)
<b>15-24 år</b>			
Anslået antal brugere i Europa	19,5 millioner	10 millioner	5,5 millioner
Europæisk gennemsnit	30,9 %	16,0 %	8,4 %
Område	3,7-58,6 %	1,5-37,3 %	0,5-22,4 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (3,7 %) Malta (4,9 %) Cypern (6,9 %) Grækenland (9,0 %)	Rumænien (1,5 %) Grækenland, Cypern (3,6 %) Sverige (4,9 %) Portugal (6,6 %)	Rumænien (0,5 %) Grækenland, Sverige (1,2 %) Cypern (2,0 %) Polen (2,5 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (58,6 %) Frankrig (42,0 %) Danmark (41,1 %) Tyskland (39,0 %)	Tjekkiet (37,3 %) Spanien (24,1 %) Italien (22,3 %) Frankrig (21,7 %)	Tjekkiet (22,4 %) Spanien (16,9 %) Frankrig (12,7 %) Italien (11,0 %)

Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001 til 2008/09 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner), 15-34 år (133 millioner) og 15-24 år (63 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2010.

<sup>(51)</sup> Se tabel GPS-4 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2010.

Forenede Kongerige, havde over 80 % af respondenterne på et tidspunkt brugt cannabis, hvilket er et meget højere tal end det europæiske gennemsnit blandt unge voksne (Measham og Moore, 2009).

### Cannabisbrug blandt skoleelever

ESPAD-undersøgelsen, som gennemføres hvert fjerde år, giver sammenlignelige oplysninger om alkohol- og stofbrug blandt 15-16-årige skoleelever i Europa (Hibell et al., 2009). I 2007 blev undersøgelsen gennemført i 25 EU-lande samt Norge og Kroatien. Endvidere blev der i 2008 gennemført nationale skoleundersøgelser i Spanien, Italien, Sverige og Det Forenede Kongerige. Belgien (det flamske fællesskab) gennemførte en regional skoleundersøgelse.

Data fra ESPAD-undersøgelsen fra 2007 og de nationale skoleundersøgelser fra 2008 viser, at den højeste langtidsprævalens for cannabisbrug blandt 15-16-årige skoleelever blev konstateret i Tjekkiet (45 %), mens Estland, Frankrig, Nederlandene, Slovakiet og Det Forenede Kongerige indberettede prævalensniveauer fra 26 % til 32 %. 15 lande har rapporteret langtidsprævalens for cannabisbrug på 13-25 %. De laveste niveauer (under 10 %) rapporteres af Cypern, Grækenland, Rumænien, Finland, Sverige og Norge. Kønsforskellen med hensyn til cannabisbrug er mindre markant blandt skoleelever end blandt unge voksne. Forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere af cannabis blandt skoleelever varierer fra tæt på 1:1 i Spanien og Det Forenede Kongerige til 2:1 eller højere i Cypern, Grækenland, Polen og Rumænien <sup>(52)</sup>.

### Internationale sammenligninger

Europæiske tal kan sammenlignes med tal fra andre dele af verden. F.eks. i Canada (2008) er langtidsprævalensen for cannabisbrug blandt unge voksne 53,8 % og prævalensen inden for det seneste år 24,1 %. Den nationale undersøgelse af stofbrug og sundhed i USA (Samhsa, 2008) indeholdt f.eks. skøn over langtidsprævalensen for cannabisbrug på 49 % (16-34 år, beregnet af EONN) og prævalensen inden for det seneste år på 21,5 %, mens tallene i Australien (2007) er 47 % og 16 % for de 14-39-årige. Alle disse tal ligger over de europæiske gennemsnit, der er på henholdsvis 31,6 % og 12,6 %.

Blandt skoleelever rapporterer Tjekkiet, Spanien, Frankrig og Slovakiet niveauer for langtidsprævalens for cannabis, der kan sammenlignes med de niveauer, der rapporteres af USA og Australien <sup>(53)</sup>.

### Tendenser i cannabisbrug

I perioden 1998-2008 kan der for de 15 lande, som kan levere tilstrækkelige data, konstateres tre store tendenser i cannabisbrug blandt voksne (figur 4). 5 lande (Bulgarien, Grækenland, Ungarn, Finland og Sverige) har indberettet lave (under 9 %) og relativt stabile prævalensniveauer for seneste års cannabisbrug blandt unge voksne. 6 lande (Danmark, Tyskland, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Det Forenede Kongerige) indberettede højere prævalensniveauer, men stabile eller faldende niveauer i de seneste år. 4 andre lande (Tjekkiet, Estland, Italien, Slovakiet) indberettede også højere niveauer for cannabisbrug blandt unge voksne, men med stigende tendenser i de seneste år.

Når man ser på de seneste tendenser for cannabisbrug blandt unge voksne, melder de fleste af de 12 lande, der har gentagne undersøgelser i perioden 2003-2008, om en stabil situation (Danmark, Tyskland, Spanien, Ungarn, Sverige, Finland, Det Forenede Kongerige). 5 lande indberetter en øget cannabisbrug i denne periode på mindst to procentpoint i Bulgarien, Estland og Slovakiet og omkring otte procentpoint i Italien og Tjekkiet.

Der findes lignende mønstre i tidstendenserne for cannabisbrug blandt skoleelever i perioden 1995-2007 på tværs af Europa (EONN, 2009a). 7 lande, som primært ligger i det nordlige og sydlige Europa (Grækenland, Cypern, Malta, Rumænien, Finland, Sverige, Norge), rapporterer generelt lav og stabil langtidsprævalens af cannabisbrug for hele perioden. De fleste vesteuropæiske lande samt Kroatien og Slovenien, som havde høje eller stærkt stigende langtidsprævalens af cannabisbrug indtil 2003, oplevede et fald eller en stabilisering i 2007. Blandt disse 11 lande rapporterede 9 et fald og 2 en stabil situation. Situationen er en noget anden i størstedelen af Central- og Østeuropa, hvor den stigende tendens, der blev observeret i perioden 1995-2003, tilsyneladende er ved at jævne sig ud. I denne region rapporterer 6 lande en stabil situation, og 2 lande rapporterer en stigning mellem 2003 og 2007.

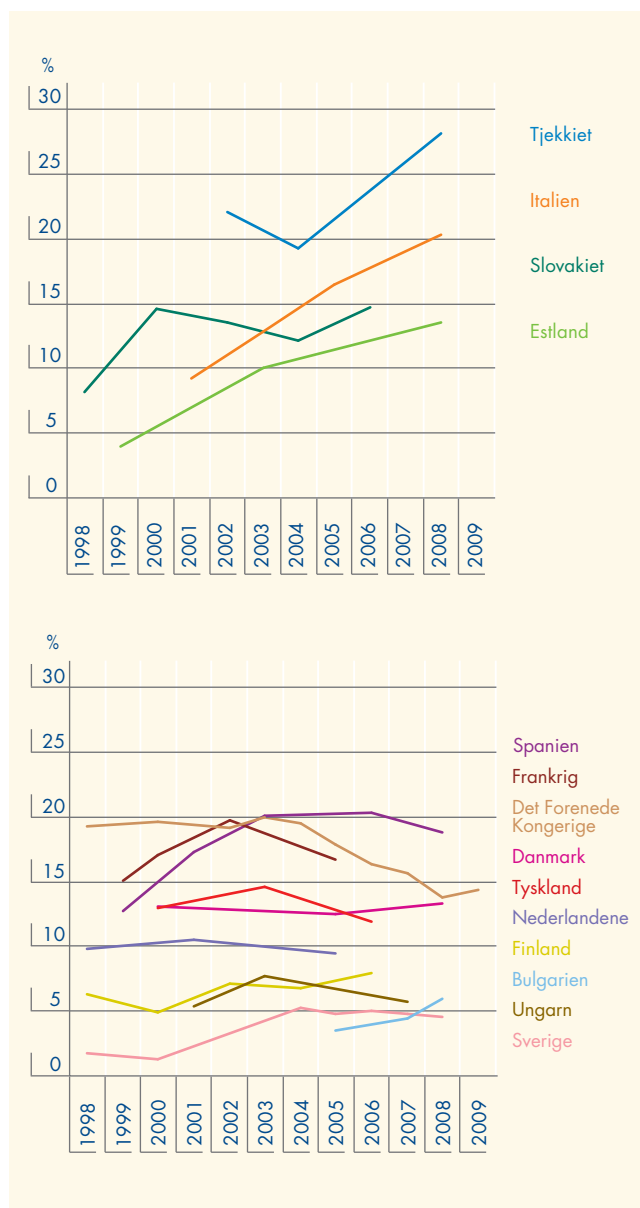
3 lande, der gennemførte skoleundersøgelser i 2008 (Belgien — det flamske fællesskab, Sverige og Det Forenede Kongerige) melder om stabil eller lavere langtidsprævalens af cannabisbrug end i 2007, mens Spanien melder om et fald på mere end tre procentpoint. Data fra skoleundersøgelser i USA og Australien viser også en faldende tendens, som først blev observeret i Australien i 1999 <sup>(54)</sup>.

<sup>(52)</sup> Se tabel EYE-20 (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(53)</sup> Se figur EYE-1 (del xii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(54)</sup> Se figur EYE-1 (del xii) i Statistical bulletin 2010.

**Figur 4:** Tendenser i det seneste års prævalens for cannabisbrug blandt unge voksne (15-34 år)



NB: Se yderligere oplysninger i figur GPS-4 i Statistical bulletin 2010.

Kilder: Nationale Reitoxrapporter (2009), der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

### Mønstre i cannabisbrug

De foreliggende data peger på forskellige mønstre for cannabisbrug fra eksperimenterende brug til afhængig brug. Mange bruger kun stoffet en eller to gange, andre bruger det lejlighedsvist eller i en begrænset tidsperiode. Af de 15-64-årige, der på et tidspunkt har brugt cannabis,

har 30 % gjort det inden for det seneste år <sup>(55)</sup>. Blandt dem, der har brugt stoffet inden for det sidste år, har gennemsnitligt halvdelen gjort det inden for den sidste måned.

Data fra en stikprøve på 13 europæiske lande, der dækker 77 % af den voksne befolkning i EU og Norge, viser, at omkring 40 % af de anslået 12,5 millioner europæere, som har brugt cannabis i den seneste måned, kan have brugt stoffet 1-3 dage i den pågældende måned, omkring en tredjedel 4-19 dage og en fjerdedel 20 dage eller derover. Af disse data kan det skønnes, at over 1 % af de voksne europæere eller ca. 4 millioner bruger cannabis dagligt eller næsten dagligt. De fleste af disse cannabisbrugere, ca. 3 millioner, er mellem 15 og 34 år og udgør omkring 2-2,5 % af alle europæere i denne aldersgruppe <sup>(56)</sup>. Daglig eller næsten daglig brug af cannabis kan være omkring fire gange mere udbredt hos mænd end hos kvinder.

10 europæiske lande, der indberetter data til ESPAD-undersøgelsen blandt 15-16-årige skoleelever melder om relativt høje andele (5-12 %) af drenge, der havde taget cannabis ved 40 eller flere lejligheder. Denne andel var mindst dobbelt så stor som hos piger. De fleste af disse lande rapporterede også, at mellem 5 % og 9 % af respondenterne havde påbegyndt brugen af cannabis i en alder af 13 år eller derunder. Denne gruppe vækker bekymring, da tidlig påbegyndelse af brug forbindes med senere udvikling af mere intensive og problematiske former for stofbrug.

Afhængighed af cannabis anerkendes i stigende grad som en mulig konsekvens af regelmæssig brug, selv blandt yngre brugere <sup>(57)</sup>. Omfang og følger af cannabisafhængighed kan dog forekomme mindre alvorlige end dem, der almindeligvis ses med visse andre psykoaktive stoffer (f.eks. heroin eller kokain). Udviklingen af cannabisafhængighed kan også ske mere gradvist end det, man ser i forbindelse med andre stoffer (Wagner og Anthony, 2002). Det er blevet rapporteret, at halvdelen af de afhængige cannabisbrugere, der holdt op med at tage stoffet, kunne gøre det uden behandling (Cunningham, 2000). Ikke desto mindre kan nogle cannabisbrugere – især tunge brugere – have problemer uden nødvendigvis at opfylde de kliniske kriterier for afhængighed <sup>(58)</sup>.

Cannabisbrug er blevet sat i forbindelse med tilhørsforhold til sårbare eller socialt dårligt stillede grupper såsom unge, der pjækker eller går tidligt ud af skolen, børn i sociale institutioner, unge lovovertrædere og unge, der bor i økonomisk dårligt stillede kvarterer (EONN, 2008c). Det kan også hænge sammen med brug af andre stoffer.

<sup>(55)</sup> Se figur GPS-2 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(56)</sup> De anførte europæiske gennemsnit er et groft skøn baseret på et vægtet gennemsnit (for befolkningen) for lande, hvor der foreligger information. Gennemsnitsresultatet er beregnet for lande uden information. De opnåede tal er 1,2 % for alle voksne (15-64 år) og 2,3 % for unge voksne (15-34 år). Se tabel GPS-10 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(57)</sup> Se boksen »Risikofaktorer for første brug af cannabis og afhængighed«.

<sup>(58)</sup> Se boksen »Sundhedsskadelige virkninger af cannabisbrug«.



## Risikofaktorer for første brug af cannabis og afhængighed

Forskere har prøvet at finde ud af, hvorfor nogle cannabisbrugere bliver afhængige, mens andre ikke gør. Et af deres resultater er, at faktorer i forbindelse med første brug af cannabis ofte er anderledes end dem, der fører til problematisk brug og cannabisafhængighed. Nogle eksterne faktorer (ligestilledes stofbrug og cannabistilgængelighed) og faktorer hos den enkelte (f.eks. en positiv holdning til fremtidig stofbrug) er specifikt knyttet til påbegyndelsen af cannabisbrug (Von Sydow et al., 2002). Nogle andre faktorer hænger, med forskellig styrke, sammen med både påbegyndelse af cannabisbrug og cannabisafhængighed. Disse omfatter genetiske faktorer (Agrawal and Lynskey, 2006), individuelle faktorer såsom hankøn, mentale forstyrrelser og anden stofbrug (alkohol, tobak og andet). Familiemæssige faktorer som at have et dårligt forhold til sin mor og vokse op uden begge forældre er også forbundet med påbegyndelse af cannabisbrug, mens forældrenes skilsmisse eller separation og en forælders død, før barnet når 15-års alderen er forbundet med cannabisafhængighed (Coffey et al., 2003, Swift et al., 2008, Von Sydow, 2002).

Faktorer, der specifikt er knyttet til udvikling af afhængighed, omfatter intensive eller risikable cannabisbrugsmønstre, vedvarende brug og tidlig start. Personer, der havde oplevet positive virkninger (f.eks. lykke, latter) med deres første cannabisbrug (i 14-16 årsalderen), havde øget risiko for cannabisafhængighed senere i livet. Også knyttet til udvikling af afhængighed er forskellige psykologiske og mentale sundhedsfaktorer (bl.a. lavt selvværd, lav selvkontrol og evner til at klare sig) og socioøkonomiske faktorer (bl.a. lav socioøkonomisk status og dårlig finansiell situation) (Coffey et al., 2003, Fergusson et al., 2003, Swift et al., 2008, Von Sydow, 2002).

F.eks. var det mellem to og seks gange mere sandsynligt, at unge voksne (15-34 år), der meldte om hyppig eller massiv alkoholbrug i det foregående år, også anførte brug af cannabis sammenlignet med befolkningen i almindelighed, og selv om de fleste cannabisbrugere ikke tager andre ulovlige stoffer, er det mere sandsynligt, at de gør det i forhold til befolkningen generelt. Voksne cannabisbrugere rapporterer også to til tre gange højere prævalens af tobaksrygning sammenlignet med den almindelige population af 15-16-årige skoleelever.

Nogle cannabisbrugere indleder mere risikable brugsmønstre som at bruge cannabis med et meget højt THC-indhold eller i store mængder og at inhalere fra en vandpibe »bong« i stedet for en »joint«. Disse brugere anfører normalt flere helbredsproblemer, herunder afhængighed (Chabrol et al., 2003, Swift et al., 1998).

## Behandling

### Behandlingsefterspørgsel

I henhold til indberetninger fra 27 lande var cannabis i 2008 det primære stof ved ca. 21 % af alle påbegyndte behandlinger (ca. 85 000 klienter), hvilket gør cannabis til det næstmest indberettede stof efter heroin. Cannabis blev nævnt som den primære årsag til at komme i behandling af under 5 % af alle klienter i Bulgarien, Estland, Litauen, Luxembourg og Slovenien, mens det indberettes som det vigtigste stof af over 30 % af klienterne i Danmark, Tyskland, Frankrig, Ungarn og Nederlandene, idet de fleste cannabis-klienter kommer i behandling i ambulante centre <sup>(59)</sup>.

Disse variationer kan forklares af forskelle i udbredelsen af brugen af cannabis og andre stoffer, stofbehandlingsbehov, behandlingstilbud eller henvisningspraksis. I de to lande med de største andele af cannabis-klienter er rådgivningscentre målrettet mod unge stofbrugere (Frankrig), mens lovovertrædere, der bruger cannabis i det andet (Ungarn), tilbydes stofbehandling som alternativ til straf. Det strafferetlige system spiller en betydelig rolle i behandlingshenvisningen i begge disse lande, men EU-landene som helhed rapporterer, at de fleste cannabisbrugere i Europa, der går i behandling, gør det på eget initiativ. Nogle brugere kommer måske også i stofbehandling, fordi de har andre underliggende problemer såsom psykiske helbredsproblemer og ikke kan finde passende behandling andre steder (Zachrisson et al., 2006).

Klienter, der kommer i behandling på grund af cannabisbrug, anfører, at de bruger alkohol eller andre stoffer. Data indsamlet i 14 lande viser, at 65 % af dem bruger et andet stof, oftest alkohol eller kokain, og nogle anfører, at de bruger både alkohol og kokain (EONN, 2009d). Cannabis anføres som et sekundært stof af 24 % af alle ambulante klienter <sup>(60)</sup>.

### Tendenser i nye anmodninger om narkotikabehandling

I de 18 lande, der har indberettet data, steg antallet og andelen af primære cannabisbrugere blandt alle, der kommer i behandling for første gang, fra ca. 23 000 til 35 000 i perioden 2003-2007, før det faldt lidt til omkring 33 000 i 2008. 13 lande har fra 2005 og 2006 indberettet fald i antallet af nye cannabisbrugere <sup>(61)</sup>. Dette kan hænge sammen med de seneste faldende tendenser for cannabisbrug, men kan også afspejle kapacitetsmætning for tjenesterne eller brug af andre tjenester (f.eks. primær behandling og psykisk behandling).

<sup>(59)</sup> Se figur TDI-2 (del ii) og tabel TDI-5 (del ii) og TDI-24 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(60)</sup> Se tabel TDI-22 (del i) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(61)</sup> Se figur TDI-1 og tabel TDI-3 (del iv) i Statistical bulletin 2010.

## Klientprofiler

Cannabisbrugere, der kommer i ambulantly behandling i Europa, er fortrinsvis unge mænd, idet forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere er 5:1, og gennemsnitsalderen er 25 år. Blandt stofbrugere, der kommer i ambulantly behandling første gang, anføres primært brug af cannabis af 69 % af de 15-19-årige og af 83 % af dem, der er under 15 år <sup>(62)</sup>.

Overordnet er 22 % af de primære cannabisbrugere, der kommer i ambulantly behandling, lejlighedsvis brugere (eller har ikke brugt det i måneden, før de kommer i behandling), som sandsynligvis er henvist af det strafferetlige system. 11 % bruger cannabis hver uge eller sjældnere, ca. 17 % bruger det 2-6 gange om ugen, og 50 % bruger det dagligt, dvs. den mest problematiske gruppe. Der kan observeres betydelige forskelle mellem landene. I Ungarn, Rumænien og Kroatien er over halvdelen af cannabis-klienterne lejlighedsvis brugere, mens over 50 % i Belgien, Bulgarien, Danmark, Irland, Spanien, Frankrig, Malta og Nederlandene er daglige brugere <sup>(63)</sup>.

## Behandlingsudbud

Cannabisbehandlingen i Europa omfatter en bred vifte af foranstaltninger, bl.a. internetbaseret behandling, rådgivning, strukturerede psykosociale tiltag og behandling i stationære behandlingsmiljøer. Der sker også ofte overlappning på dette område mellem selektiv forebyggelse, skadesreduktion og behandlingstiltag (se kapitel 2).

I Frankrig sørger netværket af ungdomsrådgivningscentre, de såkaldte cannabiscentre, for ydelser til brugerne, der varierer med hensyn til varighed og tilgang, afhængig af hvor alvorlig stofbrugen er. I en undersøgelse gennemført i 226 af de 274 rådgivningscentre i 2007 fik 47 % af de ambulante klienter diagnosen lejlighedsvis brugere uden symptomer på afhængighed eller misbrug, og ca. 30 % af disse fik ingen yderligere rådgivning (Obradovic, 2009). I modsætning hertil fik de 53 % diagnosticeret afhængighed eller misbrug, da de kom, og heraf fik næsten 80 % tilbudt yderligere rådgivning, og de fleste andre blev henvist til behandlingscentre. Halvdelen af de klienter, der kom til en ny rådgivning, anførte en reduktion i deres cannabisbrug. Det var oftere tilfældet blandt brugere, som henviste sig selv, og brugere, der var henvist af sundhedsmyndigheder, mens brugere, som var henvist af det strafferetlige system havde større sandsynlighed for at droppe ud efter nogle få sessioner.

Som alternativ til strafforfølgning henviser det strafferetlige system i Ungarn narkotikalovovertrædere,

## Sundhedsskadelige virkninger af cannabisbrug

Flere nylige undersøgelser har set på de sundhedsskadelige virkninger af cannabisbrug (EONN, 2008a, Hall og Degenhardt, 2009). Disse omfatter akutte virkninger såsom angst, panikreaktion og psykiske symptomer, som ofte anføres af førstegangbrugere. Disse virkninger tegner sig for et betydeligt antal anmodninger om narkotikarelaterede hasteindlæggelser i de få lande, som overvåger dem. Cannabisbrug ser også ud til at fordoble eller tredoble risikoen for at blive involveret i en trafikulykke (EONN, 2008b).

Cannabisbrug kan også have kroniske virkninger, som kan være direkte knyttet til brugs mønstre (frekvens og mængder). Disse omfatter cannabisafhængighed, men også kronisk bronkitis og andre luftvejssygdomme. Cannabisbrug under graviditeten kan reducere fødselsvægten, men ser ikke ud til at forårsage fødselsdefekter. Sammenhængen mellem cannabisbrug og depression og selvmord er stadig usikker.

Virkningen af cannabis på kognitiv præstation og reversibilitet heraf forbliver uklar. Regelmæssig cannabisbrug i teenageårene kan påvirke unge voksnes mentale sundhed negativt med dokumentation for øget risiko for psykotiske symptomer og forstyrrelser, som øges med brugsfrekvensen (Hall og Degenhardt, 2009, Moore et al., 2007).

Mens den individuelle risiko i forbindelse med cannabisbrug synes lavere end for heroin eller kokain, er der rent faktisk sundhedsproblemer, og på grund af høj brugsprævalens kan virkningen af cannabis på folkesundheden være betydelig. Særlig opmærksomhed bør rettes mod cannabisbrug hos teenagere og mennesker med mentale sundhedsproblemer. Hyppig cannabisbrug, brug over længere perioder, under kørsel eller under andre potentielt farlige aktiviteter giver også anledning til bekymring.

der opfylder visse betingelser, til en »forebyggende rådgivningstjeneste«, og mere alvorlige tilfælde til specialklinikker. Brugere henvist af det strafferetlige system, dvs. ca. 85 % af alle cannabis-klienter, skal deltage i narkotikabehandling eller psykosocial rådgivning mindst én gang hver fjortende dag i seks måneder for at få et bevis for afsluttet behandling. Ellers kan de blive strafforfulgt.

Tyskland, Nederlandene og Det Forenede Kongerige tilbyder internetbaseret cannabisbehandling med henblik på at lette adgangen til behandling for brugere, som er tilbageholdende med at søge hjælp inden for det specialiserede narkotikabehandlingssystem. Onlinebehandlingstiltag omfatter enten et selvhjælpsprogram uden kontakt med rådgivere eller et struktureret program med planlagte kontakter (se EONN,

<sup>(62)</sup> Se tabel TDI-10 (del iii) og (del iv) og TDI-21 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(63)</sup> Se tabel TDI-18 (del ii) og TDI-111 (del viii) i Statistical bulletin 2010.

2009b). Der er nu ved at blive udviklet et kvalitetsmærke og retningslinjer på dette område i Nederlandene.

Nederlandene melder også om evaluering af et nyt familiebaseret motivationstiltag for cannabisbrugere, der for nylig har fået skizofreni. Dette tiltag sigter mod at nedbringe cannabisbrugen, øge medicinefterlevelsen og forbedre forholdet mellem forældre og barn i denne gruppe. Efter tre måneder viser foreløbige resultater en betydelig nedbringelse i cannabisbrugen sammenlignet med almindelige psykopædagogiske foranstaltninger, mens der ikke var nogen variation i andre resultatvariabler.

### Nylige undersøgelser af behandlingen af cannabisbrugere

Der er foretaget relativt få undersøgelser med vurdering af målrettede tiltag for cannabisbrugere (Levin og Kleber, 2008) til trods for stigningen i antallet af behandlingsanmodninger. Der er forsket i både medicinsk behandling og psykosociale tiltag, men resultaterne er ikke afgørende.

I et randomiseret kontrolleret forsøg, som blev offentliggjort for nylig, vurderede man effektiviteten af motiverende samtaler sammenlignet med information og rådgivning om narkotika, og der blev ikke konstateret nogen væsentlige forskelle i cannabisbrug (McCambridge et al., 2008). Det blev også konstateret, at virkninger i forbindelse med den enkelte behandler kan påvirke frekvensen af brugere, der stoppede brugen af cannabis, hvilket begrænser tiltagenes overførbarehed. Europæiske undersøgelser på dette område vurderer effektiviteten af multidimensionel familieterapi (INCANT), motivationsforbedring, kognitiv adfærdsterapi og løsning af psykosociale problemer (CANDIS) samt internetbaseret behandling.

Der er for nylig offentliggjort to undersøgelser om farmakoterapi mod cannabisafhængighed, men ingen af dem indeholdt væsentlige resultater. I Nederlandene blev der i et randomiseret kontrolleret forsøg foretaget en sammenligning af virkningerne

af en serotoninoptagelseshæmmer, (olanzapin) og en dopaminantagonist (risperidon) på patienter med psykotisk comorbiditet (van Nimwegen et al., 2008). I USA sammenlignede man i en foreløbig undersøgelse virkningerne af et antidepressivt middel (nefazodon), en dopaminoptagelseshæmmer (bupropion som depotpræparat) og en placebo på brugs- og abstinenssymptomer blandt cannabisbrugere (Carpenter et al., 2009).

### Omsætning af videnskab til praksis i narkotikabehandlingen

Inden for narkotikabehandlingen er det ofte gået langsomt med at indføre videnskabeligt afprøvede metoder i den kliniske praksis. Det begrænsede udbud af opioidsstitutionsbehandling i flere europæiske lande og den sjældne brug af »contingency management« til behandling af kokainafhængighed er eksempler på denne kløft mellem videnskab og praksis. Blandt årsagerne anføres individuel forkærlighed for bestemte behandlingsmodeller, manglende uddannelse eller finansiering, ineffektiv videnformidling og manglende organisationsparathed og støtte til nye metoder (Miller et al., 2006).

For at overvinde disse barrierer blev der for nylig afholdt en konference i Tyskland for at undersøge overførslen af eksperimentelle cannabisbehandlingsprojekter med dokumenteret virkning til klinisk praksis (Kipke et al., 2009). De gennemgæede projekter omfattede »CANDIS«, »Quit the shit« og »FreD«, som alle er blevet beskrevet i tidligere EONN-publikationer. Konferencen konstaterede, at følgende kendetegn ved et program fremmede overførsel til klinisk praksis: kompatibilitet med eksisterende behandlingstilbud, klare strukturerede protokoller, seminarer for specialister og platforme til erfaringsudveksling. De største hindringer, som blev afdækket, var problemer med forvaltningen af samarbejde, f.eks. med eksterne partnere (såsom politiet), og manglende finansiering ud over forsøgsstadiet.

Aspekter i forbindelse med overførsel bør indarbejdes i den indledende planlægning af forsøgstiltag. Den bredere indførelse af tiltag med stærk eller langvarig empirisk evidens kræver engagement fra alle interessenter.



## Kapitel 4

# Amfetaminer, ecstasy og hallucinogene stoffer

### Indledning

Amfetaminer (en fællesbetegnelse for amfetamin og metamfetamin) og ecstasy er blandt de mest almindeligt brugte ulovlige stoffer i Europa. I absolutte tal er brug af kokain muligvis højere, men dens geografiske koncentration betyder, at enten ecstasy eller amfetaminer er det næstmest almindeligt brugte ulovlige stof i mange lande, efter cannabis. I nogle lande er brug af amfetaminer endvidere en vigtig del af stofproblemet og tegner sig for en betydelig andel af dem, der har brug for behandling.

Amfetamin og metamfetamin er stoffer, som stimulerer centralnervesystemet. Af de to stoffer er amfetamin langt det mest tilgængelige i Europa, og mens det indtil for nylig kun syntes at være Tjekkiet og Slovakiet, der havde et større forbrug af metamfetamin, rapporterer nogle lande i Nordeuropa nu om øget tilstedeværelse af dette stof på deres amfetaminmarkeder.

Ecstasy er syntetiske stoffer, der er kemisk beslægtet med amfetaminer, men som virker på en lidt anden måde. Det mest velkendte stof i ecstasygruppen er 3,4-methylendioxy-metamfetamin (MDMA), men undertiden findes der også andre analogstoffer i ecstasytabletter (MDA, MDEA). Brug af ecstasy var praktisk talt ukendt i Europa før slutningen af 1980'erne, men voksede hurtigt i løbet af 1990'erne. Stoffets popularitet har traditionelt været knyttet til danse-musik-miljøet, og generelt knyttes syntetisk stofbrug til særlige subkulturelle grupper eller sociale miljøer og i stigende grad til et omfattende lejlighedsvis brug af alkohol.

Forbruget af lysergsyredætylamid (Lsd), som er langt det mest velkendte syntetiske hallucinogen i Europa, har i længere tid været lavt og nogenlunde stabilt. I de senere år ser der dog ud til at være voksende interesse blandt unge for naturligt forekommende hallucinogene stoffer såsom dem, der findes i hallucinogene svampe.

**Tabel 4: Amfetamin, metamfetamin, ecstasy og Lsd – produktion, beslaglæggelse, pris og renhed**

	Amfetamin	Metamfetamin	Ecstasy	Lsd
Anslået global produktion (tons) <sup>(1)</sup>	197-624 <sup>(2)</sup>		57-136	ingen data
Global beslaglagt mængde (tons)	23,0	17,9	2,3	0,1
Beslaglagt mængde EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet)	8,3 tons (8,4 tons)	300 kg (300 kg)	Tabletter 12,7 millioner (13,7 millioner)	Enheder 141 000 (141 800)
Antal beslaglæggelser EU og Norge (inkl. Kroatien og Tyrkiet) <sup>(3)</sup>	37 000 (37 500)	4 700 (4 700)	18 500 (19 100)	950 (960)
Gennemsnitlig detailpris (EUR) Område (Kvartilafstand) <sup>(3)</sup>	Gram 6-36 (9-19)	Gram 12-126	Tablet 2-19 (4-9)	Dosis 4-30 (7-12)
Gennemsnitlig renhed (område) eller MDMA-indhold	3-34 %	22-80 %	17-95 mg	ingen data

<sup>(1)</sup> Tal for produktion er baseret på skøn over forbrug og data for beslaglæggelser.

<sup>(2)</sup> Der foreligger kun samlede beregninger af den globale amfetamin- og metamfetaminproduktion.

<sup>(3)</sup> Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser.

NB: Alle data er for 2008; ingen data: data ikke tilgængelige.

Kilde: UNODC (2010b) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

## Udbud og tilgængelighed

### Syntetiske narkotikaprækursorer

Retshåndhævelsesindsatsen fokuserer på de kontrollerede kemikalier, der er nødvendige til fremstilling af ulovlige stoffer, og her er der tale om et område, hvor internationalt samarbejde er særligt værdifuldt. Prismeprojektet er et internationalt initiativ, der har til formål at forhindre ulovlig anvendelse af prækursorkemikalier til illegal fremstilling af syntetiske stoffer gennem et system af anmeldelser forud for eksport i forbindelse med legal handel og indberetning af ladninger, der er blevet stoppet, og beslaglæggelser, der er foretaget, når der foregår mistænkelige transaktioner. Oplysninger om aktiviteter på dette område indberettes til Det internationale Kontroludvalg for Narkotiske Midler (INCB, 2010a).

Ifølge INCB var der i 2008 fald i beslaglæggelserne på verdensplan af to væsentlige prækursorer til fremstilling af metamfetamin, efedrin med 12,6 tons (i forhold til 22,7 tons i 2007 og 10,3 tons i 2006) og pseudoefedrin med 5,1 tons (i forhold til 25 tons i 2007 og 0,7 tons i 2006). EU-medlemsstaterne (hovedsageligt Nederlandene og Det Forenede Kongerige) tegnede sig for 0,3 ton efedrin, hvilket er omkring halvdelen af den mængde, der blev beslaglagt året før, og over 0,5 ton pseudoefedrin, næsten det hele i Frankrig.

I modsætning hertil skete der en stærk stigning i beslaglæggelserne på verdensplan af 1-phenyl-2-propanon (P-2-P, BMK), der anvendes til illegal fremstilling af amfetamin og metamfetamin, fra 834 liter i 2007 til 5 620 liter i 2008. Beslaglæggelserne af P-2-P i EU udgjorde 2 757 liter i forhold til 773 liter i 2007.

I 2008 var der ingen indberettede beslaglæggelser af 3,4-methylendioxyphenyl-2-propanon (3,4-MDP2P, PMK), som anvendes til fremstilling af MDMA, i modsætning til beslaglæggelserne på verdensplan på 2 297 og 8 816 liter i henholdsvis 2007 og 2006. Beslaglæggelserne på verdensplan af safrol, der kan erstatte 3,4-MDP-2-P i syntesen af MDMA, faldt til 1 904 liter fra et maksimum på 45 986 liter i 2007. De fleste beslaglæggelser af safrol i 2008 blev foretaget i EU.

### Amfetamin

Den globale amfetaminproduktion er stadig koncentreret i Europa, som tegnede sig for over 80 % af alle indberettede amfetaminlaboratorier i 2008 (UNODC, 2010b). Beslaglæggelserne af amfetamin på verdensplan

forblev stort set stabil i 2008 og kom op på 23 tons (se tabel 4). Heraf blev over en tredjedel beslaglagt i Vest- og Centraleuropa, hvilket afspejler Europas rolle som både en stor producent og aftager af dette stof (UNODC, 2010b).

Det meste af den amfetamin, der beslaglægges i Europa er, efter produktionsmængde, fremstillet i Nederlandene, Polen og Belgien og, i mindre omfang, i Estland, Litauen og Det Forenede Kongerige. I 2007 blev 29 steder i EU, som var involveret i produktion, pakning eller oplagring af amfetamin, afsløret og indberettet til Europol.

I Europa blev der i 2008 foretaget anslået 37 500 beslaglæggelser på i alt 8,3 tons amfetaminpulver<sup>(64)</sup>. Antallet af amfetaminbeslaglæggelser har været svingende omkring en stabil tendens i de sidste fem år, om end de sammenlignet med 2003 lå på højere niveauer, mens mængderne er steget i perioden 2003-2008<sup>(65)</sup>.

Renhedsgraden i prøver af den amfetamin, der blev beslaglagt i Europa i 2008, varierede betydeligt, og enhver bemærkning om gennemsnitsværdier skal fremsættes med forsigtighed. Ikke desto mindre svingede den gennemsnitlige renhedsgrad i prøver fra under 10 % i Danmark, Østrig, Portugal, Slovenien, Det Forenede Kongerige, Kroatien og Tyrkiet til over 25 % i Letland, Nederlandene, Polen og Norge. I løbet af de seneste fem år har amfetaminens renhedsgrad været faldende eller stabil i de fleste af de 17 lande, hvorfra der foreligger tilstrækkelige data til at foretage en analyse af tendenserne<sup>(66)</sup>.

I 2008 varierede den gennemsnitlige detailpris for amfetamin fra 9 til 20 EUR pr. gram i over halvdelen af de 17 indberettende lande. Detailpriserne for amfetamin faldt eller forblev stabile i alle 13 lande, der indberettede data i perioden 2003-2008, undtagen i Spanien, hvor de faldt til et rekordlavt niveau i 2008 efter stigninger i de foregående år<sup>(67)</sup>.

### Amfetaminproduktion i Europa

I 2009 lancerede EONN og Europol en serie publikationer om udbuddet af ulovlig narkotika i Europa. Efter rapporter om metamfetamin og kokain giver den tredje rapport i serien, som blev udgivet i 2010, et omfattende overblik over amfetaminproduktion og -handel og gennemgår modforanstaltningerne på europæisk og internationalt plan. Rapporter om udbuddet af andre stoffer i Europa, herunder ecstasy og heroin, vil blive føjet til serien i de kommende år.

Rapporten findes kun på engelsk i udskrift og online på EONN's websted.

<sup>(64)</sup> Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2008.

<sup>(65)</sup> Data om de europæiske narkotikabeslaglæggelser, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel SZR-11 til SZR-18 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(66)</sup> Data om de europæiske narkotikarenhedsgrader, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel PPP-8 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(67)</sup> Data om de europæiske narkotikaprækursorer, der omtales i dette kapitel, kan ses i tabel PPP-4 i Statistical bulletin 2010.

## Metamfetamin

Antallet af metamfetaminlaboratorier indberettet på verdensplan steg med 29 % i 2008. Den kraftigste stigning blev registreret i Nordamerika, men antallet af rapporter om hemmelige laboratorier steg også i Øst- og Sydøstasien. Endvidere blev der indberettet øget aktivitet i forbindelse med fremstilling af metamfetamin i Latinamerika og Oceanien. I 2008 blev der beslaglagt 17,9 tons metamfetamin, hvilket er en fortsættelse af en stabil tendens siden 2004. Størstedelen af narkotikaen blev beslaglagt i Øst- og Sydøstasien (især Kina) efterfulgt af Nordamerika (UNODC, 2010b).

Den ulovlige produktion af metamfetamin i Europa er stort set begrænset til Tjekkiet, hvor der blev afsløret 458 produktionssteder i 2008 (figur 5). Det er det højeste antal »køkkenlaboratorier« for metamfetamin, der endnu er indberettet af Tjekkiet. Antallet af beslaglæggelser af prækursorkemikalier steg i 2008. Der rapporteres også om produktion af stoffet i Litauen, Polen og Slovakiet.

I 2008 blev der indberettet næsten 4 700 beslaglæggelser af metamfetamin på næsten 300 kg af stoffet i Europa. Mellem 2003 og 2008 steg antallet af metamfetaminbeslaglæggelser støt. I den samme periode voksede de beslaglagte mængder til en rekord i 2007 og faldt lidt i 2008, navnlig på grund af et fald i den konfiskerede mængde i Norge, som er det land, der beslaglægger de største mængder af dette stof i Europa.

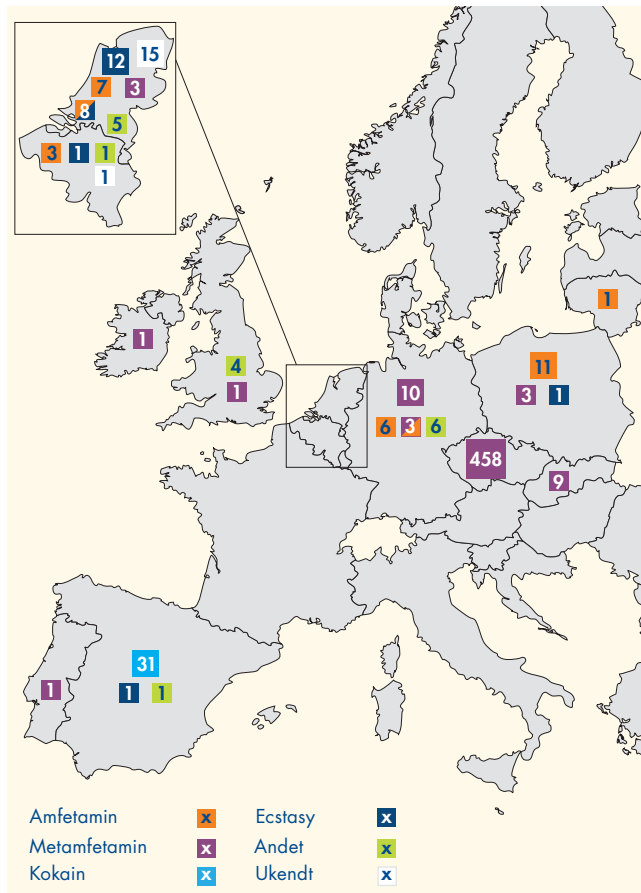
## Ecstasy

Den globale produktion af ecstasy i 2008 lå på mellem 57 og 136 tons (UNODC, 2010b). Produktionen af stoffet ser ud til at være blevet mere geografisk spredt, idet fremstilling sker tættere på forbrugsmarkedene i Øst- og Sydøstasien, Nordamerika og Oceanien. Til trods for det er Vest- og Centraleuropa fortsat det vigtigste produktionssted for ecstasy, hvor fremstillingen er koncentreret i Nederlandene og Belgien.

På verdensplan faldt beslaglæggelserne af ecstasy til et meget lavt niveau i 2008 (2,3 tons) (UNODC, 2010b). I Vest- og Centraleuropa faldt indberettede beslaglæggelser fra 1,5 tons i 2007 til 0,3 tons i 2008.

Der blev indberettet over 19 100 beslaglæggelser i Europa i 2008, hvilket førte til konfiskation af ca. 13,7 millioner ecstasytabletter. Det er imidlertid en foreløbig vurdering, eftersom der ikke forelå data for 2008 for Nederlandene og Det Forenede Kongerige, der indberettede beslaglæggelser på til sammen 18,4 millioner tabletter i 2007.

**Figur 5:** Ulovlige narkotikaproduktionsanlæg lukket i EU ifølge indberetning til Europol



**NB:** Baseret på data indberettet til Europol af 11 EU-medlemsstater. Narkotikatype angives med farve med oplysning om antal anlæg indberettet i det angivne land. Anlæg, der håndterer kombinationer af amfetamin og metamfetamin eller amfetamin og ecstasy, er angivet med tofarvede symboler. Anlæg, der håndterer andre syntetiske stoffer eller kombinationer, er benævnt »andet«. Anlæg, for hvilke stofferne er ukendt, er også angivet. De indberettede anlæg omfattede fremstillings-, paknings- og oplagingsenheder, som ikke er udskilt her. Alle indberettede kokainanlæg var involveret i omdannelse eller sekundær udvinding af stoffet.

**Kilde:** Europol.

Efter en stabilisering mellem 2003 og 2006 har antallet af indberettede ecstasybeslaglæggelser i Europa været let faldende, mens der skete et samlet fald i beslaglagte mængder mellem 2003 og 2008 <sup>(68)</sup>.

I Europa indeholdt de fleste ecstasytabletter, der blev analyseret i 2008, MDMA eller et andet ecstasylignende stof (MDEA, MDA) som det eneste tilstedeværende psykoaktive stof, idet 19 lande anførte, at det var tilfældet i over 60 % af det samlede antal analyserede tabletter. 7 lande melder nu om lavere andele af ecstasytabletter med MDMA eller et analogstof (Spanien, Cypern, Letland, Luxembourg, Slovenien, Det Forenede Kongerige, Kroatien). Nogle lande anfører, at mCPP, som er et stof, der ikke kontrolleres i henhold til de internationale

<sup>(68)</sup> Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Nederlandene og Det Forenede Kongerige for 2008.

narkotikakonventioner, blev fundet i en betydelig andel af de analyserede ecstasytabletter (se kapitel 8).

Det typiske MDMA-indhold i de ecstasytabletter, der blev analyseret i 2008, lå på 5-72 mg i de 11 lande, som indberettede data. Endvidere rapporterede nogle lande (Belgien, Bulgarien, Tyskland, Estland, Letland, Nederlandene, Slovakiet og Norge) om højdosis-ecstasytabletter med et indhold på over 130 mg MDMA. Der kan ikke observeres nogen klar tendens i ecstasytabletternes MDMA-indhold.

Ecstasy er blevet betydeligt billigere, sammenlignet med da stoffet først blev almindeligt tilgængeligt i 1990'erne. Skønt der meldes om tabletter, som sælges for mindre end 2 EUR, melder de fleste lande nu om gennemsnitlige detailpriser i størrelsesordenen 4-10 EUR pr. tablet. De foreliggende data for 2003-2008 tyder på, at detailprisen for ecstasy (justeret for inflation) er fortsat med at falde i Europa.

### Hallucinogene stoffer

Brug af lsd og handelen hermed anses stadig for marginal i Europa. Antallet af beslaglæggelser af lsd steg mellem 2003 og 2008, mens mængderne efter et maksimum i 2005 på grund af rekordstore beslaglæggelser i Det Forenede Kongerige har været svingende på meget lavere niveauer i løbet af perioden<sup>(69)</sup>. Detailpriserne på lsd (justeret for inflation) har været stabile eller let faldende i 8 lande siden 2003, mens der blev indberettet stigninger i Belgien og Sverige. I 2008 lå gennemsnitsprisen på mellem 5 EUR og 12 EUR pr. enhed for de fleste af de 13 indberettende lande.

### Udbredelse og brugsmønstre

Nogle EU-medlemsstater rapporterer om relativt høje brugsniveauer af amfetaminer eller ecstasy i den almindelige befolkning (Tjekkiet, Estland og Det Forenede Kongerige). I nogle få lande tegner brugen af amfetamin eller metamfetamin, ofte intravenøst, sig for en betydelig andel af det samlede antal problematiske stofbrugere og dem, der søger hjælp for narkotikaproblemer. I modsætning til disse kroniske brugergrupper findes der en mere generel forbindelse mellem brugen af syntetiske stoffer, især ecstasy, og natklubber og dansearrangementer. Det fører til, at der rapporteres om betydeligt højere brugsniveauer blandt unge, og der kan konstateres stadigt højere brugsniveauer i visse miljøer eller bestemte subpopulationer. Det samlede forbrug af hallucinogene stoffer, f.eks. lysergsyredietylamid (lsd) og hallucinogene svampe, er generelt lavt og har stort set været stabilt i de senere år.

### Amfetaminer

Skøn over narkotikaprævalens tyder på, at omkring 12 millioner europæere har prøvet amfetaminer, og omkring 2 millioner har brugt stoffet inden for de seneste 12 måneder (se et resumé af dataene i tabel 5).

Blandt unge voksne (15-34 år) varierer langtidspævalensen for brug af amfetaminer betydeligt landene imellem, fra 0,1 til 15,4 % med et europæisk gennemsnit på ca. 5,2 %. Brug af amfetaminer i denne aldersgruppe inden for de seneste 12 måneder ligger på 0,1-3,2 %, idet de fleste lande melder om prævalensskøn på 0,5-2,0 %. Det anslås, at omkring 1,5 millioner (1,2 %) unge europæere har brugt amfetaminer inden for det sidste år.

Blandt 15-16-årige skoleelever varierer langtidspævalensen for brug af amfetaminer fra 1-8 % i de 26 EU-medlemsstater samt i Norge og Kroatien, som blev undersøgt i 2007, om end der kun blev rapporteret om prævalensniveauer på mere end 5 % i Bulgarien og Letland (begge 6 %) samt i Østrig (8 %). De 5 lande, der gennemførte skoleundersøgelser i 2008 (Belgien – det flamske fællesskab, Spanien, Italien, Sverige, Det Forenede Kongerige), indberettede langtidspævalens for amfetaminer på 3 % eller derunder<sup>(70)</sup>.

### Problematiske amfetaminbrug

EONN's indikator for problematisk stofbrug kan bruges for amfetaminer, hvor den som sådan definerer intravenøs stofbrug eller langvarig og /eller regelmæssig stofbrug. Finland har forelagt det seneste nationale skøn over problematiske amfetaminbrugere, der i 2005 blev anslået til at ligge på mellem 12 000 og 22 000 i 2005, hvilket er ca. fire gange så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere i landet.

Andelen af narkotikabrugere, der anføres at have påbegyndt behandling for brug af amfetamin som det primære stof, er relativt lav (under 5 %) i de fleste europæiske lande (18 ud af 27 indberettende lande), men tegner sig for en betydelig andel af de indberettede påbegyndte behandlinger i Sverige (32 %), Finland (20 %) og Letland (15 %). 5 andre lande (Belgien, Danmark, Tyskland, Ungarn, Nederlandene) rapporterede, at 6-10 % af de stofbrugere, der kom i behandling, anførte amfetamin som deres primære stof, hvor andelen andre steder ligger under 5 %. Amfetamin anføres også som et sekundært stof af andre behandlingsklienter<sup>(71)</sup>.

Gennemsnitsalderen for amfetaminbrugere, der kommer i behandling, er ca. 30 år, og patienter i døgnbehandling

<sup>(69)</sup> Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2008.

<sup>(70)</sup> Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(71)</sup> Se tabel TDI-5 (del ii) og TDI-22 i Statistical bulletin 2010.



**Tabel 5: Prævalensen af amfetaminbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data**

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	Det seneste år
<b>15-64 år</b>		
Anslået antal brugere i Europa	12 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	3,7 %	0,6 %
Område	0,0-12,3 %	0,0-1,7 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %), Malta (0,4 %) Cypern (0,8 %)	Rumænien, Malta, Grækenland (0,0 %) Frankrig (0,1 %) Portugal (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (12,3 %) Danmark (6,3 %) Sverige (5,0 %), Tjekkiet (4,3 %)	Tjekkiet (1,7 %) Det Forenede Kongerige, Danmark (1,2 %) Norge, Estland (1,1 %)
<b>15-34 år</b>		
Anslået antal brugere i Europa	7 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,2 %	1,2 %
Område	0,1-5,4 %	0,1-3,2 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Malta (0,7 %) Cypern (0,8 %)	Rumænien, Grækenland (0,1 %) Frankrig (0,2 %) Cypern (0,3 %) Portugal (0,4 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (15,4 %) Danmark (10,5 %) Tjekkiet (7,8 %) Letland (6,1 %)	Tjekkiet (3,2 %) Danmark (3,1 %) Estland (2,5 %) Det Forenede Kongerige (2,3 %)
<p>Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001-2008/2009 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner) og 15-34 år (133 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2010.</p>		

er yngre (28 år). Forholdet mellem mandlige og kvindelige brugere af amfetamin (2:1) er lavere end for noget andet ulovligt stof. Tjekkiet, Estland, Letland, Litauen, Sverige og Finland melder alle om relativt høje niveauer for intravenøs brug blandt primære amfetaminklienter, fra 57 % til 82 % <sup>(72)</sup>.

Tendenserne for amfetaminbrugere, der kommer i behandling mellem 2003 og 2008, er stort set forblevet stabile i de fleste lande <sup>(73)</sup>.

### Problematisk metamfetaminbrug

I modsætning til andre dele af verden, hvor brugen af metamfetamin er vokset i de seneste år, ser brugen i Europa ud til at være begrænset. Traditionelt har brugen af dette stof i Europa været koncentreret i Tjekkiet og Slovakiet. I 2008 var der i Tjekkiet anslået ca. 20 700-21 800 problematiske metamfetaminbrugere

### Udvalgt tema: Problematisk amfetamin- og metamfetaminbrug, relaterede følger og modforanstaltninger

Amfetaminer, og især metamfetamin, siges at have forårsaget store problemer i flere dele af verden. I Europa melder kun få lande om betydelige skader forårsaget af disse stoffer og anseelige antal problematisk amfetamin- og metamfetaminbrugere. I et nyt udvalgt tema ser EONN på historiske og nyere udviklingstendenser i disse lande. Rapporten dækker epidemiologien i navnlig kronisk eller intensiv amfetamin- og metamfetaminbrug og de sundhedsmæssige og sociale korrelater hertil. Den indeholder også en beskrivelse af de sundhedsmæssige, sociale og retslige svar, som er udviklet på problemer i tilknytning til disse stoffer.

Det udvalgte tema findes kun på engelsk i udskrift og online på EONN's websted.

<sup>(72)</sup> Se tabel TDI-5 (del iv) og TDI-37 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(73)</sup> Se en fuldstændig analyse af problematisk amfetamin- og metamfetaminbrug i det udvalgte tema for 2010.

(2,8-2,9 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), i runde tal dobbelt så mange som det anslåede antal problematiske opioidbrugere. I Slovakiet var der ca. 5 800-15 700 problematiske metamfetaminbrugere i 2007 (1,5-4,0 tilfælde pr. 1 000 i alderen 15-64 år), ca. 20 % færre end det anslåede antal problematiske opioidbrugere. For nylig er metamfetamin dukket op på narkotikamarkedet i andre lande, især i Nordeuropa (Norge, Sverige, Letland og i mindre grad Finland), hvor det ser ud til delvis at erstatte amfetamin, idet brugerne praktisk talt ikke kan skelne dem fra hinanden. I Europa injicerer eller sniffer problematiske metamfetaminbrugere typisk stoffet. Der meldes sjældent om rygning, igen i modsætning til andre dele af verden.

Metamfetamin anføres som det primære stof af en stor andel af de klienter, der kommer i behandling i Tjekkiet (59 %) og Slovakiet (29 %). Injektion anføres som den hyppigste indtagelsesmåde af 80 % af metamfetaminbrugerne i Tjekkiet og 36 % i Slovakiet <sup>(74)</sup>. Desuden anføres brug af andre stoffer ofte, hovedsageligt heroin, cannabis og alkohol. Begge lande anfører, at brugen af metamfetamin som sekundært stof er almindelig, især blandt personer i substitutionsbehandling.

Metamfetaminbrugere, der kommer i behandling i Tjekkiet og Slovakiet, er relativt unge, i gennemsnit 25-26 år. Tjekkiet rapporterer, at antallet af kvinder, der kommer i behandling for primær metamfetaminbrug, er stigende, især blandt de yngre aldersgrupper. Mellem 2003 og 2008 har antallet af personer, som kommer i behandling første gang for problemer i forbindelse med metamfetamin, været stigende i begge lande <sup>(75)</sup>.

### Ecstasy

Ecstasybrug er koncentreret blandt yngre voksne, og mænd anfører langt højere brugsniveauer end kvinder i alle lande undtagen Sverige og Finland. Af de ca. 2,5 millioner (0,8 %) voksne europæere, der brugte ecstasy i de seneste 12 måneder, er næsten alle i aldersgruppen 15-34 år (se tabel 6 for et resumé af dataene). Endnu højere brugsniveauer for ecstasy findes blandt de 15-24-årige, hvor langtidsprævalensen varierer fra under 1 % i Grækenland og Rumænien til 20,8 % i Tjekkiet efterfulgt af Slovakiet og Det Forenede Kongerige (begge 9,9 %) og Letland (9,4 %), skønt de fleste lande indberettede skøn i størrelsesordenen 2,1-6,8 % <sup>(76)</sup>. Ecstasybrugen i denne aldersgruppe

inden for det seneste år anslås til mellem 1,0 % og 3,7 % i flertallet af lande, skønt der er en betydelig forskel mellem det laveste nationale skøn på 0,3 % og det højeste på 11,3 %.

Langtidsprævalensen for ecstasybrug blandt 15-16-årige skoleelever varierede fra 1 % til 5 % i de fleste undersøgte EU-lande i 2007. Kun 4 lande indberettede højere prævalensniveauer: Bulgarien, Estland, Slovakiet (alle 6 %) og Letland (7 %). De fem lande, der gennemførte skoleundersøgelser i 2008 (Belgien — det flamske fællesskab, Spanien, Italien, Sverige, Det Forenede Kongerige) indberettede en langtidsprævalens for ecstasybrug på 4 % eller derunder <sup>(77)</sup>.

Få narkotikabrugere søger behandling for problemer i forbindelse med ecstasy. I 2008 blev ecstasy nævnt som det primære stof af under 1 % af de personer, der kom i behandling i 21 ud af de 27 indberettende lande. Andre steder varierede andelen mellem 1 % og 3 %. Med en gennemsnitsalder på 24 år er ecstasybrugere blandt de yngste grupper, der kommer i narkotikabehandling. Der er 2-3 mænd for hver kvinde, der kommer i behandling. Ecstasyklienter anfører ofte samtidig brug af andre stoffer, herunder alkohol, kokain og i mindre grad cannabis og amfetaminer <sup>(78)</sup>.

### Lsd og hallucinogene svampe

Blandt unge voksne (15-34 år) varierer skøn over langtidsprævalensen for lsd-brug fra nul til 6,1 % med undtagelse af Tjekkiet, hvor en narkotikaundersøgelse fra 2008 viste en højere prævalens (10,3 %). Der rapporteres om meget lavere prævalens for brug inden for det seneste år <sup>(79)</sup>.

I nogle få lande, der forelægger sammenlignelige data, overgås brugen af lsd sædvanligvis af hallucinogene svampe. Skøn over langtidsprævalensen for hallucinogene svampe blandt unge voksne går fra 0,3-14,1 %, og skøn over prævalensen inden for det seneste år ligger på 0,2-5,9 %.

Blandt 15-16-årige skoleelever er skøn over prævalensen for brug af hallucinogene svampe højere end for lsd og andre hallucinogener i 10 af de 26 lande, som indberettede data om disse stoffer. De fleste lande melder om skøn over langtidsprævalensen for brug af hallucinogene svampe på 1-4 %, idet Slovakiet (5 %) og Tjekkiet (7 %) rapporterer højere niveauer <sup>(80)</sup>.

<sup>(74)</sup> Se tabel TDI-5 (del ii) og (del iv) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(75)</sup> Se tabel TDI-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(76)</sup> Se tabel GPS-7 (del iv) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(77)</sup> Se tabel EYE-11 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(78)</sup> Se tabel TDI-5 og TDI-37 (del i), (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(79)</sup> Se tabel GPS-1 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(80)</sup> Data fra ESPAD for alle lande undtagen Spanien. Se figur EYE-2 (del v) i Statistical bulletin 2010.

**Tabel 6: Prævalensen af ecstasybrug i den brede befolkning – sammenfatning af data**

Aldersgruppe	Tidsramme for brug	
	Levetid	Det seneste år
<b>15-64 år</b>		
Anslået antal brugere i Europa	11 millioner	2,5 millioner
Europæisk gennemsnit	3,7 %	0,8 %
Område	0,3-9,6 %	0,1-3,7 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,3 %) Grækenland (0,4 %) Malta (0,7 %) Polen (1,2 %)	Rumænien, Sverige (0,1 %), Malta, Grækenland (0,2 %), Polen (0,3 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (9,6 %) Det Forenede Kongerige (8,6 %) Irland (5,4 %), Letland (4,7 %)	Tjekkiet (3,7 %) Det Forenede Kongerige (1,8 %) Slovakiet (1,6 %), Letland (1,5 %)
<b>15-34 år</b>		
Anslået antal brugere i Europa	8 millioner	2,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,8 %	1,7 %
Område	0,6-18,4 %	0,2-7,7 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien, Grækenland (0,6 %), Malta (1,4 %), Polen (2,1 %) Cypern (2,4 %)	Rumænien, Sverige (0,2 %), Grækenland (0,4 %) Polen (0,7 %)
Lande med den højeste prævalens	Tjekkiet (18,4 %) Det Forenede Kongerige (13,8 %) Irland (9,0 %), Letland (8,5 %)	Tjekkiet (7,7 %) Det Forenede Kongerige (3,9 %) Slovakiet, Letland, Nederlandene (2,7 %)

Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001-2008/2009 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner) og 15-34 år (133 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2010.

### Tendenser for brug af amfetaminer og ecstasy

De stabiliserede tendenser i brugen af amfetaminer og ecstasy i Europa, der blev konstateret i tidligere rapporter, bakkes op af de nyeste data. Efter generelle stigninger i 1990'erne peger befolkningsundersøgelser nu mod en overordnet stabilisering i begge stoffers popularitet, selv om der for nylig er set stigninger i nogle få lande. Imidlertid afspejler nationale tendenser i generelle befolkningsundersøgelser måske ikke tendenser i brugen af stimulanser på lokalt plan eller blandt forskellige subpopulationer. Måltrettede undersøgelser i natlivet tyder på, at der fortsat er en høj prævalens og udbredte mønstre for brug af stimulerende stoffer sammen med alkohol, idet nogle undersøgelser tyder på, at stofbrugsmønstrene blandt personer, der går på natklub, i stigende grad bliver polariseret i forhold til den almindelige befolkning (Measham og Moore, 2009). I modsætning hertil viser observationer i Tyskland for nylig, at stofbrug i natklubmiljøet er faldende i det land.

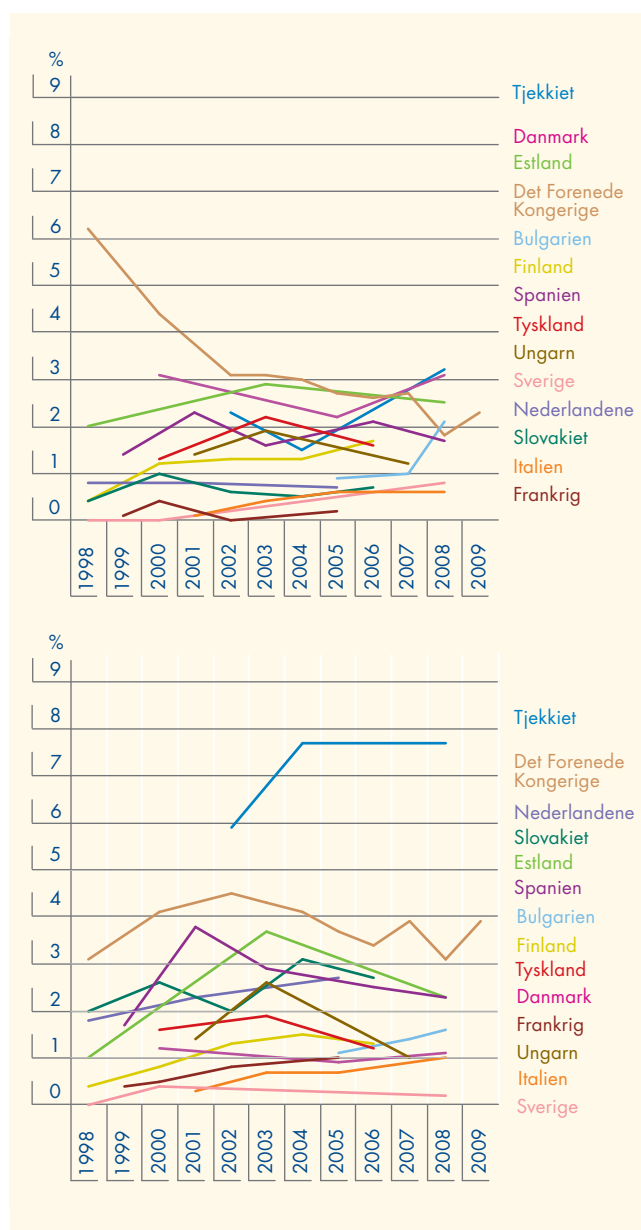
I Det Forenede Kongerige faldt brugen af amfetaminer blandt unge voksne (15-34 år) inden for de seneste 12 måneder fra 6,2 % til 2,3 % i 2008-2009. I Danmark steg det fra 0,5 % i 1994 til 3,1 % i 2000 og stabiliserede sig herefter <sup>(81)</sup>. Blandt de øvrige lande, der indberettede gentagne undersøgelser over en lignende tidsperiode (Tyskland, Grækenland, Spanien, Frankrig, Nederlandene, Slovakiet, Finland), er tendenserne stort set stabile (figur 6). I perioden 2003-2008 melder kun 2 af de 11 lande, der har tilstrækkelige data om prævalens for amfetaminbrug i det seneste år blandt de 15-34-årige, om en ændring på mere end et procentpoint (Bulgarien fra 0,9 % i 2005 til 2,1 % i 2008, og Tjekkiet fra 1,5 % i 2004 til 3,2 % i 2008).

I lande, der indberettede højere gennemsnitsniveauer for ecstasybrug, toppede brugen af stoffet blandt de 15-34-årige typisk et sted mellem 3 % og 5 % i begyndelsen af 2000'erne (Estland, Spanien, Slovakiet, Det Forenede Kongerige, se figur 6). En undtagelse hertil er Tjekkiet, hvor det anslås, at 7,7 % af de 15-34-årige

<sup>(81)</sup> I Danmark vedrører informationen for 1994 »hårde stoffer«, som hovedsageligt blev anset for at dække amfetaminer.

har brugt ecstasy inden for det seneste år med en stigende tendens i perioden 2003-2008. I denne periode rapporterer de fleste andre lande en stabil tendens med undtagelse af Estland og Ungarn, hvor prævalensen for brug af ecstasy inden for de seneste 12 måneder blandt unge voksne steg i begyndelsen af 2000'erne for siden at falde.

**Figur 6:** Tendenser i seneste års prævalens af amfetaminbrug (øverst) og ecstasybrug (nederst) blandt unge voksne (15-34 år)



NB: Kun data for lande med mindst tre undersøgelser i perioden 1998-2009 er medtaget. Se yderligere oplysninger i figur GPS-8 og GPS-21 i Statistical bulletin 2010.  
 Kilde: Nationale Reitoxrapporter, der stammer fra befolkningsstatistikker, rapporter eller videnskabelige artikler.

I 8 lande (Danmark, Frankrig, Spanien, Irland, Italien, Østrig, Portugal, Det Forenede Kongerige) viser de nyeste undersøgelser, at brugen af kokain inden for de seneste 12 måneder nu overstiger brugen af amfetamin og ecstasy blandt unge voksne.

Skoleundersøgelser udført i 2007 (ESPAD) og 2008 viser generelt kun små ændringer i graden af eksperimentering med amfetaminer og ecstasy blandt 15-16-årige skoleelever. I betragtning af at der var forskelle på mindst to procentpoint mellem 2003 og 2007, steg langtidsprævalensen for brug af amfetaminer i 9 lande. På samme måde steg ecstasybrugen i 7 lande. Der blev kun observeret et fald i langtidsprævalensen for amfetaminer i Estland og Italien, mens Tjekkiet, Portugal og Kroatien meldte om et fald i brugen af ecstasy. De resterende lande meldte om en stabil tendens.

### Amfetaminer og ecstasy i fritidsmiljøer: brug og tiltag

9 lande forelagde data om prævalens for brug af stimulerende stoffer fra undersøgelser gennemført i nattelivet i 2008. Skøn viser betydelig variation mellem forskellige lande og miljøer fra 10 % til 85 % for langtidsbrug af ecstasy og fra 5 % til 69 % for brug af amfetaminer. Tre af undersøgelserne indeholdt også skøn over langtidsprævalens for hallucinogene svampe fra 34 % til 54 %. Der er konstateret forskelle i prævalens og stofbrugsmønstre anført af kunder i klubber, som spiller forskellige former for elektronisk danse-musik i 6 lande (Tyskland, Frankrig, Ungarn, Nederlandene, Rumænien, Det Forenede Kongerige), idet ecstasybrug synes at hænge tættere sammen med nogle musikgenrer end andre. Ecstasybrug var også mere almindelig end amfetaminbrug i de undersøgte miljøer i 3 indberettende lande (Tjekkiet, Nederlandene, Det Forenede Kongerige). F.eks. anførte 9 % af klubgæsterne i Amsterdam, at de havde taget ecstasy i løbet af undersøgelsesaftenen, og 42 % af klubgæsterne i Manchester anførte, at de havde taget eller havde planer om at tage ecstasy i løbet af undersøgelsesaftenen. De tilsvarende tal for amfetaminer var 3,6 % (Amsterdam) og 8 % (Manchester).

Kun 13 europæiske lande har for nylig rapporteret om tiltag i fritidsmiljøer i nattelivet. De vigtigste indberettede aktiviteter var at sørge for information og materialer om skadesreduktion, men der var kun få informative strategier for at ændre de normative overbevisninger, som danner grundlaget for ungdomskulturen i fritidsmiljøet. 7 lande (Belgien, Danmark, Tyskland, Spanien, Luxembourg, Nederlandene, Det Forenede Kongerige) melder om

miljømæssige tiltag såsom sunde klubmiljøer, sikker transport, politiindsats mod salg, chillout-områder, alkoholtest og kriseforanstaltninger, hver for sig eller i kombination. Samarbejde mellem aktører i nattelivet – kommuner, politi og restauratører eller klubbejere – rapporteres nu også af Spanien og Italien.

Skader forårsaget af alkohol i nattelivet erkendes i stigende grad i Europa. Miljømæssige alkoholstrategier rapporteres af Danmark, Luxembourg, Sverige og Det Forenede Kongerige samt af nogle områder i Spanien. Blandt de forskellige tiltag, der gennemføres i disse lande, er: ansvarlig udskænkning af alkohol, personaleuddannelse, højere skat på alkoholsodavand, minimumsalder på 16 år for indkøb af alkoholiske drikke samt nultolerance over for unge bilister.

Da brug af alkohol og andre stoffer er tæt forbundet med nattelivet, kan målrettede regler for alkoholbrug også reducere brugen af stimulanser. Det blev for nylig anført i en British Crime Survey, at frekvensen af natklubbesøg hang tæt sammen med blandingsbrug<sup>(82)</sup>. Data analyseret af EONN fra generelle befolkningsundersøgelser i 9 europæiske lande afslører, at prævalensen af amfetamin- eller ecstasybrug blandt hyppige eller massive alkoholbrugere er langt højere end gennemsnittet (EONN, 2009d). En analyse af ESPAD-skoleundersøgelser for 22 lande viser, at 85,5 % af de 15-16-årige skoleelever, der havde brugt ecstasy i den seneste måned, også havde drukket fem eller flere alkoholiske drikke ved den samme lejlighed (EONN, 2009d), og som det rapporteres af Nederlandene, kan brugere tage stimulerende stoffer såsom kokain og amfetaminer for at blive ædru efter at have drukket tæt.

## Behandling

I lande, som tidligere har haft et betydeligt amfetaminproblem, får amfetaminbrugere normalt behandling i ambulante narkotikabehandlingscentre, der kan være specialiseret i behandling af denne type narkotikaproblem. Behandling til de mest problematiske brugere af amfetaminer kan gives i døgnbehandlingscentre eller på psykiatriske klinikker eller hospitaler. Dette er navnlig tilfældet, når amfetaminafhængigheden optræder sammen med psykiatriske lidelser. I Europa gives der lægemidler (antidepressive, beroligende eller antipsykotiske midler) til behandling af tidlige abstinenssymptomer i begyndelse af afgangningen, hvilket normalt gives på specialiserede, psykiatriske døgnbehandlingsafdelinger. I Tjekkiet ankommer metamfetaminbrugere, som henvises

til afgangningscentre, ofte i en tilstand af akut toksisk psykose, der typisk er ledsaget af aggressivitet mod brugerne selv og deres omgivelser. Sådanne patienter må ofte fastholdes fysisk, kommunikationen med dem er vanskelig, og de afviser normalt al pleje. Brugere med psykotiske lidelser behandles med atypisk antipsykotisk medicin i psykiatriske døgnbehandlingscentre. Tjekkiet rapporterer også, at det på grund af klienternes unge alder og den høje frekvens af familierelaterede problemer er almindeligt at arbejde med metamfetaminbrugere i forbindelse med familierapi.

Flere lande nævner manglen på en farmakologisk substitut til behandling af amfetaminafhængighed som et problem, når amfetaminbrugere skal fastholdes i behandling. Dexamfetamin er til rådighed som substitut i forbindelse med behandlingen af svært problematiske brugere af amfetaminer i England og Wales, men i de nationale retningslinjer for klinisk håndtering af narkotikaafhængighed frarådes det, at det bliver brugt til det formål, da der mangler dokumentation for effektiviteten heraf (NTA, 2007).

### Evidensbaserede tiltag

Narkotika- og alkoholbrug i fritidsmiljøer kan skabe en lang række sundhedsmæssige og sociale problemer gennem vold, ufrivillig og usikker sex, trafikulykker, drikkeri blandt mindreårige og sociale gener. En ny gennemgang af virkningen af tiltag i dette miljø viste, at de, som oftest blev implementeret, ikke var evidensbaserede (Calafat et al., 2009). Disse omfatter tilbud om information for at nedbringe skader, fremme af moderation, ansvarlig alkoholudskænkning, undervisning af dørmænd samt programmer, der skal fremme princippet om på forhånd at udpege den, der skal køre hjem. I nogle tilfælde kan manglende virkning hænge sammen med dårlig implementering.

Der blev fundet beviser på, at en kombination af klient- og personaleuddannelse, obligatorisk samarbejde mellem myndigheder og fritidssektoren og retshåndhævelsespersonale (udstedelse af bevilling, alderskontrol) var den bedste strategi til at nedbringe antallet af skader, problematiske drikkemønstre og unge menneskers adgang til alkohol. Desværre blev resultaterne for ulovlig stofbrug kun sjældent vurderet.

Andre foranstaltninger på samfundsniveau, som effektivt kan nedbringe stofbrug i nattelivet, omfatter alkoholbeskatning, begrænsede udsalgstidspunkter, begrænsninger af butikstæthed, checkpoints for spritbilisme, reducerede grænser for alkoholkoncentration i blodet, minimumsalder for lovligt indkøb samt inddragelse af licens.

<sup>(82)</sup> Defineret som indtagelse af to eller flere ulovlige stoffer inden for samme tidsperiode, f.eks. sidste år.

### Behandlingseffektivitet

Kronisk brug af metamfetamin kan føre til kognitiv svækkelse, og det kan mindske brugerens evne til at få gavn af psykologisk terapi og kognitiv adfærdsterapi (Rose og Grant, 2008). Dette kan bidrage til at forklare den betydelige forskningsindsats, der lægges for dagen for at udvikle farmakologiske tiltag. I nogle tilfælde har de lægemidler, der undersøges, til formål at gøre patienterne i stand til at gennemgå en psykologbehandling.

En række kliniske forsøg med lægemidler til brug ved amfetaminafhængighed er for nylig blevet offentliggjort eller er i gang. Af ni offentliggjorte undersøgelser blev seks udført i USA, to i Sverige og en i Australien. De undersøgte stoffer omfattede dopamingenoptagelseshæmmerne methylfenidat og bupropion til fremme af afholdenhed hos metamfetaminafhængige patienter; aripiprazol, som er et antipsykotisk stof, ondansetron, et angstdæmmende

middel, amineptin, et psykotropt stof, mirtazapin, et antihistamin, modafinil, et neurobeskyttende middel, og opioidreceptorantagonisten naltrexon. Blandt alle undersøgelser blev kun naltrexon sat i forbindelse med en betydelig behandlingsfordel i form af brugsreduktion (enten bevist ved urinprøver eller selvrapporeret) og vedvarende afholdenhed. I USA undersøges det også, om citicolin, som kan forbedre metamfetaminafhængiges mentale funktion, forbedrer andre lægemiddelbehandlings effektivitet.

Endelig viste en kontrolleret undersøgelse, at ambulante behandling overvåget af en narkotikadomstol gav bedre resultater end behandling uden overvågning. I en klinisk undersøgelse forbedredes resultaterne ved tilføjelse af »contingency management« sammenlignet med den aktuelle behandling alene. En mulig vaccine med monoclonale antistoffer mod narkotika i tilfælde af overdosis og til forebyggelse af tilbagefald er også blevet beskrevet i en afhandling for nylig.



## Kapitel 5

# Kokain og crackkokain

### Indledning

Der er i det seneste tiår sket en stigning i brugen af kokain og i beslaglæggelserne af stoffet, og kokain er nu det næstmest brugte ulovlige stof i Europa efter cannabis. Brugsniveauerne varierer meget mellem landene, idet kokainbrug er koncentreret i landene i det vestlige og sydlige Europa. Der er også en betydelig forskel blandt kokainbrugere, både hvad angår brugsmønstre og sociodemografi. Der findes lejlighedsvis kokainbrugere, socialt integrerede regelmæssige brugere og mere marginaliserede og ofte afhængige brugere, herunder aktuelle og tidligere opioidbrugere. Denne forskellighed komplicerer vurderingen af stoffets udbredelse, dets helbredsmæssige og sociale konsekvenser og de nødvendige tiltag.

### Udbud og tilgængelighed

#### Produktion og ulovlig handel

Dyrkning af kokabusken, der er kilden til kokain, er fortsat koncentreret i 3 lande i Andesregionen. UNODC (2010b)

anslog, at den samlede dyrkning af kokabusken over 158 000 ha i 2009 ville blive til en potentiel produktion på mellem 842 og 1 111 tons ren kokain sammenlignet med ca. 865 tons i 2008 (UNODC, 2010b). Det areal, der er under dyrkning i 2009, anslås til 158 000 ha, hvilket er et fald fra 167 600 ha i 2008, et fald på 5 %, som i vid udstrækning tilskrives, at den reduktion af arealet, hvor der dyrkes koka i Columbia, ikke opvejes af stigninger i Peru og Bolivia.

Omdannelsen af kokablade til kokainhydroklorid foregår hovedsageligt i Colombia, Peru og Bolivia, skønt det også kan ske i andre lande. Colombias vigtige position i produktionen af kokain bekræftes af oplysninger om lukkede laboratorier og beslaglæggelser af kaliumpermanganat, et kemisk reagens, der bruges i blandingen af kokainhydroklorid. I 2008 blev 3 200 kokainlaboratorier lukket (INCB, 2010b), og i alt 42 tons kaliumpermanganat blev beslaglagt i Colombia (90 % af beslaglæggelserne på verdensplan) (INCB, 2009a).

De foreliggende oplysninger viser, at kokain fortsat smugles til Europa via forskellige luft- og søruter. Kokainen kommer

**Tabel 7: Kokain og crackkokain – produktion, beslaglæggelse, pris og renhed**

	Kokain	Crack <sup>(1)</sup>
Anslået global produktion (tons)	842-1 111	ingen data
Global beslaglagt mængde (tons)	711 <sup>(2)</sup>	ingen data
Beslaglagt mængde (tons)		
EU og Norge	67	0,06
(inkl. Kroatien og Tyrkiet)	(67)	(0,06)
Antal beslaglæggelser		
EU og Norge	95 700	10 100
(inkl. Kroatien og Tyrkiet)	(96 300)	(10 100)
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g)		
Område	37-107	45-82
(Kvartilafstand) <sup>(3)</sup>	(50-70)	
Område for gennemsnitlig renhed (%)	13-62	20-89

<sup>(1)</sup> Som følge af at få lande har indberettet data, skal disse data fortolkes med forsigtighed.

<sup>(2)</sup> I henhold til UNODC svarer dette tal til 412 tons ren kokain.

<sup>(3)</sup> Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser.

NB: Alle data er for 2008 med undtagelse af tallene for global produktion (2009); ingen data: data ikke tilgængelige.

Kilde: UNODC (2010b) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.



til Europa via lande som Argentina, Brasilien, Ecuador, Venezuela og Mexico. Caribiske øer benyttes også hyppigt ved omladningen af stoffet til Europa. I de seneste år er der identificeret alternative ruter via Vestafrika (EONN og Europol, 2010). Selv om der for 2008 blev indberettet et »betydeligt fald« i antallet af beslaglæggelser af kokain i transit gennem Vestafrika (UNODC, 2009), går der sandsynligvis stadig betydelige mængder af stoffet gennem regionen (EONN og Europol, 2010).

Den Iberiske Halvø, især Spanien, samt Nederlandene, ser ud til at være indgangssteder for kokain, der smugles ind i Europa. Frankrig, Italien og Det Forenede Kongerige nævnes ofte som vigtige transit- eller destinationslande i Europa. Nye rapporter viser også, at kokainsmuglingen kan være ved at blive udvidet østpå (EONN og Europol, 2010, INCB, 2010b). Det samlede tal for 10 central- og østeuropæiske lande viser en stigning i antallet af kokainbeslaglæggelser fra 469 tilfælde i 2003 til 1 212 i 2008, men disse udgør stadig kun omkring 1 % af det samlede tal for Europa.

### Beslaglæggelser

Kokain er det mest smulede stof i verden efter cannabisblade og cannabisparpiks. I 2008 lå de samlede beslaglæggelser af kokain stort set stabilt på omkring 711 tons (tabel 7) (UNODC, 2010b). Sydamerika indberettede fortsat den største beslaglagte mængde og tegnede sig for 60 % af det samlede tal (CND, 2009), efterfulgt af Nordamerika med 28 % og Vest- og Centraleuropa med 11 % (UNODC, 2009).

I Europa har antallet af kokainbeslaglæggelser været stigende i de sidste 20 år og især siden 2004. I 2008 steg antallet af kokainbeslaglæggelser til 96 000 tilfælde, selv om den samlede konfiskerede mængde faldt til 67 tons fra 121 tons i 2006 og 76 tons i 2007. Det er hovedsageligt Spanien og Portugal, der tegner sig for faldet i den samlede mængde beslaglagt kokain<sup>(83)</sup>. Forklaringen kan være ændringer i smuglerruter eller -metoder eller ændringer i de retshåndhævende myndigheders prioriteringer. I 2008 var Spanien fortsat det land, som indberettede både de største mængder beslaglagt kokain og det højeste antal beslaglæggelser, omkring halvdelen af det samlede tal i Europa. Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for 2008 for Nederlandene, som meldte om de næststørste mængder konfiskeret kokain i 2007.

### Renhed og pris

Den gennemsnitlige renhed for testede kokainprøver lå mellem 25 % og 55 % for de fleste indberettende lande

### Kokainlaboratorier til »anden udvinding« i Europa

Hemmelige laboratorier oprettet af narkotikahandlere til at forarbejde kokain i Europa varetager en anden funktion end kokainlaboratorierne i Sydamerika, hvor kokainbase eller -hydroklorid udvindes af kokablade eller kokapasta. De fleste af de laboratorier, der afdækkes af europæiske retshåndhævende myndigheder, ser ud til at udvinde kokain af de materialer, stoffet er blevet blandet med, før det blev eksporteret.

Kokainhydroklorid og, mindre hyppigt, kokainbase, er blevet opdaget i så forskellige »bærematerialer« som bivoks, gødning, tøj, urter og væsker. Blandingsprocessen kan være mere eller mindre raffineret fra slet og ret at dyppe tøj i en opløsning af kokain og vand til at inkorporere stoffet i plastik. I sidstnævnte tilfælde er der brug for en kemisk proces til at udvinde kokainen. Efter udvinding kan stoffet blandes op med forskellige midler til at strække narkotikaen (»cutting agents«) og presses til kokainblokke, der præges med logoer, som betegner kokain af høj renhed i producentlandene.

Europol modtog i 2008 rapporter om afdækning af omkring 30 kokainlaboratorier af forskellige størrelser med »anden udvinding«, alle i Spanien. I Nederlandene blev et mellemstort laboratorium, som fjernede kokain fra kakaopulver og spiritus, beslaglagt i Roosendaal i provinsen Brabant. Et år tidligere havde de nederlandske myndigheder allerede lukket to laboratorier med »anden udvinding« i samme provins, hvor de havde beslaglagt otte tons plastik (polypropylen), som indeholdt kokain. Dokumenter konfiskeret på laboratorierne viste, at der var blevet importeret over 50 tons plastik fra Columbia det år.

i 2008, om end der blev indberettet lavere værdier i Danmark (kun detailhandel, 23 %) og nogle dele af Det Forenede Kongerige (Skotland, 13 %) og højere i Belgien (59 %), Frankrig (60 %) og Rumænien (62 %) (84). 21 lande leverede tilstrækkelige data til en analyse af tendenser for kokainrenhed i perioden 2003-08, idet 17 lande meldte om et fald, 3 om en stabil situation (Tyskland, Grækenland, Frankrig), og Portugal konstaterede en stigning.

I 2008 varierede den gennemsnitlige detailpris for kokain fra 50 til 70 EUR pr. gram i halvdelen af de indberettende 18 lande. Der blev meldt om lavere priser i Polen og Portugal og højere i Tjekkiet, Italien, Letland og Sverige. Med én undtagelse blev der meldt om et fald i kokaindetailpriserne mellem 2003 og 2008 i alle lande med tilstrækkelige data til at foretage en sammenligning. Kun Polen indberettede en stigning i perioden om end med et fald i 2008.

<sup>(83)</sup> Se tabel SZR-9 og SZR-10 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(84)</sup> Se oplysninger om renhed og pris i tabel PPP-3 og PPP-7 i Statistical bulletin 2010.

## Udbredelse og brugsmønstre

### Kokainbrug i befolkningen som helhed

Alt i alt er kokain fortsat det næstmest brugte illegale stof i Europa efter cannabis, selv om brugsniveauerne varierer stærkt landene imellem. Det anslås, at ca. 14 millioner europæere mindst én gang i deres liv har brugt det, dvs. i gennemsnit 4,1 % af de voksne i alderen 15-64 år (se et resumé af dataene i tabel 8). De nationale tal svinger fra 0,1 % til 9,4 %, idet 12 ud af 24 lande, herunder mest central- og østeuropæiske lande, har indberettet lave langtidsprævalenser (0,5-2 %).

Det anslås, at ca. 4 millioner europæere har brugt stoffet inden for de sidste 12 måneder (1,3 % i gennemsnit) om end igen med variation landene imellem. De seneste nationale undersøgelser melder om skøn over prævalensen inden for de seneste 12 måneder på 0-3,1 %. Den skønnede prævalens inden for den sidste måned for kokainbrug i Europa udgør omkring 0,5 % af den voksne befolkning eller omkring 2 millioner individer.

En lille række lande melder om kokainbrugsniveauer over det europæiske gennemsnit (Danmark, Spanien, Irland, Italien, Det Forenede Kongerige). I alle lande på nær et er kokain det mest almindeligt brugte ulovlige stimulerende stof. Undtagelsen er Danmark, der melder om den samme prævalens for kokain- og amfetaminbrug.

### Brug af kokain blandt unge voksne

I Europa anslås det, at ca. 8 millioner unge voksne (15-34 år) eller gennemsnitligt 5,9 % har brugt kokain mindst én gang i deres liv. De nationale tal varierer fra 0,1 % til 14,9 %. Det europæiske gennemsnit for brug af kokain inden for de sidste 12 måneder i denne aldersgruppe anslås til 2,3 % (ca. 3 millioner) og for brug inden for den sidste måned til 0,9 % (1,5 millioner).

Brugen er særligt høj blandt unge mænd (15-34 år), idet seneste års prævalens for kokainbrug ligger på mellem 4 % og 8,4 % i Danmark, Spanien, Irland, Italien og Det Forenede Kongerige<sup>(85)</sup>. I 12 af de indberettende lande er prævalensforholdet mellem mandlige og kvindelige brugere af kokain blandt unge voksne mindst 2:1<sup>(86)</sup>.

**Tabel 8: Prævalensen af kokainbrug i den brede befolkning – sammenfatning af data**

Aldersgruppe	Tidsramme for brug		
	Levetid	Det seneste år	Den seneste måned
<b>15-64 år</b>			
Anslået antal brugere i Europa	14 millioner	4 millioner	2 millioner
Europæisk gennemsnit	4,1 %	1,3 %	0,5 %
Område	0,1-9,4 %	0,0-3,1 %	0,0-1,5 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Malta (0,4 %) Litauen (0,5 %) Grækenland (0,7 %)	Rumænien (0,0 %) Grækenland (0,1 %) Ungarn, Polen, Litauen (0,2 %) Malta (0,3 %)	Rumænien, Grækenland (0,0 %) Malta, Sverige, Polen, Litauen, Estland, Finland (0,1 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (9,4 %) Spanien (8,3 %) Italien (7,0 %) Irland (5,3 %)	Spanien (3,1 %) Det Forenede Kongerige (3,0 %) Italien (2,1 %) Irland (1,7 %)	Det Forenede Kongerige (1,5 %) Spanien (1,1 %) Italien (0,7 %) Østrig (0,6 %)
<b>15-34 år</b>			
Anslået antal brugere i Europa	8 millioner	3 millioner	1,5 millioner
Europæisk gennemsnit	5,9 %	2,3 %	0,9 %
Område	0,1-14,9 %	0,1-6,2 %	0,0-2,4 %
Lande med den laveste prævalens	Rumænien (0,1 %) Litauen (0,7 %) Malta (0,9 %) Grækenland (1,0 %)	Rumænien (0,1 %) Grækenland (0,2 %) Polen, Litauen (0,3 %) Ungarn (0,4 %)	Rumænien (0,0 %) Grækenland, Polen, Litauen (0,1 %) Ungarn, Estland (0,2 %)
Lande med den højeste prævalens	Det Forenede Kongerige (14,9 %) Spanien (11,8 %) Danmark (9,5 %) Irland (8,2 %)	Det Forenede Kongerige (6,2 %) Spanien (5,5 %) Danmark (3,4 %) Irland (3,1 %)	Det Forenede Kongerige (2,9 %) Spanien (1,9 %) Italien (1,1 %) Irland (1,0 %)

Beregningerne af prævalens er baseret på vægtede gennemsnit fra de seneste nationale undersøgelser gennemført fra 2001-2008/2009 (primært 2004-2008) og kan derfor ikke knyttes til et bestemt år. Den gennemsnitlige prævalens for Europa blev beregnet ved hjælp af et vægtet gennemsnit på grundlag af befolkningen i den relevante aldersgruppe i hvert land. I lande, hvor der ikke forelå nogen information, blev den gennemsnitlige prævalens i EU anvendt. Befolkningsgrupper anvendt som grundlag: 15-64 år (334 millioner) og 15-34 år (133 millioner). De data, der er sammenfattet her, findes under General population surveys i Statistical bulletin 2010.

<sup>(85)</sup> Se figur GPS-13 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(86)</sup> Se tabel GPS-5 (del iii) og (del iv) i Statistical bulletin 2010.

Tværsnitsundersøgelser af befolkningen og målrettede undersøgelser har vist, at kokainbrug er knyttet til bestemte livsstile og miljøer. F.eks. blev det ved en analyse af data fra British Crime Survey 2008-2009 konstateret, at 14,2 % af de 16-24-årige, der havde foretaget fire besøg eller mere på en natklub inden for de seneste 12 måneder, anførte at de havde brugt kokain inden for de sidste 12 måneder, sammenlignet med 4,0 % blandt dem, der ikke havde været på natklub (Hoare, 2009). Målrettede undersøgelser, som for nylig er foretaget i elektroniske danse- eller musikmiljøer i Tjekkiet, Nederlandene, Østrig og Det Forenede Kongerige, viste en meget høj langvarig kokainbrug, som varierede fra 17,6 % til 86 %. Kokainbrug kan også direkte knyttes til disse miljøer. I en undersøgelse af klubgæster i Amsterdam i 2008 anførte 4,6 % af de 646 respondenter således, at de havde brugt kokain i løbet af undersøgelsesaftenen, mens en undersøgelse på stedet blandt 323 klubgæster i Det Forenede

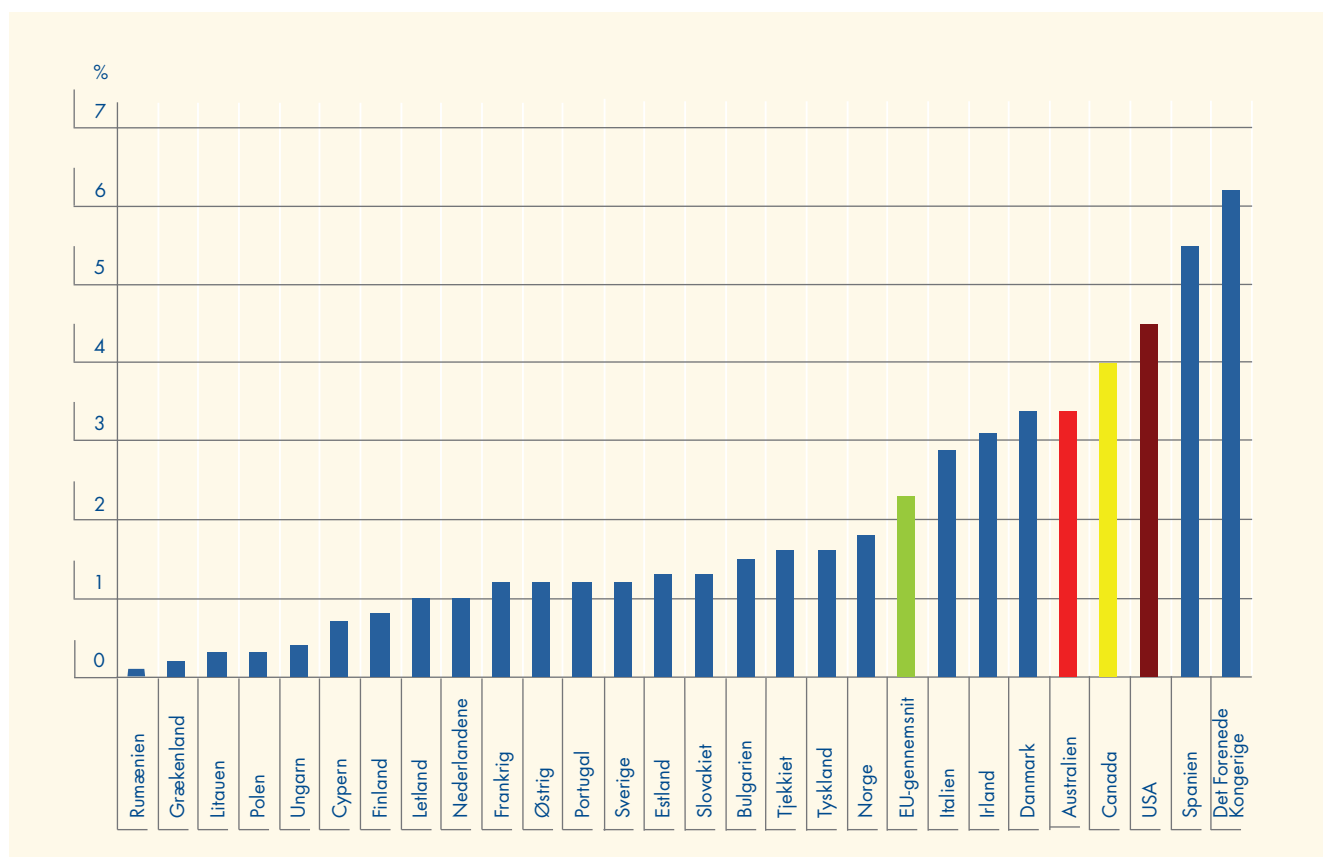
Kongerige viste, at 22 % havde taget eller havde planer om at tage kokain i løbet af aftenen.

Data fra generelle befolkningsundersøgelser afslører også, at udbredelsen af massivt lejlighedsvist drikkeri <sup>(87)</sup> er langt højere blandt kokainbrugere end i befolkningen som helhed (EONN, 2009d). Nederlandene rapporterer også, at brugere kan tage kokain med henblik på at blive ædru efter massivt drikkeri.

### Kokainbrug blandt skoleelever

Blandt skoleelever er den skønnede prævalens for kokainbrug meget lavere end for cannabisbrug. I ESPAD-undersøgelsen fra 2007 var langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever mellem 1 % og 2 % i halvdelen af de 28 indberettende lande. De fleste af de resterende lande har indberettet prævalensniveauer på mellem 3 % og 4 %, mens Frankrig og Det Forenede Kongerige har rapporteret henholdsvis 5 % og 6 %.

**Figur 7:** Seneste års prævalens af kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år) i Europa, Australien, Canada og USA



**NB:** Dataene stammer fra den senest tilgængelige undersøgelse for hvert land. Den gennemsnitlige europæiske prævalensgrad blev beregnet som gennemsnittet af de nationale prævalensgrader vægtet efter national befolkning af 15-34-årige (2006, taget fra Eurostat). Amerikanske og australske data er blevet genberegnet ud fra de oprindelige undersøgelsesresultater for aldersgrupperne henholdsvis 16-34 og 14-39 år. Se yderligere oplysninger i figur GPS-20 i Statistical bulletin 2010.

**Kilde:** Nationale Reitoxknudepunkter.

SAMHSA (USA), Office of Applied Studies. National survey on drug use and health, 2008.

Canada: Canadian Alcohol and Drug Use Monitoring Survey.

Australian Institute of Health and Welfare 2008. 2007 National Drug Strategy Household Survey: detailed findings. Drug statistics series No 22. Cat. No PHE 107. Canberra: AIHW.

<sup>(87)</sup> Defineret som, at man har drukket seks glas alkohol eller derover ved samme lejlighed mindst én gang om ugen i løbet af de foregående 12 måneder.

der foreligger data fra ældre skoleelever (17-18 år), er langtidsprævalensen for kokainbrug generelt højere og stiger til 8 % i Spanien <sup>(88)</sup>.

### Internationale sammenligninger

Overordnet er den anslåede prævalens for kokainbrug i de seneste 12 måneder lavere blandt unge voksne i EU (2,3 %) end blandt unge voksne i Australien (3,4 % blandt de 14-39-årige), Canada (4 %) og USA (4,5 % blandt de 16-34-årige). Imidlertid indberetter Danmark det samme tal som Australien, mens Spanien og Det Forenede Kongerige melder om højere tal end Canada og USA (figur 7).

### Tendenser i kokainbrug

Tendenserne i kokainbrug i Europa har fulgt forskellige mønstre. I de 2 lande med den højeste prævalens for kokainbrug (Spanien, Det Forenede Kongerige), voksede brugen af stoffet dramatisk i slutningen af 1990'erne, inden tendensen blev mere stabil, om end stadig generelt stigende. I 3 andre lande (Danmark, Irland, Italien) har stigningen i prævalens været mindre udtalt og er kommet senere. Brugsniveauerne i disse lande er ikke desto mindre høje efter europæisk målestok. Blandt de øvrige lande med gentagne undersøgelser mellem 1998 og 2008/09 forekommer sidste års prævalens blandt yngre voksne (15-34 år) mere stabil, idet niveauer til stadighed ligger under 2 % i perioden (figur 8).

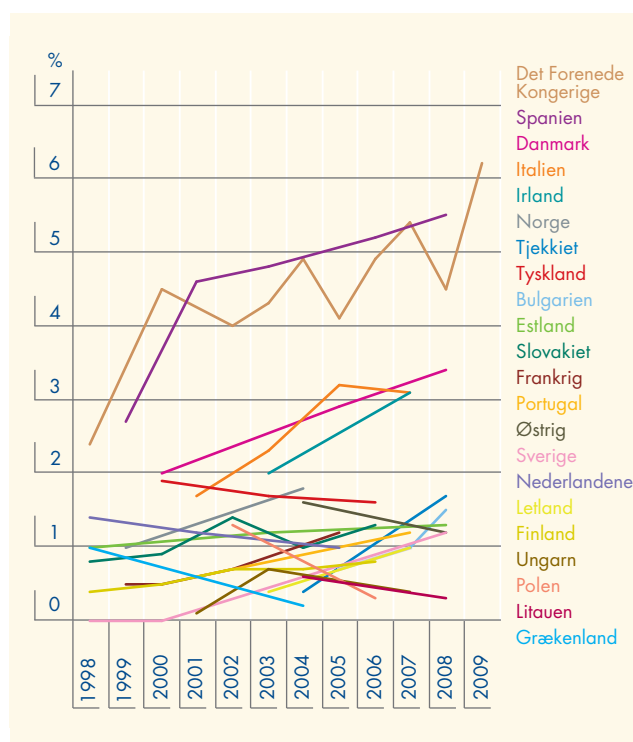
Når man ser på nyere tendenser i de 15 lande med gentagne undersøgelser i perioden 2003-2008, blev prævalensen for de seneste 12 måneder blandt unge voksne (15-34 år) mindst fordoblet, men forblev stadig under 2 % i 3 lande (Bulgarien, Tjekkiet, Letland). Den steg med omkring 50 % i 2 lande (Irland, Det Forenede Kongerige) og var stabil eller faldt i 8 lande (Tyskland, Estland, Litauen, Ungarn, Østrig, Polen, Slovakiet, Finland).

I ESPAD-skoleundersøgelserne gennemført i 2007 er langtidsprævalensen for kokainbrug blandt 15-16-årige skoleelever steget med mindst to procentpoint siden 2003 i Frankrig, Cypern, Malta, Slovenien og Slovakiet. Den spanske skoleundersøgelse viste et fald på to procentpoint fra 2004 til 2007. Blandt de 5 lande, der gennemførte skoleundersøgelser i 2008, blev der ikke indberettet ændringer over 1 %.

### Mønstre i kokainbrug

I nogle europæiske lande bruger et betydeligt antal mennesker kokain eksperimentelt, men kun en eller

**Figur 8:** Tendenser i det seneste års prævalens af kokainbrug blandt unge voksne (15-34 år)



NB: Se yderligere oplysninger i figur GPS-14 (del i) i Statistical bulletin 2010.  
 Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

to gange (Van der Poel et al., 2009). Blandt mere regelmæssige eller intensive kokainbrugere kan der skelnes mellem to brede grupper. Den første gruppe består af »socialt integrerede« brugere, som bruger kokain i weekender, til fester eller ved andre særlige lejligheder, undertiden i store mængder (»binges«) eller hyppigt. Mange socialt integrerede brugere anfører, at de kontrollerer deres kokainbrug ved at fastsætte regler, f.eks. om mængde, hyppighed eller den sammenhæng, stoffet bruges i (Decorte, 2000). Nogle af disse brugere kan have helbredsproblemer som følge af deres kokainbrug eller går hen og udvikler behandlingskrævende kompulsive brugsmønstre. Undersøgelser viser imidlertid, at en væsentlig andel af dem, der har kokainrelaterede problemer, kan komme over dem uden formel behandling (Cunningham, 2000).

Den anden gruppe omfatter mere »marginaliserede« eller »socialt udstødte« brugere, herunder tidligere eller nuværende opioidbrugere, der måske bruger crack eller injicerer kokain. Også i denne gruppe tilhører intensive kokain- eller crackbrugere de socialt dårligt stillede grupper såsom sexarbejdere eller indvandrere (Prinzleve et al., 2004).

<sup>(88)</sup> Se tabel EYE-3 til EYE-10 i Statistical bulletin 2010.

## Sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug

De sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug bliver formentlig undervurderet. Det skyldes dels den ofte ukarakteristiske eller kroniske patologi, der typisk opstår som følge af langvarig brug af kokain, og dels vanskelighederne ved at fastslå årsagssammenhænge mellem sygdomme og brugen af stoffet <sup>(89)</sup>. Regelmæssig kokainbrug, herunder snifning, kan være forbundet med kardiovaskulære, neurologiske og psykiatriske problemer samt med øget risiko for ulykker og overførsel af smitsomme sygdomme gennem ubeskyttet sex (Brugal et al., 2009). En undersøgelse gennemført i USA viste også, at omkring 5 % af kokainbrugere kan blive afhængige i det første år, selv om kun omkring 20 % af brugerne udviklede langtidsafhængighed (Wagner og Anthony, 2002).

Undersøgelser i lande med høje brugsniveauer viser, at en betydelig andel af hjerteproblemer hos unge kan sættes i forbindelse med kokainbrug (Qureshi et al., 2001). I disse lande ser kokainbrug også ud til at være en faktor i en betydelig andel af de narkotikarelaterede hasteindlæggelser, f.eks. 32 % i Nederlandene og flertallet i Spanien og USA. Ifølge en ny undersøgelse i Spanien blandt 720 18-20-årige regelmæssige kokainbrugere, som ikke var regelmæssige heroinbrugere, havde 27 % oplevet akut kokainforgiftning inden for de seneste 12 måneder. Af disse havde 35 % symptomer på psykose (hallucinationer eller delirium) og over 50 % brystsmertter (Santos et al., i trykken).

Injektion af kokain og brug af crack er forbundet med de største sundhedsrisici, herunder kardiovaskulære problemer og mentale sundhedsproblemer. Disse forværres i reglen af social marginalisering og yderligere specifikke problemer, f.eks. risici i forbindelse med injektion, herunder overførsel af smitsomme sygdomme samt overdoser (EONN, 2007c).

Alt i alt er der tegn på en betydelig og formentlig voksende sundhedsbyrde i forbindelse med kokainbrug i Europa, som endnu ikke er fuldt kortlagt og erkendt. Der er også for nylig opstået bekymringer over forbindelsen mellem kokainbrug og voldelige forbrydelser i »nattellivsøkonomien« (Measham og Moore, 2009).

## Problematisk kokainbrug og behandlingsefterspørgsel

Regelmæssige kokainbrugere, dvs. personer, der bruger det over lange perioder, og dem, der injicerer stoffet, defineres af EONN som problematiske kokainbrugere.

### Levamisol som kokainforfalskningsmiddel

Forfalskningsmidler eller »cutting agents« er stoffer, som bevidst tilsættes narkotikaen, især pulverstoffer, for at øge salgsværdien og den økonomiske fortjeneste. De adskiller sig fra urenheder, som er små mængder af uønskede stoffer fra den syntetiske proces (King, 2009).

På grund af sin høje værdi kan kokainen forstrækkes flere gange med et eller flere stoffer. Disse kan være inaktive tilsætningsstoffer (såsom sukker og stivelse), der øger stoffets volumen. Farmakologisk aktive forfalskningsmidler kan også bruges til at øge eller efterligne stoffets virkninger eller forbedre dets udseende. Denne kategori omfatter smertestillende midler (f.eks. paracetamol), lokalbedøvelse (f.eks. lidokain), antihistaminer (f.eks. hydroxyzin), diltiazem og atropin (Meijers, 2007).

Der har været rapporteret om brug af levamisol (l-tetramisole) som kokainforfalskningsmiddel i USA og Europa siden 2004. Levamisol bruges som et antiparasitært veterinærlægemiddel og blev tidligere brugt i humanmedicin som immunstimulerende middel. Når det bruges over lang tid og i høje doser, kan det forårsage skadevirkninger, hvoraf agranulocytose <sup>(1)</sup> er den mest alarmerende.

Levamisol bliver ikke rutinemæssigt afdækket i kokainbeslaglæggelser og omfanget opgøres sjældent. Den foreliggende information viser imidlertid en stigning i både andelen af kokainprøver, der er blandet op med levamisol, og koncentrationen af levamisol i stoffet. Dette førte til, at det europæiske system for tidlig varsling (se kapitel 8) udstedte en advarsel og iværksatte en supplerende dataindsamling. Ifølge en folkesundhedsadvarsel udsendt i USA indeholdt over 70 % af den kokain, der blev beslaglagt og analyseret i 2009, levamisol <sup>(2)</sup>, og ved årets udgang var 20 bekræftede eller sandsynlige tilfælde af agranulocytose (med to dødsfald) blevet rapporteret i landet. Antallet af tilfælde i forhold til antallet af kokainbrugere ser dog ud til at være meget lavt.

<sup>(1)</sup> Agranulocytose er en hæmatologisk lidelse, der kan føre til hurtigt udviklende livstruende infektioner.  
<sup>(2)</sup> SAMHSA news release.

Skøn over størrelsen af denne population giver et omtrentligt tal for, hvor mange mennesker som potentielt har brug for behandling. Socialt integrerede problematiske kokainbrugere er imidlertid underrepræsenteret i disse skøn, selv om de også kan have brug for behandling. Nationale skøn over problematiske kokainbrugere foreligger kun for Italien, mens der foreligger regionale skøn og skøn over crackkokain for Det Forenede Kongerige (England). I Italien blev antallet af problematiske kokainbrugere anslået til omkring 172 000 (mellem 4,2 og 4,6 pr. 1 000 i alderen 15-64) i 2008 <sup>(90)</sup>. Tendensdata for problematisk kokainbrug og andre datakilder peger på en gradvis stigning i kokainbrugen i Italien.

<sup>(89)</sup> Se boksen »Kokainforårsagede dødsfald« i kapitel 7.

<sup>(90)</sup> Se tabel PDU-102 (del i) i Statistical bulletin 2010.

Brug af crack er meget usædvanlig blandt socialt integrerede kokainbrugere og optræder hovedsageligt blandt marginaliserede og dårligt stillede grupper såsom sexarbejdere, problematiske opioidbrugere og, undertiden, specifikke etniske minoriteter (f.eks. Frankrig, Nederlandene, Det Forenede Kongerige). Det observeres navnlig i visse europæiske storbyer (Prinzleve et al., 2004, Connolly et al., 2008). Det Forenede Kongerige rapporterer om flest behandlingsanmodninger i forbindelse med crack og det største antal beslaglæggelser af stoffet i Europa. I London betragtes crackbrug som en væsentlig del af byens narkotikaproblem. Skøn over problematisk crackkokainbrug i England fra 2006-2007 varierer fra 1,4 til 17,0 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år med et nationalt gennemsnit på 5,2-5,6 tilfælde pr. 1 000 <sup>(91)</sup>. Det anslås, at over to tredjedele af de problematiske crackbrugere også er problematiske opioidbrugere.

I lande med de højeste prævalensniveauer bruges pulver- eller crackkokain ofte af opioidbrugere i substitutionsbehandling (især Spanien, Italien, Nederlandene, Det Forenede Kongerige). Kokain- og alkoholbrug hænger også sammen hos patienter i substitutionsbehandling.

### Behandlingsefterspørgsel

I 2008 blev kokain, især pulverkokain, anført af omkring 17 % af alle behandlingssklienter som den vigtigste grund til at komme i behandling, hvilket svarer til ca. 70 000 tilfælde i 27 europæiske lande. Andelen, der anfører kokain som deres primære stof, var højere (24 %) blandt dem, der kom i behandling for første gang.

Der er store udsving landene imellem, hvad angår andelen og antallet af primære kokainklienter. De største andele rapporteres af Spanien (46 %), Nederlandene (33 %) og Italien (28 %). I Belgien, Irland, Cypern, Luxembourg og Det Forenede Kongerige udgør kokainklienter mellem 11 % og 15 % af alle narkotikaklienter. Andre steder i Europa tegner kokain sig for mindre end 10 % af narkotikaklienterne, og 8 lande rapporterer mindre end 1 % <sup>(92)</sup>.

Antallet af klienter, der kommer i behandling for primært kokainbrug, har været stigende i Europa i flere år, selv om tendensen påvirkes kraftigt af nogle få lande (Spanien, Italien, Nederlandene, Det Forenede Kongerige). På grundlag af 17 indberettende lande steg antallet af kokainklienter, der kom i behandling, fra ca.

37 000 i 2003 til 52 000 i 2008, mens deres andel steg fra 17 % til 19 % af alle klienter. For klienter, der kom i behandling for første gang, steg antallet af kokainklienter fra omkring 18 000 til 28 000, og deres andel fra 22 % til 27 % (baseret på 18 lande). Blandt lande med de højeste antal kokainklienter melder Spanien, Italien og Nederlandene om en stabil situation eller en faldende tendens siden 2005 i antallet og andelen af nye klienter, der anfører kokain som deres primære stof, mens Det Forenede Kongerige melder om en stigning <sup>(93)</sup>.

### Behandlingsklienters profil

Ambulatorier tegner sig for næsten alle kokainklienter, selv om nogle kokainbrugere behandles på private klinikker, som stort set ikke er repræsenteret i det nuværende overvågningssystem.

Ambulante kokainklienter har et af de højeste forhold mellem mænd og kvinder (fem mænd for hver kvinde), og deres gennemsnitsalder er blandt de højeste (omkring 32 år) for narkotikaklienter. Dette er især tilfældet i nogle lande med et stort antal klienter, som primært tager kokain, specielt Italien, hvor forholdet mellem mænd og kvinder er 6:1 og gennemsnitsalderen 34 år. Primære kokainbrugere anfører en højere alder ved første brug af deres primære stof (22,3 år, 87 % før 30 år) sammenlignet med primære brugere af andre stoffer, og det gennemsnitlige tidsinterval mellem første kokainbrug og første behandling er omkring ni år.

De fleste kokainklienter sniffer (63 %) eller ryger (31 %) stoffet, mens mindre end 3 % injicerer det <sup>(94)</sup>. Næsten halvdelen af dem har brugt stoffet en til seks gange om ugen i måneden, før de gik i behandling, 26 % har brugt det dagligt, og 25 % har ikke brugt det i den pågældende periode <sup>(95)</sup>. En analyse af behandlingsdata fra 14 lande i 2006 afslørede, at omkring 63 % af kokainklienterne er blandingsbrugere. Blandt dem bruger 42 % også alkohol, 28 % cannabis og 16 % heroin. Kokain nævnes også som et sekundært stof blandt 32 % af de ambulante klienter, især primære heroinbrugere (EONN, 2009d).

I 2008 rapporteres omkring 10 000 klienter at være kommet i ambulante behandling for primær brug af crackkokain, hvilket udgør 16 % af alle kokainklienter og 3 % af alle narkotikaklienter i ambulante behandling. De fleste crackklienter (ca. 7 500) er indberettet af Det Forenede Kongerige, hvor de udgør 42 % af kokainklienterne i behandling og 5,6 % af alle narkotikaklienter. Nederlandene melder også, at

<sup>(91)</sup> Se tabel PDU-103 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(92)</sup> Se figur TDI-2 og tabel TDI-5 (del i) og (del ii) og TDI-24 i Statistical bulletin 2010. For Spanien vedrører dataene 2007.

<sup>(93)</sup> Se figur TDI-1 og TDI-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(94)</sup> Se tabel TDI-17 (del iv) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(95)</sup> Se tabel TDI-18 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

crackklienter udgjorde en betragtelig andel af alle, der kom i behandling i 2008 <sup>(96)</sup>.

Overordnet er der identificeret to hovedgrupper af kokainklienter blandt dem, der er i behandling: de socialt integrerede individer, der bruger pulverkokain, og en mere marginaliseret gruppe af klienter, der bruger kokain, ofte crackkokain, kombineret med opioider. Den første gruppe sniffer typisk stoffet og bruger det sommetider sammen med andre stoffer, f.eks. alkohol eller cannabis, men ikke med opioider. Nogle medlemmer af denne gruppe henvises til behandling af det strafferetlige system. Den anden gruppe injicerer ofte stoffet, bruger både kokain og opioider, ryger sommetider crack og har dårlige sundhedsmæssige og sociale forhold. Gruppen omfatter tidligere heroinbrugere, der kommer tilbage i behandling for kokainbrug, og det kan være vanskeligt at identificere det primære stof (NTA, 2010) <sup>(97)</sup>.

## Behandling og skadesreduktion

### Behandlingsudbud

I Europa sker behandling for afhængighed af kokain eller crackkokain normalt på specialiserede ambulante behandlingscentre. Da der ikke i øjeblikket findes nogen effektiv farmakoterapi, får kokainklienter psykosocial behandling såsom rådgivning og kognitiv adfærdsterapi. Nogle lande opstiller retningslinjer for behandling af kokainproblemer (f.eks. Tyskland, Det Forenede Kongerige). Retningslinjerne i Det Forenede Kongerige anbefaler efter klientens behov 3-20 behandlingssessioner, der har til formål at løse ambivalens med hensyn til forandring, forbedre erkendelse og kontrol af kokainbrugssignaler og -trang, nedbringe kokainrelateret skade og forebygge tilbagefald (NTA, 2006).

Farmakoterapi bruges generelt i Europa for at mildne symptomer på kokainafhængighed, især angst. I en kvalitativ undersøgelse af aktuelle kokainbehandlingsmetoder i Frankrig blev det konstateret, at der til trods for begrænset dokumentation af effektiviteten blev ordineret specifikke lægemidler såsom methylfenidat, modafinil eller topiramat til at dæmpe trangen eller til substitutionsformål (Escots og Suderie, 2009).

I Europa er de offentlige narkotikabehandlingscentre oftest tilpasset til at opfylde opioidbrugeres behov, og socialt integrerede pulverkokainbrugere kan være tilbageholdende med at komme i behandling, fordi de føler sig stigmatiserede. Danmark, Irland, Italien og

Østrig har derfor udviklet specifikke programmer for denne population. Et fælles træk er, at behandlingen kan foregå uden for almindelig åbningstid, så arbejdsmæssige forpligtelser og ønsket om diskretion kan imødekommes.

Der er for nylig udarbejdet to undersøgelser om effektiviteten af psykosocial behandling til pulverkokain- (NTA, 2010) og crackkokainbrugere (Marsden et al., 2009) på engelske behandlingscentre. I begge sammenlignede man ændringer i narkotikabrug før og efter seks måneders behandling (eller tidligere i tilfælde af udskrivning). I den første undersøgelse var 61 % af pulverkokainbrugerne (1 864 ud af 3 075) holdt op med at bruge stoffet, og yderligere 11 % havde reduceret deres brug betydeligt. I en anden undersøgelse var 52 % af crackbrugerne (3 941 af 7 636) afholdende efter seks måneders behandling. Mindre positivt var det at konstatere, at opioidsstitutionsbehandling ikke var så effektiv hos klienter, der brugte heroin og crackkokain, som hos dem, der kun brugte heroin. Dette resultat bekræfter de skadelige virkninger af samtidig kokain- eller crackkokainbrug for resultaterne af substitutionsbehandling og understreger behovet for at udvikle nye strategier til at behandle kombineret heroin- og kokain- eller crackkokainafhængighed.

### Nyere undersøgelser om behandling af kokainafhængighed

Over 50 forskellige stoffer er blevet evalueret med henblik på behandling af kokainafhængighed. Ikke ét er blevet vurderet til at være klart effektivt, og hverken Det

#### Kokainvaccine

En kokainvaccine blev først testet i begyndelsen af 1990'erne i dyreforsøg. Når den er indgivet, sætter den gang i produktionen af antistoffer, der binder sig til kokainmolekyler i blodbanen, og giver derved naturligt forekommende enzymer mulighed for at omdanne dem til inaktive molekyler.

Det første randomiserede kontrollerede forsøg med vaccinen blev gennemført i USA og involverede 115 personer i opioidsstitutionsbehandling. Resultatet af undersøgelsen var, at personer, der fik vaccine og opnåede et passende antistofniveau, forblev afholdende. Imidlertid nåede kun omkring 4 ud af 10 (38 %) vaccinerede opioidbrugere et antistofniveau, som gav en to måneder lang kokainblokade (Martell et al., 2009). Lignende resultater blev observeret i en senere undersøgelse, som dækkede 10 mandlige kokainbrugere, som røg stoffet, var afhængige og ikke søgte narkotikabehandling.

<sup>(96)</sup> Fra 2008 anser Nederlandene kokainklienter, der anfører »rygning« som indtagelsesmåde, for crackbrugere. Dette har ført til en markant stigning i forhold til de tal, der blev indberettet de foregående år. Der kan også være tale om utilstrækkelig identifikation af crackklienter i andre lande.

<sup>(97)</sup> Se tabel TDI-10, TDI-11 (del iii), TDI-21 og TDI-103 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

Europæiske Lægemiddelagentur eller det amerikanske kontor for kontrol med fødevarer og medicin, Food and Drug Administration, har godkendt noget stof til behandling af kokainafhængighed (Kleber et al., 2007). Imidlertid er der registreret over 100 igangværende kontrollerede forsøg på at afprøve nye stoffer, undertiden sammen med psykologbehandling.

Brugen af disulfiram, som er et stof, der griber forstyrrende ind i alkohols metabolisme, blev forbundet med en nedbringelse af kokainbrug hos patienter, som også led af alkoholisme. Nedbringelsen blev forklaret med, at den alkoholudløste mangel på hæmninger og svækkede dømmekraft blev mindre. Undersøgelser for nylig har også vist en direkte virkning af disulfiram på kokains metabolisme. På baggrund af dokumentationens begrænsede kvalitet blev det foreslået, at klinikerne skulle afveje mulige fordele og potentielle skadevirkninger ved disulfiram (Pani et al., 2010).

Brugen af en række krampestillende midler blev vurderet i 15 undersøgelser, der omfattede 1 066 patienter (Minozzi et al., 2009). Stofferne var ikke væsentligt bedre end et placebopræparat til at fastholde patienterne i behandling, reducere antallet og typen af bivirkninger eller nedbringe kokainbrugen. Antipsykotiske midler blev vurderet i syv undersøgelser, der omfattede 293 patienter (Amato et al., 2009). Undersøgelserne var generelt for små til at bekræfte mulige virkninger, men de foreliggende resultater støtter ikke brugen af disse stoffer i behandlingen af kokainafhængighed.

Blandt patienter i opioidsstitutionsbehandling blev det konstateret, at brugen af bupropion, dextroamfetamin og modafinil sættes i forbindelse med højere frekvenser af vedvarende kokainafholdenhed, end der blev opnået med et placebopræparat (Castells et al., 2010).

Blandt ikke-farmakologiske tiltag gav visse psykosociale foranstaltninger positive resultater med hensyn til at reducere frafaldsfrekvenserne, nedbringe kokainbrugen og forbedre fremmødet, især når de foregik sammen med kuponbaseret »contingency management« (Knapp et al., 2007). Gennem flere igangværende studier undersøges yderligere virkningerne af incitamentbaserede tiltag, i nogle tilfælde sammen med adfærdsterapi og

farmakologiske tiltag. Endelig gav behandling med øreakupunktur ingen væsentlige resultater (Gates et al., 2006).

### Skadesreduktion

Skadesreducerende tiltag, der er målrettet mod problematiske crack- og kokainbrugere, er et nyt arbejdsområde i mange medlemsstater. En af grundene til det begrænsede udbud af foranstaltninger på området, især for crackbrugere, kan være nøglemedarbejderes manglende viden om stoffet, målgruppen og deres behov. Konklusionen på en ny gennemgang af skadesreducerende tiltag for stimulansbrugere var, at man skulle være mere opmærksom på at specificere kokainrelaterede skader end på at udvikle tiltag for at reducere dem (Grund et al., 2010).

Medlemsstaterne giver normalt intravenøse kokainbrugere samme tilbud og faciliteter som opioidbrugere såsom henstillinger om sikrere brug, uddannelse i sikrere injektion samt nåle- og sprøjteprogrammer. Injektion af kokain kan imidlertid være forbundet med større risiko for fælles brug af injektionsudstyr og med hyppig injektion, som kan medføre sammenklapning af vene, og til injektion i dele af kroppen med højere risiko (f.eks. benene, hænderne, fødderne samt lysken). anbefalinger af sikrere brug bør derfor tilpasses disse specifikke risici, og »one-for-one«-sprøjteprogrammer bør undgås. På grund af den potentielt høje injektionsfrekvens bør udbuddet af sterilt udstyr til intravenøse brugere ikke begrænses (van Beek et al., 2001). I nogle lande (f.eks. Spanien, Frankrig) udleveres rene crackpiber af nogle lettilgængelige narkotikatjenester.

Skadesreducerende tiltag målrettet mod pulverkokainbrugere i fritidsmiljøer fokuserer primært på at skærpe opmærksomheden. Programmer tilbyder unge rådgivning og information om de risici, der er forbundet med alkohol og stofbrug i almindelighed, sædvanligvis med materiale om de risici, der er forbundet med kokainbrug. Bortset fra bevidstgørelse findes der nærmest ingen skadesreducerende muligheder for denne målgruppe, som udgør det store flertal af kokainbrugere i Europa.





## Kapitel 6

# Opioidbrug og intravenøs stofbrug

### Indledning

Heroinbrug, især injektion af stoffet, har været tæt forbundet med folkesundhed og sociale problemer i Europa siden 1970'erne. I dag tegner dette stof sig stadig for den største andel af narkotikarelateret sygdom og dødelighed i EU. Der er observeret et fald i brugen af heroin og relaterede problemer i slutningen af 1990'erne og begyndelsen af det nye århundrede, om end nyere data tyder på, at tendensen i nogle lande kan have ændret retning. Rapporter om brugen af syntetiske opioider, f.eks. fentanyl, og injektion af stimulerende stoffer såsom kokain eller amfetaminer, afspejler desuden den stadigt mere multifacetterede karakter af problematisk narkotikabrug i Europa.

### Udbud og tilgængelighed

Der er traditionelt blevet udbudt to former for importeret heroin på det illegale narkotikamarked i Europa: den almindelige brune heroin (stoffets kemiske grundform), der hovedsageligt kommer fra Afghanistan, og hvid heroin (i saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien — selv om denne form for stof nu er betydeligt sjældnere. Endvidere produceres nogle opioider i Europa, især hjemmelavede valmueprodukter (f.eks. valmuestrå, valmuekoncentrat fremstillet af knuste valmuestængler eller -hoveder) i en række østeuropæiske lande (f.eks. Letland, Litauen).

### Produktion og ulovlig handel

Den heroin, der forbruges i Europa, er primært produceret i Afghanistan, som på verdensplan er den største leverandør af illegal opium. De andre producentlande er Myanmar, der hovedsageligt forsyner markederne i Øst- og Sydøstasien, Pakistan og Laos, efterfulgt af Mexico og Colombia, som anses for at være de største leverandører af heroin til USA (UNODC, 2009). Den globale opiumsproduktion anslås at være faldet siden 2007, hvor den nåede et rekordniveau, og det skyldes først og fremmest et fald i den afghanske produktion fra 8 200 tons til ca. 6 900 tons i 2009. Det seneste skøn over den globale potentielle heroinproduktion er 657 tons,

hvilket er et fald fra anslåede niveauer på omkring 750 tons i 2007 og 2008 (UNODC, 2010b).

Heroinen føres ind i Europa ad navnlig to smuglerruter. Den traditionelt vigtige Balkanrute bringer heroin produceret i Afghanistan gennem Pakistan, Iran og Tyrkiet og herefter gennem andre transit- eller destinationslande (Albanien, Ungarn, Bulgarien, Tjekkiet, tidligere jugoslaviske republikker, Rumænien, Slovakiet, Østrig, Italien). Heroin kommer også ind i Europa ad »silkevejen« via Centralasien og Rusland og herefter gennem Belarus, Polen og Ukraine til bl.a. de skandinaviske lande via Litauen (INCB, 2010b). I EU spiller Nederlandene og i mindre grad Belgien en vigtig rolle som sekundære distributionscentre.

**Tabel 9: Heroin – produktion, beslaglæggelse, pris og renhed**

Produktion og beslaglæggelser	Heroin
Anslået global produktion (tons)	657
Global beslaglagt mængde (tons)	
Heroin	75
Morfin	17
Beslaglagt mængde (tons)	
EU og Norge	8
(inkl. Kroatien og Tyrkiet)	(24)
Antal beslaglæggelser	
EU og Norge	54 400
(inkl. Kroatien og Tyrkiet)	(56 600)
Pris og renhed i Europa <sup>(1)</sup>	Brun heroin
Gennemsnitlig detailpris (EUR pr. g)	
Område	25–133
(Kvartilafstand) <sup>(2)</sup>	(33–80)
Gennemsnitlig renhed (%)	
Område	7–43

<sup>(1)</sup> Da kun få lande indberetter detailpris og renhed for hvid heroin, er dataene ikke anført i tabellen. De kan ses i tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(2)</sup> Område for midterste halvdel af rapporterede gennemsnitspriser eller renhed.

NB: Data er for 2008 med undtagelse af den anslåede globale produktion (2009).

Kilde: UNODC (2010b) for globale værdier, nationale Reitoxknudepunkter for europæiske data.

## Beslaglæggelser

På verdensplan voksede de indberettede beslaglæggelser af opium markant i 2007 og 2008 fra 510 til 657 tons (tabel 9), idet Iran tegnede sig for over 80 % af den samlede mængde og Afghanistan for ca. 7 %. På verdensplan steg de indberettede beslaglæggelser af heroin til 75 tons i 2008, mens de samlede beslaglæggelser af morfin faldt til 17 tons (UNODC, 2010b).

I Europa førte anslået 56 600 beslaglæggelser til konfiskation af 23,6 tons heroin i 2008. Det Forenede Kongerige indberettede fortsat det højeste antal beslaglæggelser, mens Tyrkiet igen indberettede den største beslaglagte mængde med 15,5 tons i 2008 <sup>(98)</sup>. Data for årene 2003-2008 fra 26 indberettende lande viser, at antallet af beslaglæggelser er steget siden 2003. Den generelle tendens i mængden af konfiskeret heroin i Tyrkiet er forskellig fra tendensen observeret i EU (figur 9). Mens Tyrkiet meldte om en tredobling af mængden af beslaglagt heroin mellem 2003 og 2008, har mængden beslaglagt i EU vist et begrænset fald i perioden, hovedsageligt fordi Italien og Det Forenede Kongerige, de to lande, som beslaglægger de største mængder i EU, har rapporteret om fald <sup>(99)</sup>.

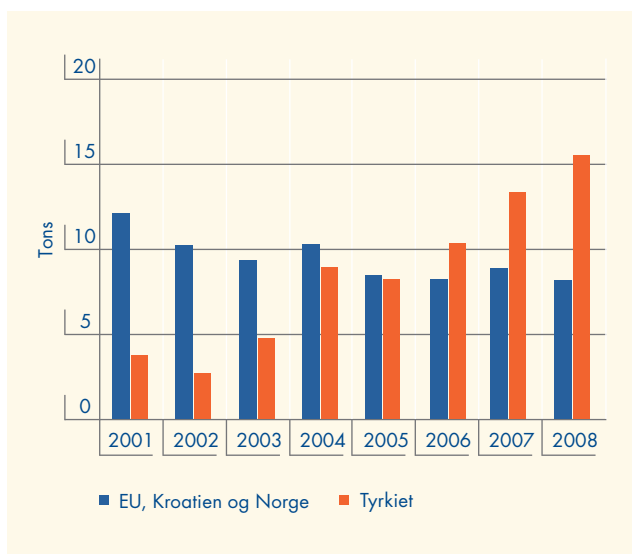
De globale beslaglæggelser af eddikesyreanhydrid (der bruges til fremstilling af heroin) steg fra 57 300 liter til 199 300 liter i 2008, hvoraf de største beslaglagte mængder blev indberettet af Slovenien (86 100 liter) og Ungarn (63 600 liter). INCB opfordrer Europa-Kommissionen og EU's medlemsstater til at forebygge omladning af eddikesyreanhydrid fra det indre marked (INCB, 2010a).

## Renhed og pris

I 2008 svingede den gennemsnitlige renhedsgrad for brun heroin mellem 15 og 30 % i de fleste indberettende lande, men der blev også meldt om lavere gennemsnitsværdier i Frankrig (11 %), Østrig (kun detailhandel, 11 %) og Tyrkiet (kun detailhandel, 7 %) og højere i Bulgarien (31 %), Portugal (32 %), Rumænien (43 %) og Norge (31 %). Mellem 2003 og 2008 steg renhedsgraden for brun heroin i 8 lande, mens den i 4 andre forblev stabil eller faldt. Den gennemsnitlige renhed for hvid heroin lå generelt højere (30-50 %) i nogle få europæiske lande, der indberettede data <sup>(100)</sup>.

Detailprisen for brun heroin var fortsat højere i de nordiske lande end i resten af Europa, idet Sverige meldte

**Figur 9:** Anslåede mængder heroin beslaglagt i EU, Kroatien og Norge samt i Tyrkiet



**NB:** Den samlede mængde beslaglagt heroin er baseret på data fra alle lande, der indberetter til EONN (27 EU-medlemsstater, Kroatien, Tyrkiet og Norge). Manglende data blev ekstrapoleret fra data for foregående/efterfølgende år.

**Kilde:** Nationale Reitoxknudepunkter.

om en gennemsnitspris på 133 EUR pr. gram og Danmark 107 EUR. I 8 andre indberettende lande svingede detailprisen for brun heroin mellem 25 EUR og 80 EUR pr. gram. I perioden 2003-2008 steg detailprisen for brun heroin i 5 af de 9 europæiske lande, der indberettede tidstendenser, og faldt i 4. I de få lande, der indberettede detailprisen for hvid heroin, svingede den mellem 24 EUR og 213 EUR pr. gram i 2008.

## Skøn over udbredelsen af problematisk opioidbrug

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra EONN's indikator for problematisk stofbrug, som hovedsageligt omfatter intravenøs stofbrug og brug af opioider, selv om brugere af amfetaminer eller kokain også udgør et vigtigt element i nogle få lande. I lyset af den relativt lave udbredelse og denne stofbrugstypes skjulte natur kræves der statistiske ekstrapoleringer for at nå frem til prævalensskøn på grundlag af de foreliggende datakilder (hovedsageligt data om narkotikabehandling og data om retshåndhævelse). De fleste lande kan fremlægge specifikke skøn over »problematisk opioidbrugere«, men det er værd at bemærke, at disse ofte er blandingsbrugere, og prævalensstallene er ofte meget højere i byområder og blandt socialt udstødte grupper.

<sup>(98)</sup> Se tabel SZR-7 og SZR-8 i Statistical bulletin 2010. NB: hvor der mangler data for 2008, bruges tal for 2007 til at anslå samlede mængder for Europa.

<sup>(99)</sup> Denne analyse er foreløbig, da der endnu ikke foreligger data for Det Forenede Kongerige for 2008.

<sup>(100)</sup> Se tabel PPP-2 og PPP-6 i Statistical bulletin 2010 for oplysninger om renhed og pris.

Udbredelsen af problematisk opioidbrug i europæiske lande i perioden 2003-2008 anslås til ca. 1-8 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (figur 10); den samlede udbredelse af problematisk stofbrug anslås at ligge på ca. 2-10 tilfælde pr. 1 000. De lande, som indberetter de højeste veldokumenterede skøn over problematisk opioidbrug, er Irland, Malta, Italien og Luxembourg, mens de laveste indberettes af Tjekkiet, Cypern, Letland, Polen og Finland (både Tjekkiet og Finland har store skøn over problematiske amfetaminbrugere). Kun Tyrkiet indberetter tal på under ét tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år.

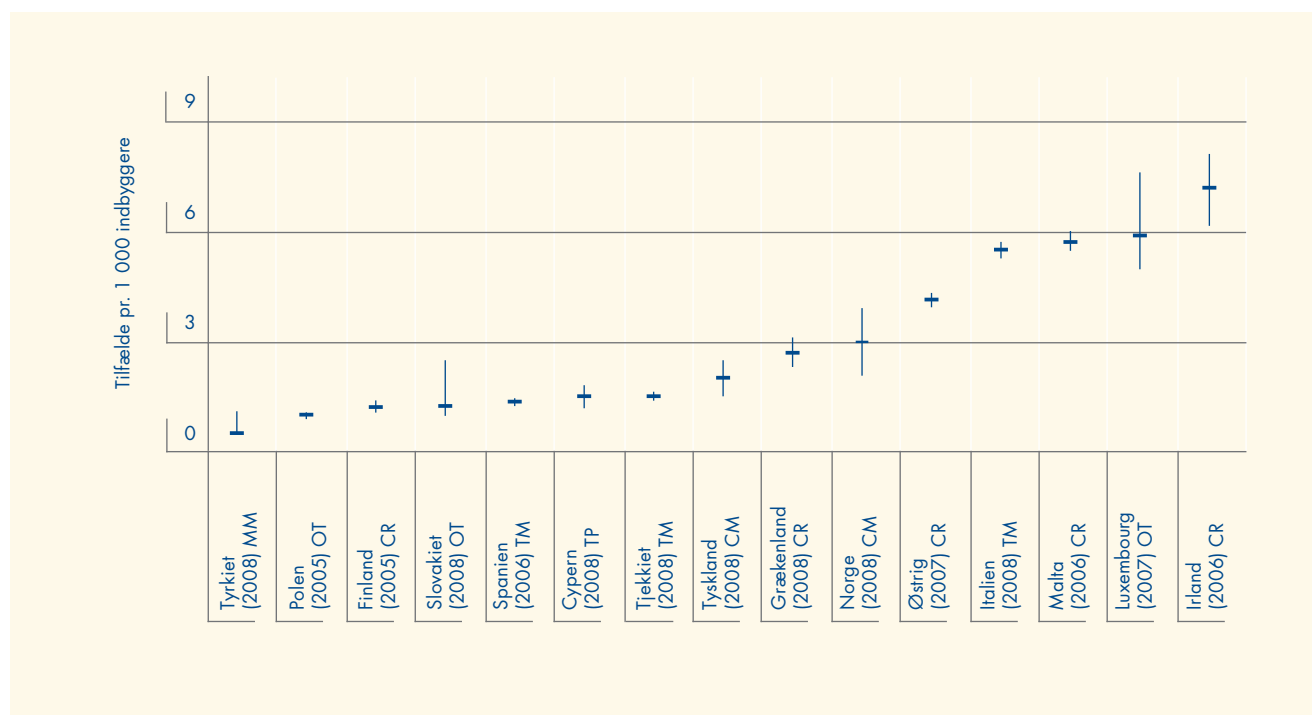
Den gennemsnitlige udbredelse af problematisk opioidbrug i EU og Norge anslås at ligge mellem 3,6 og 4,4 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år. Det svarer til ca. 1,35 millioner (1,2-1,5 millioner) problematiske opioidbrugere i EU og Norge i 2008 <sup>(101)</sup>. Dette skøn omfatter brugere i substitutionsbehandling, men

indsatte, især dem, der afsoner længere straffe, kan være underrepræsenteret.

### Opioidbrugere i behandling

Opioider anføres fortsat som det vigtigste stof af størstedelen (53 %) af dem, der kommer i specialiseret narkotikabehandling i 2008 i Europa, og heroin bliver anført af 48 % af alle klienter <sup>(102)</sup>. Der er imidlertid betydelige forskelle i Europa i andelen af stofbrugere, der kommer i behandling for problemer med relation til disse stoffer. Opioidklienter udgør mere end 90 % af de klienter, der kommer i behandling i Bulgarien, Estland og Slovenien, mellem 50 og 90 % i 15 lande og mellem 10 og 49 % i yderligere 9 lande <sup>(103)</sup>. Ud over de omkring 200 000 klienter, der kommer i behandling og anfører opioider som deres primære stof i 2008, anførte yderligere 47 000 brugere af andre stoffer opioider som et sekundært stof <sup>(104)</sup>.

**Figur 10:** Skøn over den årlige prævalens af problematisk opioidbrug (blandt indbyggere i alderen 15-64 år)



**NB:** En horisontal markering angiver et punkttestimat, en vertikal markering angiver et usikkerhedsinterval: som enten kan være et 95 %-konfidensinterval eller et interval baseret på sensitivitetsanalyse. Målgrupperne kan variere noget afhængigt af metode og datakilde; sammenligninger bør derfor foretages med forsigtighed. Ikke-standardiserede aldersgrupper blev anvendt i undersøgelser fra Finland (15-54 år), Malta (12-64 år) og Polen (alle aldre). Alle tre værdier blev justeret til befolkning på 15-64 år. For Tysklands vedkommende repræsenterer intervallet det højeste henholdsvis det laveste af alle eksisterende skøn, og punkttestimatet et simpelt gennemsnit af middelpunkter. Estimeringsmetoder: CR, capture-recapture; TM, treatment multiplier; MM, mortality multiplier; CM, combined methods; TP, truncated Poisson; OT, other methods. Se yderligere oplysninger i figur PDU-1 (del ii) og tabel PDU-102 i Statistical bulletin 2010.

**Kilde:** Nationale Reitoxknudepunkter.

<sup>(101)</sup> Dette skøn er justeret fra 1,4 til 1,35 millioner på baggrund af nye data. På grund af store konfidensintervaller og det forhold, at skønnet er baseret på data fra forskellige år, er det ikke muligt at konkludere, at der er sket et fald i udbredelsen af problematisk opioidbrug i Europa.

<sup>(102)</sup> Se figur TDI-2 (del ii), tabel TDI-5 og TDI-113 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(103)</sup> Se tabel TDI-5 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(104)</sup> Se tabel TDI-22 i Statistical bulletin 2010.

Mange opioidbrugere indgår i langtidsplejeprogrammer, især substitutionsbehandling. Dette afspejles i en høj andel af primære opioidbrugere blandt stofbrugere, der allerede er i behandling, fra de foregående år. En ny analyse af data fra 9 lande viste, at primære opioidbrugere tegnede sig for 61 % af alle indberettede narkotikaklienter i behandling, men kun for 38 % af de klienter, der kommer i behandling for første gang <sup>(105)</sup>.

### Tendenser i problematisk opioidbrug

Det begrænsede antal gentagne skøn af incidensen og udbredelsen af problematisk opioidbrug gør det sammen med den statistiske usikkerhed ved individuelle skøn vanskeligt at anslå tidstendenser. Data fra 8 lande med gentagne prævalensskøn i perioden 2003-2008 tyder dog på en forholdsvis stabil situation. En tilsyneladende stigning i Østrig indtil 2005 er ikke bekræftet i det seneste skøn, som nu ligger under niveauet fra 2003. Irland rapporterede om en stigning mellem 2001 og 2006, som var mindre markant i Dublin (21 %) end uden for hovedstaden (164 %) <sup>(106)</sup>.

Selv om der ikke foreligger tilstrækkelige og aktuelle skøn over incidens for og udbredelse af problematisk opioidbrug, kan det stadig være muligt at analysere tendenser over tid ved hjælp af andre, primært indirekte, indikatorer, f.eks. behandlingsefterspørgsel. Baseret på en stikprøve bestående af 19 lande steg det samlede antal primære heroinbrugere, der kom i behandling, og af dem, der kom i behandling første gang, mellem 2003 og 2008 <sup>(107)</sup>. Fokus på en senere tidsramme viser, at antallet af brugere, der kommer i behandling for primært heroinbrug, steg i 11 lande mellem 2007 og 2008. For klienter, der kommer i behandling første gang, udjævnedes den samlede stigende tendens i 2008, selv om 6 lande stadig rapporterede om stigende antal <sup>(108)</sup>.

Data om narkotikaforårsagede dødsfald i 2008, som oftest er forbundet med opioidbrug, tyder ikke på en tilbagevenden til den faldende tendens, der observeredes indtil 2003 (se kapitel 7). Mere end halvdelen af de indberettende lande rapporterede et øget antal narkotikaforårsagede dødsfald mellem 2007 og 2008 <sup>(109)</sup>. Antallet af heroinbeslaglæggelser i Europa er også steget siden 2003, mens de beslaglagte mængder er faldet i EU. Ændringen fra en nedadgående til en opadgående tendens, der blev rapporteret sidste år for heroinrelaterede lovovertrædelser, bliver nu bekræftet med stigninger i perioden 2003-2008 i de fleste europæiske lande, som indberetter tilstrækkelige data.

Nye grupper brug af heroin- og opioidholdige lægemidler, herunder socialt integrerede personer og besøgende til »techno«-fester, blev indberettet af det franske »TREND«-system, som gør brug af både kvalitative og kvantitative data. Andre kvalitative undersøgelser (Eisenbach-Stangl et al., 2009) meldte også om en lille andel heroinbrugere blandt målrettede stikprøver af socialt integrerede individer. Disse kan omfatte eksperimenterende brugere og personer, som er i stand til at kontrollere deres brug af stoffet (Shewan og Dalgarno, 2005, Warburton et al., 2005).

De foreliggende data tyder på, at den faldende tendens i opioidindikatorerne observeret indtil 2003 har stabiliseret sig. Det fremgår muligvis tydeligst siden 2003 i beslaglæggelser og narkotikaforårsagede dødsfald og efter 2004 i nye behandlingsansøgninger med relation til heroinbrug. Disse ændringer er sket parallelt med en øget opiumproduktion i Afghanistan indtil 2007, hvilket giver anledning til bekymring for, at disse ting hænger sammen som følge af en øget tilgængelighed af heroin på det europæiske marked.

### Problematiske opioidbrug og intravenøs stofbrug i EU's nabolande

Blandt EU's nabolande har Rusland den største population af opioidbrugere med rapporterede skøn på mellem 1,5 og 6,0 millioner brugere (UNODC, 2005). En nylig undersøgelse baseret på en »treatment multiplier method« — en af de metoder, som anbefales af EONN — gav et skøn på 1,68 millioner problematiske opioidbrugere, hvilket kan omsættes til 16 pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (UNODC, 2009). Den russiske føderale narkotikakontroltjeneste anslår, at 10 000 heroinbrugere dør af en overdosis hvert år (INCB, 2010b). Den næststørste population af opioidbrugere ved EU's grænser er formentlig i Ukraine med anslået mellem 323 000 og 423 000 opioidbrugere, dvs. 10-13 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år (UNODC, 2009). Opfattede stigninger i opioidbrug blev også indberettet til UNODC i 2008 af Albanien, Belarus og Moldova.

For 2007 blev det anslået, at der kunne være 1 825 000 aktuelle intravenøse stofbrugere (17,8 pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år) i Rusland og 375 000 (11,6 pr. 1 000) i Ukraine, og tæt på 40 % af dem var hivpositive i begge lande (Mathers et al., 2008). Antallet af nyindberettede tilfælde af hivinfektion blandt intravenøse stofbrugere er også meget højere i Rusland (79 pr. million i 2006) og i Ukraine (153 pr. million i 2006) end i andre lande og regioner i verden såsom Australien, Canada, EU og USA (Wiessing et al., 2009).

<sup>(105)</sup> Se tabel TDI-38 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(106)</sup> Se tabel PDU-6 (del ii) og PDU-102 i Statistical bulletin 2010 for fuldstændig information, herunder konfidensintervaller.

<sup>(107)</sup> Se figur TDI-1 og TDI-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(108)</sup> Noget af variationen over tid kan skyldes ændringer i datadækning eller behandlingstilgængelighed, og de samlede tendenser kan være stærkt påvirket af Italien og Det Forenede Kongerige, som har de højeste antal nye heroinklienter.

Se tabel TDI-3 og TDI-5 i Statistical bulletin 2009 og 2010.

<sup>(109)</sup> Se tabel DRD-2 (del i) i Statistical bulletin 2010.

## Intravenøs stofbrug

Intravenøse stofbrugere er blandt dem, der har den højeste risiko for at få sundhedsproblemer på grund af deres stofbrug såsom blodbårne infektioner (f.eks. hiv/aids, hepatitis) eller narkotikaoverdoser. I de fleste europæiske lande forbindes injektion sædvanligvis med opioidbrug, selv om de i nogle få lande forbindes med brug af amfetaminer. Kun 14 lande kunne fremlægge nylige skøn over udbredelsen af intravenøs stofbrug<sup>(110)</sup> til trods for deres betydning for folkesundheden.

Det er fortsat en stor udfordring for udviklingen af sundhedsovervågningssystemerne i Europa at forbedre niveauet af de tilgængelige informationer om denne specielle gruppe.

De foreliggende skøn tyder på store forskelle i udbredelsen af intravenøs stofbrug mellem landene. Skønnene ligger fra under et til fem tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år for de fleste lande med et udsædvanligt højt niveau på 15 tilfælde pr. 1 000 i Estland. Når der ses bort fra sidstnævnte som en ekstrem observation, er gennemsnittet omkring 2,6 tilfælde pr. 1 000 indbyggere i alderen 15-64 år<sup>(111)</sup>, hvilket ekstrapoleret til EU svarer til mellem tre kvart million og en million aktive intravenøse stofbrugere. Antallet af tidligere intravenøse stofbrugere er sandsynligvis højere (Sweeting et al., 2008), men er ukendt for de fleste EU-lande.

Opioidbrugere, der kommer i specialiseret narkotikabehandling, anfører ofte injektion som den sædvanlige indgiftsmåde. Det er tilfældet for over halvdelen af opioidklienterne i 16 lande, mellem 25 % og 50 % i 6 lande og under 25 % i andre 5 lande. De laveste andele af intravenøse brugere blandt opioidbrugere, der kommer i behandling, indberettes af Nederlandene (5 %) og Spanien (19 %), mens de højeste indberettes af Litauen (99 %), Rumænien (95 %), Estland (91 %) og Slovakiet (86 %)<sup>(112)</sup>.

De manglende data og brede konfidensintervaller i skønnene gør det vanskeligt at drage konklusioner om tidstendenser i udbredelsen af intravenøs brug. De foreliggende data tyder dog på en stabil situation i Tjekkiet, Grækenland, Cypern og Norge<sup>(113)</sup>. Et statistisk signifikant fald blev observeret i Det Forenede Kongerige mellem 2004 og 2006. Blandt heroinbrugere, der kom i behandling, er andelen af intravenøse brugere samlet set faldet i de seneste år, og 13 lande

indberettede statistisk signifikante fald mellem 2002 og 2007. Stigninger i denne periode blev kun rapporteret af 3 lande (Bulgarien, Litauen, Slovakiet)<sup>(114)</sup>. Andelen af intravenøse brugere er også samlet set lidt lavere blandt opioidbrugere, der kom i behandling første gang (38 %) end blandt alle opioidbrugere, som kom i behandling (42 %). Det er tilfældet i 20 af de 23 indberettende lande. En mere detaljeret analyse af prævalens og tendenser for intravenøs stofbrug kan ses andre steder (EONN, 2010c).

## Ikke-intravenøs opioidbrug

Efter stabiliseringen eller faldet i intravenøs opioidbrug i flere europæiske lande er der rettet større opmærksomhed mod andre indgiftsmåder såsom inhalering af stoffet som opvarmet damp (»chasing«, rygning) eller som pulver (snifning) eller ved at indtage det. Nogle få lande har indberettet skøn over populationer af ikke-intravenøse opioidbrugere, men kun Norge har fremlagt et nyt tal. I 2008 blev det anslået, at rygning var den eneste indgiftsmåde for 1 450 heroinbrugere eller ca. 15 % af alle anslåede heroinbrugere i Norge. Data om brugere, der kommer i specialiseret narkotikabehandling, bekræfter tilstedeværelsen af store grupper af brugere, der ryger eller sniffer stoffet i de opioidbrugende populationer i nogle lande. F.eks. blev rygning rapporteret som den vigtigste indgiftsmåde for mellem halvdelen og tre fjerdedele af de primære opioidbrugere, der kom i ambulans behandling i Belgien, Irland, Spanien, Nederlandene og Det Forenede Kongerige. Snifning blev også rapporteret som den vigtigste indgiftsmåde af omkring en tredjedel af opioidklienterne i Østrig og af omkring halvdelen i Grækenland og Frankrig (!).

Valget af indgiftsmåde afhænger af flere faktorer såsom dens effektivitet, pres fra det sociale miljø, bekymring om helbredsmæssige konsekvenser (Bravo et al., 2003) og den type opioid, der bruges. F.eks. bliver den almindeligt tilgængelige brune heroin (en kemisk baseform), der hovedsageligt kommer fra Afghanistan, primært røget eller »chaset«. Hvid heroin (en saltform), som typisk kommer fra Sydøstasien, kan let sniffes op i næsen i pulverform. Det kan også opløses i koldt vand uden tilsætningsstoffer og injiceres, men det kan kun meget ineffektivt ryges eller »chases«. Opioidsubstitutionsmedicin bliver almindeligvis uddelt i flydende form i stedet for i tabletter, eller der kan være tilsat stoffer, som mindsker eller ændrer stoffets virkninger, når det injiceres.

(!) Se tabel TDI-17 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(110)</sup> Se figur PDU-2 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(111)</sup> Det vægtede gennemsnit er 0,26 % med en usikkerhedsmargin (vægtede gennemsnit af nedre og øvre grænser for landenes skøn) på 0,23 % til 0,30 %, hvilket giver et skøn på 886 606 (788 778-1 040 852) for 2008. Dette skøn skal behandles med forsigtighed, da det er baseret på tilgængelige data fra kun 12 af de 27 EU-medlemsstater og Norge.

<sup>(112)</sup> Se tabel TDI-5 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(113)</sup> Se tabel PDU-6 (del iii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(114)</sup> Se tabel PDU-104 i Statistical bulletin 2010.

## Behandling af problematisk opioidbrug

Data indsamlet af EONN's indikator for behandlingsefterspørgsel kan bruges til at beskrive de karakteristiske træk ved en væsentlig undergruppe af stofbrugere, der kommer i behandling, og mere specifikt dem, som er kommet ind på specialiserede narkotikabehandlingscentre i årets løb.

Klienter, der kommer i ambulante behandling for primært opioidbrug, er i gennemsnit 34 år, og kvindelige klienter og brugere, som kommer i behandling for første gang, er i gennemsnit yngre <sup>(115)</sup>. Næsten alle lande indberetter en stigning i deres opioidklienters gennemsnitsalder siden 2003. Generelt er forholdet mellem mænd og kvinder blandt ambulante opioidbrugere 3,5:1, selv om kvinder udgør en større andel i nordeuropæiske lande (f.eks. Sverige og Finland) og en mindre andel i sydeuropæiske lande (f.eks. Grækenland, Spanien, Italien) <sup>(116)</sup>.

Opioidbrugere, der kommer i behandling, har højere ledighedsprocent, lavere uddannelsesniveau og højere niveau af psykiatriske forstyrrelser end klienter, som anfører andre stoffer som deres primære stof <sup>(117)</sup>. Næsten alle de opioidbrugere, der kommer i behandling, har brugt opioider første gang, inden de blev 30 år, og omkring halvdelen, inden de blev 20 år. Der angives et gennemsnitligt tidsinterval på omkring 10 år mellem første brug af opioider og første kontakt med narkotikabehandling <sup>(118)</sup>.

### Behandlingsudbud og -dækning

Behandlingen af opioidbrugere foregår oftest i ambulatorier, der kan omfatte specialiserede centre, praktiserende læger og lavtærskeltjenester (se kapitel 2). I nogle få lande spiller døgnbehandlingscentre en stor rolle i behandlingssystemet, navnlig i Bulgarien, Grækenland, Letland, Polen, Rumænien, Finland og Sverige <sup>(119)</sup>. Der er et bredt og i stigende grad differentieret udvalg af muligheder til rådighed i Europa til behandlingen af opioidafhængighed, selv om det varierer geografisk med hensyn til tilgængelighed og dækning. Der er mulighed for stoffri behandling og substitutionsbehandling i alle EU-medlemsstater samt Kroatien og Norge. I Tyrkiet undersøger man i øjeblikket brugen af substitutionsbehandling.

Stoffri behandling er et terapeutisk tiltag, som normalt kræver, at personen afholder sig fra alle stoffer, herunder

substitutionsmedicin. Patienterne deltager i daglige aktiviteter og modtager intensiv psykologisk støtte. Selv om stoffri behandling kan foregå både i ambulatorier og på døgnbehandlingscentre, er den mest anvendte type indberettet af medlemsstaterne stationære programmer, som gør brug af terapeutiske fællesskabsprincipper eller Minnesotamodelen. Frankrig og Tjekkiet er i øjeblikket ved at evaluere deres terapeutiske fællesskaber, og resultaterne forventes i 2010. I henhold til den franske handlingsplan skal tilgængeligheden af denne behandlingsmodalitet udvides i fremtiden. Terapeutiske fællesskaber er den mest udbredte form for narkotikabehandling i Polen. Men af økonomiske årsager og på grund af ændrede patientprofiler anføres det, at behandlingsprogrammernes varighed gradvist bliver forkortet. Endelig har Kroatien og Portugal for nylig udviklet retningslinjer for terapeutiske fællesskaber.

Substitutionsbehandling, normalt integreret med psykosocial støtte, gives generelt i specialiserede ambulatorier. 13 lande rapporterer, at substitutionsbehandling også gives af praktiserende læger, sædvanligvis i delte omsorgsordninger med specialiserede behandlingscentre. Praktiserende læger kan opnå bedre resultater end specialiserede centre med hensyn til fastholdelse i behandling, afholdenhedsfrekvenser og samtidig forbrug af andre stoffer. Dette blev konstateret i en naturalistisk undersøgelse over 12 måneder med 2 694 klienter i substitutionsbehandling i Tyskland (Wittchen et al., 2008). Andre undersøgelser har vist, at gennemførelse af substitutionsbehandling i primære behandlingsmiljøer ikke kun er mulig, men også kan være omkostningseffektiv (Gossop et al., 2003, Hutchinson et al., 2000).

Antallet af opioidbrugere i substitutionsbehandling i EU, Kroatien og Norge stiger stadig med anslået 670 000 klienter i 2008 fra 650 000 i 2007 <sup>(120)</sup> og omkring en halv million i 2003. Klienttallene viste en vis stigning i flere central- og østeuropæiske lande, men de lande, som kom med i EU efter 2004, tegner sig fortsat kun for omkring 2 % af det samlede antal opioidsubstitutionsklienter i EU <sup>(121)</sup>.

En sammenligning af antallet af substitutionsbehandlingsklienter i EU med det anslåede antal af problematiske opioidbrugere tyder på en dækningsgrad på ca. 50 %. Imidlertid varierer dækningsgraden betydeligt imellem landene, idet 7 af de

<sup>(115)</sup> Se tabel TDI-10, TDI-32 og TDI-103 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(116)</sup> Se tabel TDI-5 og TDI-21 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(117)</sup> Se også kapitel 2.

<sup>(118)</sup> Se tabel TDI-11, TDI-33, TDI-107 og TDI-109 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(119)</sup> Se tabel TDI-24 i Statistical bulletin 2010.

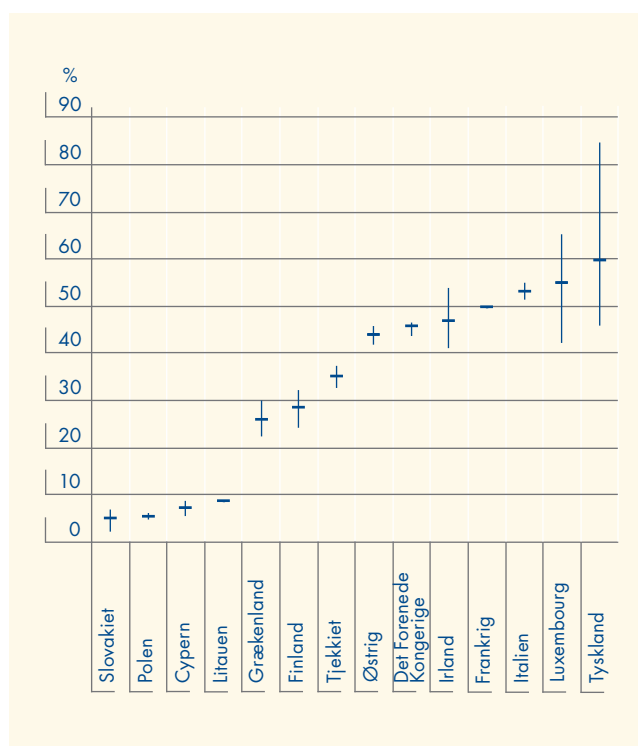
<sup>(120)</sup> Se tabel HSR-3 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(121)</sup> Se figur HSR-2 i Statistical bulletin 2010.

14 lande, for hvilke der foreligger skøn over antallet af problematiske opioidbrugere, rapporterer under 40 %, og 4 af disse lande rapporterer under 10 % dækning (se figur 11). Ikke desto mindre kan det anslås, at to ud af tre problematiske opioidbrugere i EU bor i lande med en høj substitutionsbehandlingsdækning <sup>(122)</sup>.

De fleste substitutionsklienter i Europa får metadon (70-75 %), men antallet af lande, hvor dette er det eneste tilgængelige stof, er faldende. Buprenorphin i store doser er nu til rådighed i alle EU-medlemsstater undtagen 4 (Bulgarien, Spanien, Ungarn og Polen), og det bruges i 20-25 % af alle substitutionsbehandlinger i Europa og i over 50 % i Tjekkiet, Frankrig, Cypern, Letland, Sverige og Kroatien. I Frankrig, hvor buprenorphin altid har været dominerende, ordineres der nu metadon til en voksende andel af substitutionsklienterne. Kombinationen af buprenorphin og naloxon, som blev godkendt af Det Europæiske Lægemiddelagentur i 2006, er nu blevet indført i 14 lande. Andre muligheder, som udgør en lille procentdel af alle substitutionsbehandlinger, er depotmorfin (Bulgarien, Østrig, Slovenien), kodein (Tyskland, Cypern, Østrig) og diacetylmorfin (heroin). Ordinerings af heroin er nu blevet en fast behandlingsmulighed i Danmark, Tyskland og

**Figur 11:** Anslået andel af problematiske opioidbrugere i substitutionsbehandling



NB: Se yderligere oplysninger i figur HSR-1 i Statistical bulletin 2010.  
 Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

Nederlandene, findes også i Spanien og Det Forenede Kongerige, og pilotprojekter er under forberedelse i Belgien og Luxembourg.

### Adgang til behandling

Regler for tilbud om og udlevering af opioidsstitutionsbehandling er væsentlige for behandlingens tilgængelighed. I henhold til retsgrundlaget kan praktiserende læger (Belgien, Tjekkiet, Danmark, Tyskland, Frankrig, Italien, Cypern, Nederlandene, Portugal, Det Forenede Kongerige, Kroatien) eller læger, der er specifikt uddannet eller godkendt (Tyskland, Irland, Luxembourg, Østrig, Slovenien, Norge), ordinere et eller flere substitutionsstoffer. I andre lande (Bulgarien, Estland, Grækenland, Spanien, Litauen, Ungarn, Polen, Rumænien, Slovakiet, Finland, Sverige) kan kun specialiserede behandlingscentre give substitutionsbehandling.

I de fleste europæiske lande kan substitutionsmedicin udleveres af praktiserende læger, apoteker eller mobile opsøgende enheder. Det er dog ikke tilfældet i Bulgarien, Estland, Grækenland, Litauen, Polen og Slovakiet, hvor kun specialiserede behandlingscentre kan udlevere medicinen. Buprenorphin i høje doser kan udleveres af alle praktiserende læger i Tjekkiet eller af alle apoteker i Letland. I Rumænien, Ungarn og Finland må apoteker kun udlevere kombinationen buprenorphin-naloxon. Det anføres, at kun få klienter modtager denne medicin i Ungarn og Rumænien, da den er dyr og først for nylig er blevet tilgængelig i disse to lande.

Der er for nylig indsamlet information om klienternes omkostninger til opioidsstitutionsmedicin. Blandt de 26 indberettende lande anførte 17, at medicinen (i de fleste tilfælde metadon) er gratis, medmindre behandlingen søges hos private udbydere. I Belgien og Luxembourg skal klienten kun betale en del af medicinomkostningerne, når medicinen er ordineret af en praktiserende læge. I Tjekkiet, Letland, Portugal, Ungarn og Finland er behandling med metadon gratis, men buprenorphin eller kombinationen buprenorphin-naloxon skal betales helt eller delvis af klienten. I f. eks. Letland er de månedlige omkostninger til en daglig 8 mg dosis buprenorphin ca. 250 EUR. Metadon er normalt billigere end anden substitutionsmedicin med samme virkning såsom buprenorphin (WHO, 2009), hvilket delvis forklarer, hvorfor mange nationale sundhedsforsikringer yder fuld refusion til metadon frem for til anden substitutionsmedicin. Billigere kopiversioner af buprenorphin i høje doser har været til rådighed siden 2006 i Frankrig, hvor de ordineres til ca. 30 000 klienter (30 % af alle buprenorphinklienter).

<sup>(122)</sup> Disse skøn bør betragtes med forsigtighed, da der stadig mangler præcision i datasættene.



Informationerne om omkostninger, tilbud om substitutionsbehandling og udlevering af substitutionsmedicin viser, at der er regionale forskelle i Europa. Lande i Nord- og Østeuropa anvender ofte en mere fokuseret adgangsmodel med en højere tærskel, mens mange lande i Vesteuropa følger en adgangsmodel med mange lavtærskelcentre. Disse forskelle kan afspejle forskellige støttemodeller, hvor man i nogle lande prioriterer målet om afholdenhed og psykosociale tiltag og i andre prioriterer stabilisering og fastholdelse af klienter og skadesreduktion.

### Behandlingseffektivitet og -kvalitet

Opioidsubstitutionsbehandling kombineret med psykosociale foranstaltninger var den mest effektive behandlingsmulighed for opioidbrugere. Sammenlignet med afgiftning eller slet ingen behandling viser behandling med metadon eller buprenorphin i høje doser væsentligt bedre resultater med hensyn til stofbrug, kriminel aktivitet, risikoadfærd og hivoverførsel, overdoser og generel dødelighed samt bedre frekvenser for fastholdelse i behandling (WHO, 2009).

Resultaterne af opioidafvænnning er generelt dårlige på lang sigt (Mattick et al., 2009), men det kan hjælpe patienter, hvis det er deres informerede valg at gennemgå denne type behandling. På døgnbehandlingscentre og ambulante behandlingssteder opnås afgiftning ved at mindske doserne af metadon eller buprenorphin

### EONN Insight om heroinunderstøttet behandling

Heroinunderstøttet behandling gives i øjeblikket til ca. 1 500 kroniske problematiske opioidbrugere i fem EU-medlemsstater. De fleste af disse lande samt Schweiz og Canada har gennemført forsøg for at vurdere resultaterne af denne type behandling. Med støtte fra et team af internationale forskere og klinikere offentliggør EONN i 2011 en undersøgelse af denne behandlingstype med gennemgang af de videnskabelige beviser, der er samlet i de seneste år. Dette Insight vil også indeholde en gennemgang af udviklingen, de operationelle resultater og kliniske praksisser for heroinunderstøttet behandling og en beskrivelse af nogle af de udfordringer, der knytter sig til gennemførelsen heraf. Der vil også blive skitseret en række minimumskvalitetsstandarder.

(som foretrukne behandlinger) eller alfa-2-agonister. Fremskyndede afvænningsteknikker ved hjælp af opioidantagonister kombineret med stærk bedøvelse kan af sikkerhedshensyn ikke anbefales (Gowing et al., 2010). Efter opioidafvænnning bør patienter, som er motiverede for fortsat at afholde sig fra opioidbrug, rådes til at overveje naltrexon for at forebygge tilbagefald.

Kombinationen af buprenorphin og naloxon (markedsført som Suboxone) blev skabt for at forhindre injektion af buprenorphin. Det er dog endnu ikke klart, hvor effektivt den forhindrer intravenøs brug af buprenorphin, (Bruce et al., 2009, Simojoki et al., 2008).



## Kapitel 7

# Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme og narkotikarelaterede dødsfald

### Indledning

Narkotikabrug kan have en lang række negative følger såsom ulykker, psykiske lidelser, lungesygdomme, hjertekarproblemer, arbejdsløshed eller hjemløshed. Skadelige følger er især udbredt blandt problematiske stofbrugere, hvis generelle sundhed og socioøkonomiske situation kan være langt dårligere end i befolkningen som helhed.

Opioidbrug og intravenøs stofbrug er to former for stofbrug, som hænger tæt sammen med sådanne skader, især overdoser og overførsel af smitsomme sygdomme. Antallet af dødelige overdoser indberettet i EU i den sidste snes år svarer til omkring et dødsfald som følge af overdosis hver time. Forskningen viser også, at et stort antal stofbrugere er døde af andre årsager såsom aids eller selvmord i den sidste snes år.

Det er et centralt element i de europæiske narkotikapolitikker at nedbringe dødelighed og sygelighed i forbindelse med narkotikabrug. Hovedindsatsen på dette område sker gennem foranstaltninger, som er rettet mod de mest risikoudsatte grupper og mod adfærd, der er direkte forbundet med narkotikarelaterede skader.

### Narkotikarelaterede smitsomme sygdomme

Smitsomme sygdomme som hiv og hepatitis B og C er blandt de alvorligste sundhedsmæssige følger af narkotikabrug. Selv i lande, hvor udbredelsen af hiv blandt intravenøse stofbrugere er lav, kan andre smitsomme sygdomme, bl.a. hepatitis A, B, C og D, seksuelt overførte sygdomme, tuberkulose, stivkrampe, botulisme, miltbrand og humant T-celle lymfotroft virus i uforholdsmæssig grad ramme narkotikabrugere. EONN overvåger systematisk hiv- og hepatitis B- og C-infektion blandt intravenøse stofbrugere <sup>(123)</sup>.

### Hiv og aids

Ved udgangen af 2008 er antallet af indberettede nye hivdiagnoser blandt intravenøse stofbrugere fortsat lavt i de fleste EU-lande, og den samlede situation i EU ser positiv ud i en global sammenhæng (ECDC og WHO-Europa, 2009, Wiessing et al., 2009). Det kan i det mindste delvis skyldes den øgede adgang til forebyggelse, behandling og skadesbegrænsende foranstaltninger, herunder substitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer (Wiessing et al., 2009). Andre faktorer kan også have spillet en vigtig rolle, f.eks. det fald i intravenøs stofbrug, der er rapporteret om i nogle lande. Alligevel tyder oplysninger i visse dele af Europa på, at hivoverførsel i forbindelse med intravenøs stofbrug fortsatte med relativt høje frekvenser i 2008, hvilket understreger behovet for at sikre den lokale forebyggelsespraksis' dækning og effektivitet.

### Tendenser i hivinfektion

Data om indberettede nydiagnosticerede tilfælde i forbindelse med intravenøs stofbrug for 2008 tyder på, at antallet af infektioner stadig er generelt faldende i EU efter at have toppet i 2001-2002 som følge af udbrud i Estland, Letland og Litauen <sup>(124)</sup>. I 2008 var det samlede antal nydiagnosticerede infektioner blandt intravenøse stofbrugere i de 23 EU-medlemsstater, som der foreligger nationale data for, 2,6 tilfælde pr. 1 million indbyggere, hvilket er et fald fra 3,7 pr. 1 million i 2007 <sup>(125)</sup>. De 4 lande, der indberettede de højeste antal nydiagnosticerede infektioner (Estland, Letland, Litauen, Portugal), fortsatte alle deres nedadgående tendens med et markant fald i Estland og Letland (figur 12). I Estland var faldet fra 86 tilfælde pr. 1 million i 2007 til 27 i 2008 og i Letland fra 62 tilfælde pr. 1 million i 2007 til 44 pr. 1 million i 2008.

Samlet set er der ikke indberettet markante stigninger i nye tilfælde af hivinfektioner fra 2003 til 2008, og de

<sup>(123)</sup> Nærmere oplysninger om metoder og definitioner kan ses i Statistical bulletin 2010.

<sup>(124)</sup> Indberetningsprocedurerne for hivinfektion er blevet ændret i de seneste år, og der foreligger nu data efter diagnoseår i stedet for efter indberetningsår (ECDC og WHO-Europa, 2009). Dette resulterer i lavere tal i nogle lande, som afspejler den sande incidens mere nøjagtigt (f.eks. Portugal). I nogle tilfælde kan indberetningsforsinkelser dog også have resulteret i en undervurdering af incidensen. Se tabel INF-104 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(125)</sup> Der foreligger ikke nationale data for Danmark, Spanien, Italien og Østrig.

indberettede infektionsrater er fortsat lave. I Bulgarien er antallet af intravenøse brugere dog steget fra 0,0 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2003 til 6,8 tilfælde pr. 1 million i 2008, mens der i Sverige blev konstateret hele 6,7 tilfælde i 2007, hvilket tyder på, at der fortsat er potentiale til udbrud af hiv blandt intravenøse stofbrugere.

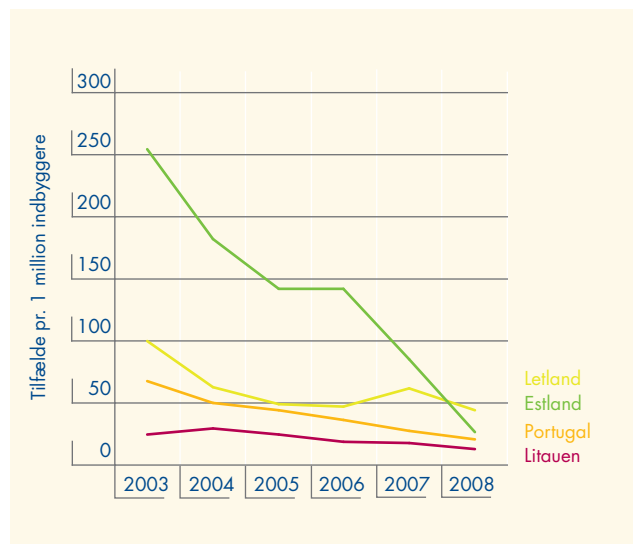
Tendensdata fra overvågning af hivprævalens i stikprøver af intravenøse stofbrugere er et vigtigt supplement til data fra caserapporter vedrørende hiv. Der foreligger prævalensdata fra 24 lande i perioden 2003-2008 <sup>(126)</sup>. I 16 lande forblev hivprævalensen uforandret i perioden. I 7 lande (Bulgarien, Spanien, Frankrig, Italien, Polen, Portugal, Norge) viste hivprævalensen fald, hvoraf seks byggede på nationale stikprøver, mens tendensen i Frankrig er baseret på data fra fem byer. Der blev indberettet regionale stigninger i 3 lande: i Bulgarien (Sofia), i Italien, i 2 af 21 regioner og i Litauen (Vilnius). Der er dog en nedadgående tendens i de nydiagnosticerede tilfælde af hivinfektion blandt intravenøse narkotikabrugere i disse tre lande.

Sammenligningen af tendenser i nyligt indberettede infektioner i forbindelse med intravenøs stofbrug med tendenser i hivprævalensen blandt intravenøse stofbrugere tyder på, at incidensen for hivinfektion blandt intravenøse stofbrugere er faldende i de fleste lande på nationalt plan.

Til trods for hastigt faldende tendenser er antallet af indberettede nye hivdiagnoser i 2008 i forbindelse med intravenøs stofbrug stadig højt i Letland (44 tilfælde pr. 1 million indbyggere), Estland (27), Portugal (20,7) og Litauen (12,5), hvilket tyder på, at overførsel stadig forekommer blandt intravenøse stofbrugere i disse lande.

Yderligere tegn på løbende hivoverførsel i de seneste år ses i rapporter om prævalensniveauer over 5 % blandt unge intravenøse stofbrugere (stikprøver på mindst 50 intravenøse stofbrugere under 25 år) i flere lande: Estland (2 regioner, 2005), Frankrig (5 byer, 2006), Letland (1 by, 2007), Litauen (1 by, 2006) og Polen (1 by, 2005) <sup>(127)</sup>. Selv om der må udvises forsigtighed, da nogle af prøvestørrelserne er små, viser dataene statistisk signifikante stigninger i hivprævalens blandt unge intravenøse brugere mellem 2003 og 2008 i Belgien (det flamske fællesskab) og Bulgarien, mens der kan konstateres fald i Sverige og Spanien. Data om hivprævalens hos nye intravenøse brugere (der har injiceret i under to år), støtter yderligere et sandsynligt fald i denne gruppe i Sverige <sup>(128)</sup>.

**Figur 12:** Tendenser i nyligt indberettede hivinfektioner hos intravenøse stofbrugere i fire EU-medlemsstater, som indberetter høje antal af infektioner



NB: Data indberettet ultimo oktober 2009.  
Kilde: ECDC og WHO-Europa.

### Aidsincidens og adgang til HAART

Information om incidensen af aids kan være vigtig til at vise nye udbrud af symptomatisk sygdom, selv om det ikke er en god indikator for overførsel af hiv. En høj incidens af aids kan vise, at mange intravenøse stofbrugere, der er inficeret med hiv, ikke modtager højaktiv antiretroviral behandling på et tilstrækkeligt tidligt tidspunkt af deres infektion til at kunne drage maksimal nytte af behandlingen. En ny undersøgelse bekræfter, at dette stadig kan være tilfældet i nogle EU-lande (Mathers et al., 2010).

Estland er det land, der har den højeste forekomst af aids i forbindelse med intravenøs stofbrug med anslået 30,6 nye tilfælde pr. 1 million indbyggere i 2008, hvilket er et fald fra 33,5 nye tilfælde pr. 1 million i 2007. Der er også indberettet en forholdsvis høj incidens af aids for Letland, Litauen, Portugal og Spanien med henholdsvis 25,5, 10,7, 10,2 og 8,9 nye tilfælde pr. 1 million. Blandt disse 4 lande er tendensen faldende i Spanien og Portugal, men ikke i Letland og Litauen <sup>(129)</sup>.

### Hepatitis B og C

Mens man kun finder en høj hivprævalens i visse EU-medlemsstater, er viral hepatitis og især infektion forårsaget af hepatitis C-virus (HCV) stærkt udbredt blandt intravenøse stofbrugere i hele Europa. Blandt de nationale

<sup>(126)</sup> Se tabel INF-108 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(127)</sup> Se tabel INF-109 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(128)</sup> Se tabel INF-110 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(129)</sup> Se figur INF-1 og tabel INF-104 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

### Udbrud af miltbrand blandt heroinbrugere i Det Forenede Kongerige og Tyskland

Miltbrand er en akut infektionssygdom forårsaget af bakterien *Bacillus anthracis*. Den optræder mest almindeligt hos vilde dyr og husdyr og er endemisk i en række, især, landbrugslande, men er meget sjælden i Europa.

I december 2009 udsendte Det Forenede Kongerige en advarsel om udbrud af miltbrand blandt intravenøse stofbrugere i Skotland. Pr. 31. maj 2010 var 42 tilfælde blevet bekræftet i Skotland, heraf 13 med dødelig udgang, og yderligere 3 tilfælde (2 dødelige) i England og 2 (1 dødeligt) i Tyskland. Den anthraxstamme, der blev fundet i Tyskland og England, var ikke til at skelne fra den, der blev fundet i Skotland, hvilket tyder stærkt på en fælles infektionskilde. Da alle indberettede tilfælde endvidere opstod blandt heroinbrugere, er det sandsynligt, at kilden er et kontamineret parti heroin. Der blev imidlertid ikke fundet bevis for anthraxsporer i de heroinprøver, der blev analyseret i Skotland ved udgangen af maj 2010.

Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme (ECDC) og EONN gennemførte fælles risikovurderinger i forbindelse med dette udbrud. Der blev også regelmæssigt udsendt ajourført information, hvilket førte til efterfølgende indberetninger om en række dødsfald blandt stofbrugere i andre lande. Disse viste sig dog ikke at have forbindelse til miltbrandinfektion.

stikprøver af intravenøse stofbrugere i 2007-2008 svinger udbredelsen af HCV-antistoffer fra ca. 12 % til 85 %, idet 8 ud af 12 lande melder om niveauer over 40 %<sup>(130)</sup>. 3 lande (Tjekkiet, Ungarn, Slovenien) melder om en udbredelse på under 25 % i de nationale stikprøver af intravenøse stofbrugere, om end forekomsten af infektion på det niveau stadig er et betydeligt problem for folkesundheden.

Inden for landene kan udbredelsen af HCV variere betydeligt, hvilket afspejler både regionale forskelle og de karakteristiske træk ved stikprøvepopulationen. F.eks. varierer regionale skøn i Italien fra ca. 31 % til 87 % (figur 13).

Nylige undersøgelser (2007-2008) viser en stor spredning i prævalensniveauerne blandt intravenøse stofbrugere under 25 år og personer, der har injiceret stoffer i under to år, hvilket tyder på, at der er forskellige incidensniveauer for HCV i disse populationer på tværs af Europa<sup>(131)</sup>. Ikke desto mindre viser disse undersøgelser også, at mange får virussen tidligt i deres forløb som intravenøse stofbrugere. Det betyder, at der

kun er et ganske kort tidsvindue til at iværksætte effektive HCV-forebyggende foranstaltninger.

Udbredelsen af antistoffer mod hepatitis B-virus (HBV) varierer i høj grad, muligvis til dels som følge af forskelle i vaccinationsniveau, selv om andre faktorer kan spille en rolle. De mest fuldstændige datasæt, der foreligger for HBV, er for antistoffet mod hepatitis B core antigen (anti-HBc), som er tegn på en tidligere infektion. I 2007-2008 meldte 4 lande ud af de 9, der fremlagde data om denne virus blandt intravenøse stofbrugere, om en anti-HBc-prævalens på over 40 %<sup>(132)</sup>.

Det kan konstateres, at udbredelsen af HCV er faldende i 9 lande og stigende i 3 andre, mens yderligere 4 lande har datasæt, der viser begge tendenser, selv om der er grund til forsigtighed som følge af den begrænsede stikprøvestørrelse i nogle tilfælde<sup>(133)</sup>. Undersøgelser af intravenøse stofbrugere under 25 år tyder for det meste på en stabil udbredelse og visse faldende tendenser, om end der rapporteres om en stigning i én region i Grækenland (Attica). Dette bekræftes i data for nye intravenøse brugere (der har injiceret i under to år) for Grækenland, både i Attica og nationalt. Data for nye intravenøse brugere viser også en stigning i Slovenien, selv om stikprøvestørrelserne er små, og fald i Portugal (nationalt) og Sverige (Stockholm).

Tidstendenserne i anmeldte tilfælde af hepatitis B og C viser forskellige billeder, men de er vanskelige at tolke, da datakvaliteten er ringe. En vis indsigt i epidemiologien i disse infektioner kan man dog få ved at se på andelen af intravenøse stofbrugere blandt alle anmeldte tilfælde, hvor risikofaktorerne er kendte (Wiessing et al., 2008). For så vidt angår hepatitis B, er andelen af intravenøse stofbrugere faldet fra 2003-2008 i 8 ud af 17 lande. For hepatitis C gælder, at andelen af intravenøse stofbrugere blandt de anmeldte tilfælde er faldet i 6 lande fra 2003-2008, mens den er steget i 3 andre lande (Tjekkiet, Malta, Det Forenede Kongerige)<sup>(134)</sup>.

### Forebyggelse af og tiltag over for smitsomme sygdomme

Forebyggelse af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere er et vigtigt mål for folkesundheden i EU og indgår i de fleste medlemsstaters narkotikapolitikker. EU-medlemsstaterne anvender en kombination af nogle af de følgende foranstaltninger for at begrænse spredningen af smitsomme sygdomme blandt stofbrugere:

<sup>(130)</sup> Se tabel INF-111 i Statistical bulletin 2010.

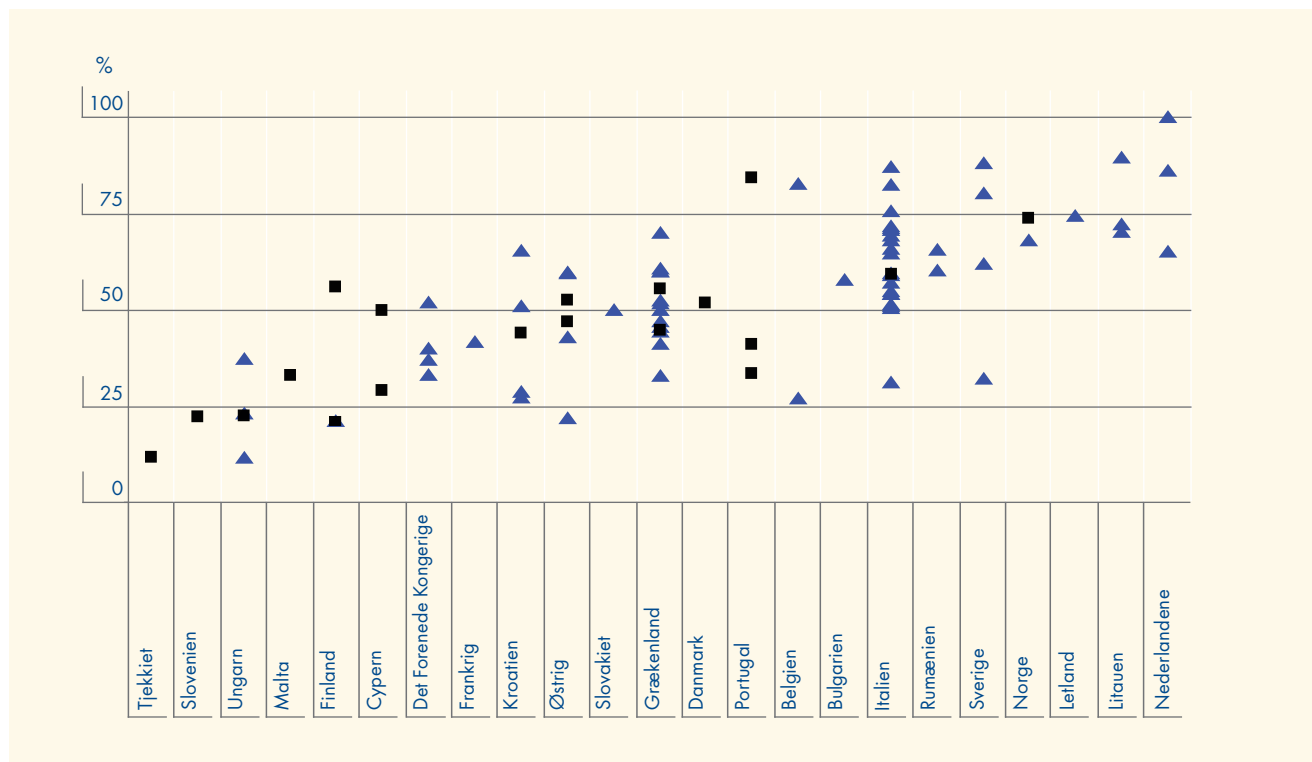
<sup>(131)</sup> Se figur INF-6 (del ii) og (del iii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(132)</sup> Se tabel INF-115 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(133)</sup> Se tabel INF-111 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(134)</sup> Se tabel INF-105 og INF-106 i Statistical bulletin 2010.

Figur 13: Prævalens af HCV-antistoffer blandt intravenøse stofbrugere



NB: Data for årene 2007 og 2008. Sorte firkanter er prøver med national dækning, blå trekanten er prøver med subnational (lokal eller regional) dækning. Forskelle landene imellem skal fortolkes med forsigtighed på grund af forskelle i miljøtyper og undersøgelsesmetoder; endvidere varierer strategierne for stikprøveudvælgelse. Landene er opstillet i rækkefølge efter stigende prævalens baseret på gennemsnittet af nationale data eller, hvis de ikke foreligger, af subnationale data. Se yderligere oplysninger i figur INF-6 i Statistical bulletin 2010.

Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

narkotikabehandling, især opioidsstitutionsbehandling, distribution af sterilt injektionsudstyr og andet udstyr, offentlige tiltag, der tilbyder information, uddannelse, testning og adfærdsregulering, ofte via opsøgende organisationer eller lavtærskelcentre<sup>(135)</sup>. Sammen med antiretroviral behandling samt diagnose og behandling af tuberkulose er disse foranstaltninger blevet fremmet af FN's organisationer som kerneforanstaltninger for hivforebyggelse og -behandling for samt støtte til intravenøse stofbrugere (WHO, UNODC og UNAIDS, 2009).

I Europa er tilgængeligheden af narkotikabehandling og skadesreducerende foranstaltninger blevet øget betydeligt siden midten af 1990'erne.

Både opioidsstitutionsbehandling og nåle- og sprøjteprogrammer findes nu i alle lande undtagen Tyrkiet. Selv om udbuddet af disse foranstaltninger stadig er begrænset i flere lande, anslås det, at hver anden problematisk opioidbruger i Europa kan være i opioidsstitutionsbehandling (se kapitel 6). Konklusionen på en ny undersøgelse (Kimber et al., 2010) er, at der nu er tilstrækkelig dokumentation for, at denne type

behandling reducerer hivoverførsel og selvrapporert intravenøs risikoadfærd. Derimod er dokumentationen for en reduktion i hepatitis C-overførsel mere begrænset. En kohorteundersøgelse i Amsterdam viste imidlertid, at »fuldstændig deltagelse« i både nåle- og sprøjteprogrammer og opioidsstitutionsbehandling blev sat i forbindelse med en meget lavere udbredelse af både hiv og HCV blandt intravenøse stofbrugere (Van den Berg et al., 2007), mens en kohorteundersøgelse i Det Forenede Kongerige for nylig knyttede opioidsstitutionsbehandling sammen med statistisk signifikante nedbringelser af HCV-udbredelse (Craine et al., 2009).

### Foranstaltninger

Den hyppigst indberettede prioritet er adgangen til sterilt injektionsudstyr. Data om sprøjte tilbud gennem specialiserede nåle- og sprøjteprogrammer i 2007-2008 foreligger for alle lande undtagen 4<sup>(136)</sup>. De viser, at der distribueres omkring 40 millioner sprøjter om året gennem disse programmer. Det svarer til gennemsnitligt 80 sprøjter pr. anslået intravenøs stofbruger i de lande, som indberetter data om sprøjter.

<sup>(135)</sup> For yderligere oplysninger om nationale prioriteter og tilbuds niveauer, se tabel HSR-6 i Statistical bulletin 2009.

<sup>(136)</sup> Se tabel HSR-6 i Statistical bulletin 2009 og tabel HSR-5 i Statistical bulletin 2010. For 2007-2008 forelægger der ikke data om antallet af sprøjter for Danmark, Tyskland, Italien og Det Forenede Kongerige.

Det gennemsnitlige antal sprøjter, som udleveres om året pr. intravenøs stofbruger, kan beregnes for 13 europæiske lande (figur 14). I 7 af disse lande svarer det gennemsnitlige antal sprøjter udleveret af specialiserede programmer til under 100 pr. intravenøs bruger, 5 lande udleverer mellem 140 og 175 sprøjter, og Norge melder om udlevering af over 320 sprøjter pr. intravenøs bruger<sup>(137)</sup>. Til forebyggelse af hiv betragter FN-organisationer en årlig udlevering af 100 sprøjter pr. intravenøs stofbruger som lavt, og 200 sprøjter pr. bruger som højt (WHO, UNODC og UNAIDS, 2009).

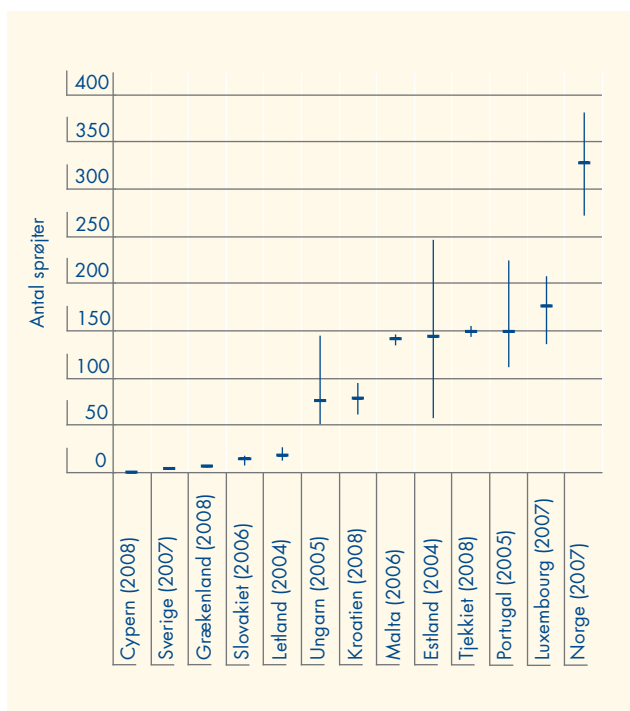
En undersøgelse for nylig af omkostningseffektiviteten af nåle- og sprøjteprogrammer i Australien, hvor der udleveres 30 millioner sprøjter hvert år, skønner, at de har forebygget over 32 000 tilfælde af hivinfektion og næsten 100 000 tilfælde af hepatitis C, siden de blev indført i 2000 (National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, 2009).

Nye data for 2008 fra 14 lande viser stigninger i sprøjteudlevering til stofbrugere i Belgien (det flamske fællesskab), Tjekkiet, Estland, Ungarn, Det Forenede Kongerige (Nordirland) og Kroatien, hvilket således bekræfter tidligere tendenser. Der blev også indberettet stigninger i Portugal og Litauen, hvor antallene tidligere var faldet. Et fald sammenlignet med 2007 blev indberettet af Grækenland, Rumænien og Slovakiet samt i Luxembourg og Polen, hvor den nedadgående tendens allerede blev observeret det foregående år. Programmet i Cypern blev ikke brugt af narkotikabrugere.

Gennem nåle- og sprøjteprogrammer i Europa stilles der i stigende grad en række andre injektionsrelaterede genstande (f.eks. blandebeholdere) til rådighed for at forhindre, at udstyr bliver delt. Det gælder også udstyr, som kan bruges til ikke-intravenøse former for stofbrug, f.eks. piber eller stannioler, for at tilskynde brugere til at holde op med at injicere. Et andet eksempel herpå rapporteres af Tjekkiet, hvor lavtærskelcentre er begyndt at give intravenøse metamfetaminbrugere hårde gelatinekapsler, som kan fyldes med stoffet og sluges.

Den seneste udvikling i diagnose, forebyggelse og behandling af kronisk hepatitis er blevet indberettet af europæiske lande. Disse omfatter indførelse af specifikke programmer eller handlingsplaner (f.eks. Danmark, Frankrig, Det Forenede Kongerige — England, Skotland og Nordirland). Eksisterende foranstaltninger omfatter specifikke informationsmaterialer, undervisning i sikrere injektion målrettet nye og unge intravenøse brugere gennemført af opsøgende teams (f.eks. Rumænien) eller gennem peer undervisning (f.eks. i fængsler i Spanien og Luxembourg) samt let tilgængelig gratis rådgivning

**Figur 14:** Sprøjter uddelt gennem specialiserede programmer, pr. anslået intravenøs stofbruger



**NB:** Baseret på skøn for intravenøs stofbrug fra de anførte år og senest tilgængelige data om antallet af sprøjter uddelt gennem specialiserede nåle- og sprøjteprogrammer (2006-2008). Se fuldstændige noter og kilder i figur HSR-3 i Statistical bulletin 2010.

**Kilde:** Nationale Reitoxknudepunkter.

og testning. Det Forenede Kongerige melder også om brug af »contingency management« for at fremme testning. Andre indberettede foranstaltninger sigter mod at holde injektionsniveauerne nede gennem fastholdelse i narkotikabehandling ved at integrere behandling af viral hepatitis i centre, der betjener narkotikabrugere, og ved at revidere HCV-behandlingsvejledningen for at forbedre adgangen til denne behandling (f.eks. Tjekkiet). Flere lande har også iværksat initiativer til at øge kendskabet til og bevidstheden om kronisk viral hepatitis blandt social- og sundhedsudbydere (Østrig) og i offentligheden (f.eks. Tyskland, Irland, Nederlandene).

## Narkotikarelaterede dødsfald og dødelighed

Stofbrug er en af de vigtigste årsager til sundhedsproblemer og død blandt unge i Europa og kan tilskrives en betydelig del af alle dødsfald blandt voksne. Undersøgelser har vist, at mellem 10 % og 23 % af dødeligheden blandt de 15-49-årige kunne tilskrives opioidbrug (Bargagli et al., 2006, Bloor et al., 2008).

Dødelighed i forbindelse med stofbrug omfatter dødsfald forårsaget direkte eller indirekte af brugen af stoffer. Dette

<sup>(137)</sup> Disse tal omfatter ikke salg fra apoteker, der kan være en vigtig kilde til sterile sprøjter for narkotikabrugere i flere lande.

omfatter dødsfald af overdoser (narkotikaforårsagede dødsfald) hiv/aids, trafikulykker — især når de er kombineret med alkohol — vold, selvmord og kroniske helbredsproblemer forårsaget af gentagen brug af stoffer (f.eks. hjertekarproblemer hos kokainbrugere) <sup>(138)</sup>.

### Narkotikaforårsagede dødsfald

I løbet af perioden 1995-2007 indberettede EU-medlemsstaterne, Kroatien, Tyrkiet og Norge hvert år mellem 6 400 og 8 500 narkotikaforårsagede dødsfald. I 2007 indberettede Det Forenede Kongerige og Tyskland næsten halvdelen af alle narkotikaforårsagede dødsfald. Befolkningsdødeligheden som følge af overdoser varierer mellem landene, fra 2 til lige under 85 dødsfald pr. 1 million indbyggere i alderen 15-64 år, (i gennemsnit 21 dødsfald pr. 1 million). Tal på over 20 dødsfald pr. 1 million findes i 14 af 28 europæiske lande og over 40 dødsfald pr. 1 million i seks lande. Blandt europæere i alderen 15-39 år var en overdosis skyld i 4 % af alle dødsfald <sup>(139)</sup>. Områder med større prævalens af problematisk stofbrug kan være uforholdsmæssigt ramt. I 2008 var antallet af narkotikaforårsagede dødsfald i Skotland f.eks. 112,5 pr. 1 million indbyggere, hvilket er meget højere end tallet for Det Forenede Kongerige som helhed (38,7 pr. 1 million).

Antallet af indberettede narkotikaforårsagede dødsfald kan være påvirket af prævalens og stofbrugsmønstre (injektion, blandingsbrug), stofbrugernes alder og ledsagesygdomme og adgang til behandling og skadestuer samt kvaliteten af dataindsamling og -indberetning. Forbedringerne af de europæiske datas pålidelighed har gjort det muligt at få bedre beskrivelser af tendenser, og de fleste lande har nu indført en definition i overensstemmelse med EONN's <sup>(140)</sup>. Alligevel betyder forskelle landene imellem i kvaliteten af dødsregistrerings- og indberetningsmetoderne, at sammenligninger bør foretages med forsigtighed.

### Dødsfald i forbindelse med opioider

#### Heroin

Opioider, hovedsageligt heroin eller metabolitter heraf, er til stede i de fleste tilfælde af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes i EU. I de 20 lande, som indberettede data i 2008, tegnede opioider sig for over tre fjerdedele af alle tilfældene (77-100 %), idet 11 af

disse lande indberettede andele på over 85 % <sup>(141)</sup>. Stoffer, som ofte findes ud over heroin, omfatter alkohol, benzodiazepiner, andre opioider og i nogle lande kokain. Dette tyder på, at en betydelig andel af alle narkotikaforårsagede dødsfald måske kan optræde i forbindelse med blandingsbrug.

De fleste, der dør som følge af en overdosis (81 % i Europa, er mænd. I de fleste lande er personer, der dør af en overdosis, i midten af trediverne, og i mange tilfælde er alderen stigende. Det tyder på en mulig stabilisering eller et fald i antallet af unge heroinbrugere og en aldrende kohorte af problematiske opioidbrugere. Samlet set er 13 % af de overdosisdødsfald, der indberettes i Europa, sket blandt unge under 25 år, om end Østrig, Rumænien og Malta (lave antal) indberetter procentsatser på 40 % eller derover. Dette kan være tegn på, at det er en yngre gruppe, som bruger heroin eller injicerer stoffer i disse lande <sup>(142)</sup>.

En række faktorer forbindes med dødelige og ikke-dødelige heroinoverdoser. Blandt disse finder man injektion og samtidig brug af andre stoffer, navnlig alkohol, benzodiazepiner og visse antidepressiva. Overdoser hænger også sammen med kraftigt lejlighedsvist stofbrug, comorbiditet, hjemløshed, dårlig mental sundhed (f.eks. depression), manglende narkotikabehandling, tidligere tilfælde af overdoser og det at være alene på tidspunktet for overdosen (Rome et al., 2008). Tiden umiddelbart efter løsladelse fra fængsel eller afsluttet narkotikabehandling er en særlig højrisikoperiode for overdoser, som det fremgår af en række længdesnitsundersøgelser (WHO, 2010).

#### Andre opioider

Opioidsstitutionsbehandling mindsker risikoen for dødelig overdosis betydeligt, hvilket fremgår af en norsk undersøgelse af 3 800 personer med op til syv års opfølgning, som viste en reduktion i dødeligheden under behandling sammenlignet med før behandling. Risikoreduktionen var betydelig for både overdosisdødsfald (relativ risiko 0,2) og dødelighed af alle årsager (relativ risiko 0,5) (Clausen et al., 2008).

Hvert år indberettes der dødsfald med forekomst af opioidsstitutionsmedicin. Det afspejler det store antal stofbrugere, som gennemgår denne type behandling, og betyder ikke, at disse stoffer var årsag til dødsfaldet. Overdosisdødsfald blandt klienter i substitutionsbehandling

<sup>(138)</sup> Se »Narkotikarelateret dødelighed: et komplekst spørgsmål« i årsberetningen for 2008.

<sup>(139)</sup> Se figur DRD-7 (del i) og tabel DRD-5 (del ii) og DRD-107 (del i) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(140)</sup> Se detaljerede metodiske oplysninger i Statistical bulletin 2010

<sup>(141)</sup> Da de fleste af de narkotikaforårsagede dødsfald, der indberettes til EONN, er opioidoverdoser (primært heroin), bruges de generelle træk ved narkotikaforårsagede dødsfald til at beskrive og analysere dødsfald i forbindelse med heroinbrug. Se figur DRD-1 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(142)</sup> Se figur DRD-2 og DRD-3 og tabel DRD-1 (del i) i Statistical bulletin 2010.



### Opioidoverdoser uden dødelig udgang

Undersøgelser viser, at flertallet af opioidbrugere (typisk 50-60 %) har overlevet en overdosis, og at 8-12 % havde haft en overdosis inden for de seneste seks måneder, og nogle brugere har haft en overdosis mere end én gang. For hvert narkotikaforårsaget dødsfald anslås det, at der er 20-25 tilfælde af ikke-dødelig overdosis. Antallet af ikke-dødelige overdoser, der sker hvert år i Europa, kan ikke anslås præcist, da overvågningen er meget begrænset, og definitionerne kan variere landene imellem. Ikke desto mindre tyder tilgængelig information på, at der kan være mellem 120 000 og 175 000 ikke-dødelige tilfælde af overdosis hvert år i Europa.

Hvis man overlever en overdosis, øger det i høj grad risikoen for at dø af en senere overdosis (Stoové et al., 2009). Endvidere kan ikke-dødelige overdoser forårsage en lang række sygdomme, bl.a. nedsat lungefunktion, lungebetændelse og muskelsvækkelse. Overdoser kan også føre til neurologisk skade, og antallet af overdoser er en væsentlig variabel for dårligere kognitiv præstation. Den samlede morbiditet er sandsynligvis større blandt ældre, mere erfarne og afhængige brugere (Warner-Smith et al., 2001).

En tidlig erkendelse af, at der er tale om en opioidoverdosis, så den pågældende kan komme på skadestuen, kan være væsentlig for forebyggelsen af en dødelig udgang. Kontakt med nødhjælpstjenesterne og behandling for akut forgiftning er en lejlighed til at få information om forebyggelse af overdoser og henvisning til rådgivning og behandling.

Overvågning af ikke-dødelige overdoser kan gøre det muligt at krydsvalidere information om narkotikarelaterede dødsfald. I Tjekkiet f.eks. faldt antallet af indlæggelser på grund af ikke-dødelige overdoser mellem 2001 og 2008, hvilket afspejler faldet i antallet af opioiddødsfald. Samtidig steg antallet af ikke-dødelige overdoser og dødsfald i forbindelse med metamfetaminbrug.

kan være resultatet af, at de kombinerer stoffer, eftersom nogle behandlingssklienter stadig bruger gadeopioider, giver sig til at drikke tæ og bruger ordinerede psykoaktive stoffer. Imidlertid sker de fleste dødsfald som følge af substitutionsstoffer (ofte i kombination med andre stoffer) blandt mennesker, som ikke er i substitutionsbehandling (Heinemann et al., 2000).

Der ser ikke ud til at ske hyppige dødsfald som følge af buprenorphinforgiftning, selv om dette stof bruges i stigende grad i substitutionsbehandlingen i Europa (se kapitel 6). I Finland er buprenorphin dog fortsat det mest almindelige opioid påvist ved retsmedicinske obduktioner, normalt kombineret med andre stoffer som alkohol, amfetamin, cannabis og medicin eller injiceret.

I Estland blev de fleste narkotikaforårsagede dødsfald, som blev indberettet i 2007 og 2008, sat i forbindelse med brugen af 3-methylfentanyl. I Finland blev der indberettet opioider som oxycodon, tramadol eller fentanyl, om end disse stoffers rolle i dødsfaldene ikke blev specificeret.

### Dødsfald i forbindelse med andre stoffer

Dødsfald forårsaget af akut kokainforgiftning ser ud til at være forholdsvist sjældne <sup>(143)</sup>. Men da kokainoverdoser er mere vanskelige at definere og afdække end dødsfald i forbindelse med opioider, kan de være underrepræsenteret.

I 2008 blev der indberettet omkring 1 000 kokainrelaterede dødsfald i 15 lande. Der er tegn på, at kokain bliver påvist i et stigende antal narkotikaforårsagede dødsfald indberettet i europæiske lande, men på grund af manglende sammenlignelighed i de tilgængelige data er det ikke muligt at beskrive den europæiske tendens. Der er i de senere år observeret en markant stigning i antallet af kokainrelaterede dødsfald i de 2 lande med den højeste prævalens for kokainbrug i befolkningen generelt. I Spanien skete der mellem 2002 og 2007 en markant stigning i antallet af dødsfald, hvor kokain var involveret i mangel af opioider. I Det Forenede Kongerige fordobledes antallet af dødsattester, hvor kokain blev nævnt, mellem 2003 (161) og 2008 (325).

Der indberettes sjældent dødsfald, hvor ecstasy er involveret, og i mange tilfælde er stoffet ikke blevet identificeret som den direkte dødsårsag <sup>(144)</sup>. EONN's udvalgte tema 2010 om problematisk amfetamin- og metamfetaminbrug indeholder en gennemgang af data om dødsfald i forbindelse med disse to stoffer.

### Tendenser i narkotikaforårsagede dødsfald

Antallet af narkotikaforårsagede dødsfald steg stejlt i Europa i løbet af 1980'erne og begyndelsen af 1990'erne sideløbende med stigningen i heroinbrug og intravenøs stofbrug og forblev herefter på et højt niveau <sup>(145)</sup>.

Fra 2000-2003 indberettede de fleste EU-medlemsstater et fald (23 %) fulgt af en stigning (11 %) i antal dødsfald fra 2003-2007. De foreløbige tilgængelige data for 2008 tyder på, at tallet bliver mindst lige så stort som det foregående år, hvor der blev indberettet stigninger i 11 ud af 18 lande, hvor sammenligning er mulig. Det Forenede Kongerige og Tyskland, som tegner sig for hovedparten af de indberettede tilfælde i Europa, viser en progressiv

<sup>(143)</sup> Se boksen »Kokainforårsagede dødsfald«.

<sup>(144)</sup> Oplysninger om dødsfald relateret til andre stoffer end heroin findes i tabel DRD-108 i Statistical bulletin 2010.

<sup>(145)</sup> Se figur DRD-8 og DRD-11 i Statistical bulletin 2010.

## Kokainforårsagede dødsfald

Kokaindødsfald er et meget mere komplekst fænomen end opioidoverdoser, som har forholdsvis tydelige kliniske symptomer. Derfor er der muligvis mange kokainforårsagede dødsfald, som politi eller retsmedicinere ikke bliver opmærksomme på som følge af deres symptomer og på grund af ofrenes sociale profil.

Kokainbrug kan forårsage dødsfald via forskellige mekanismer. Rene farmakologiske kokainoverdoser forekommer, men dødelig udgang forbindes normalt kun med en massiv indtagelse af stoffet. De fleste dødsfald i forbindelse med kokainbrug, forårsages af kardiovaskulære eller cerebralevaskulære hændelser (Sporer, 1999). Disse er ikke dosisafhængige og kan også forekomme blandt lejlighedsvis brugere eller ved lave doser, især hos mennesker, der i forvejen har kardiovaskulære eller cerebralevaskulære problemer. De fleste dødsfald med tegn på kokainbrug forekommer imidlertid blandt problematiske brugere, som lider af patologier forårsaget af kronisk narkotikabrug (koronar aterosklerose, ventrikulær hypertrofi eller andre problemer) (Darke et al., 2006). Disse kan forværres af alkoholbrug (Kolodgie et al., 1999) og tobaksrygning. I en ukendt andel af kokainrelaterede dødsfald erkendes forbindelsen med narkotikabruget muligvis ikke på grund af den manglende kliniske specificitet, og fordi dødsfaldet måske først sker dage eller uger efter det akutte problem. Patologier forårsaget af regelmæssig kokainbrug kan også være grundlaget for senere hjerteinfarkt udløst af andre faktorer på samme måde som ved tobaksbrug.

Der ligger særlige udfordringer i at vurdere den reelle byrde af sundhedsproblemer og tab af liv i forbindelse med kokain, og det vil kræve andre metoder end dem, der bruges for dødsfald som følge af opioidoverdosis.

år-til-år stigning siden henholdsvis 2003 og 2006. Andre lande (f.eks. Frankrig, Finland, Norge) indberettede også en stigning.

Årsagerne til det fortsat høje antal indberettede narkotikaforårsagede dødsfald er vanskelige at afdække, især fordi der er tegn på fald i intravenøs stofbrug og stigninger i antallet af opioidbrugere, som er i kontakt med behandlings- og skadesreduktionstjenester. Mulige forklaringer, der kræver yderligere undersøgelser, omfatter: stigninger i blandingsbrug (EONN, 2009d) eller højrisikoadfærd, stigninger i antallet af tilbagefald blandt opioidbrugere, der har afsluttet en fængselsstraf eller et behandlingsforløb samt en gruppe af aldrende stofbrugere, muligvis med en mere sårbar population af kroniske stofbrugere. F.eks. indberetter flere lande (f.eks. Tyskland, Spanien, Det Forenede Kongerige) en øget andel af tilfælde over 35 år, hvilket afspejler den stigende tendens i gennemsnitsalderen for narkotikaforårsagede dødsfald (figur 15).

## Samlet narkotikarelateret dødelighed

Den samlede narkotikarelaterede dødelighed omfatter narkotikaforårsagede dødsfald og dødsfald, der er indirekte forårsaget af stofbrug, f.eks. på grund af overførsel af smitsomme sygdomme, hjertekarproblemer og ulykker. Antallet af dødsfald, der indirekte er relateret til stofbrug, er vanskeligt at fastslå, men virkningen heraf for folkesundheden kan være stor. Narkotikarelaterede dødsfald er især koncentreret blandt problematiske stofbrugere, om end nogle (f.eks. trafikulykker) forekommer blandt lejlighedsvis brugere.

Den samlede narkotikarelaterede dødelighed kan anslås på forskellige måder, f.eks. ved at kombinere data fra kohorteundersøgelser af dødelighed med skøn over udbredelsen af stofbrug. En anden metode er at benytte eksisterende generelle dødelighedsstatistikker og vurdere den andel, der er relateret til stofbrug.

## Kohorteundersøgelser af dødelighed

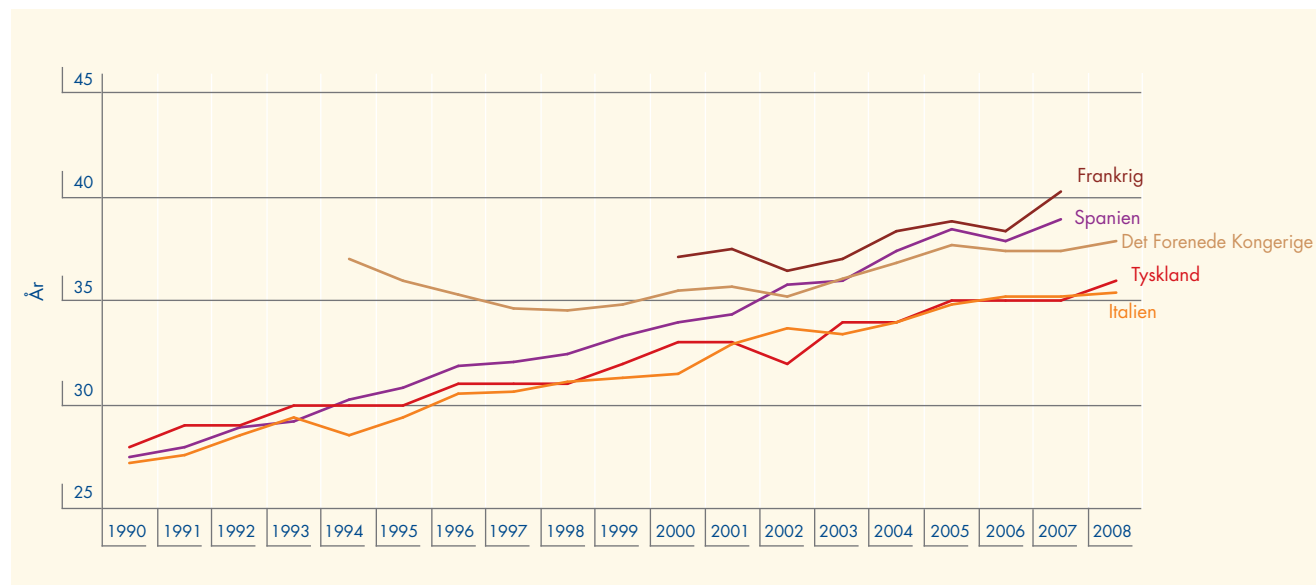
Kohorteundersøgelser af dødelighed følger de samme grupper af problematiske stofbrugere over tid og bruges gennem kobling til dødelighedsregistre til at forsøge at afdække de dødsårsager, der forekommer i denne gruppe. Denne type undersøgelse kan fastslå de samlede og årsagsspecifikke dødelighedstal for kohorten og kan anslå gruppens overdødelighed i forhold til den almindelige befolkning (<sup>146</sup>).

Afhængigt af rekrutteringsbaggrunden (f.eks. narkotikabehandlingscentre) og kriterier for medtagelse (f.eks. intravenøse stofbrugere) viser de fleste kohorteundersøgelser en dødelighed på 1-2 % om året blandt problematiske stofbrugere. Disse dødelighedstal er groft sagt 10-20 gange højere end for den samme aldersgruppe i befolkningen generelt. Den relative betydning af dødsårsagerne varierer fra land til land og over tid. Den vigtigste dødsårsag blandt problematiske stofbrugere er dog generelt en overdosis, som tegner sig for op til 50-60 % af dødsfaldene blandt intravenøse stofbrugere i lande med lav hiv/aidsprævalens. Ud over hiv/aids og andre sygdomme omfatter hyppigt indberettede dødsårsager selvmord og alkoholmisbrug, som det illustreres i en nylig undersøgelse i Stockholm, hvor det blev konstateret, at 17 % af dødsfaldene i en kohorte af hovedsageligt opioidbrugere skyldtes selvmord, og 15 % skyldtes ulykker. Alkohol var involveret i 30 % af dødsfaldene (Stenbacka et al., 2010).

## Dødsfald, der er indirekte relateret til stofbrug

Ved at kombinere eksisterende data fra Eurostat og hiv/aidsovervågningen har EONN anslået, at ca.

<sup>146</sup> For oplysninger om kohorteundersøgelser af dødelighed se Key indicators på EONN's websted.

**Figur 15:** Tendenser i gennemsnitsalderen for narkotikaforårsagede dødsfald i nogle europæiske lande

NB: Se yderligere oplysninger i figur DRD-3 i Statistical bulletin 2010. Det Forenede Kongerige er baseret på narkotikastrategideinitionen.  
 Kilde: Nationale Reitoxknudepunkter.

2 100 mennesker døde af hiv/aids, som kunne tilskrives stofbrug i EU i 2007 <sup>(147)</sup>, idet 90 % af disse dødsfald skete i Spanien, Frankrig, Italien og Portugal. Efter indførelsen af højaktiv antiretroviral behandling i 1996 faldt hiv/aidsdødeligheden markant i de fleste EU-lande, men den er siden 2003 steget i Estland og Letland. De højeste hiv/aidsdødelighedsfrekvenser blandt stofbrugere er rapporteret for Portugal efterfulgt af Estland, Spanien, Letland og Italien, mens frekvenserne er lave for de fleste andre lande <sup>(148)</sup>.

Andre sygdomme, som også tegner sig for en del af dødsfaldene blandt stofbrugere, er kroniske lidelser som leversygdomme, især på grund af hepatitis C (HCV)-infektion og ofte forværret af massiv alkoholbrug og samtidig hivinfektion. Dødsfald forårsaget af andre smitsomme sygdomme er sjældnere. Ikke-smitsomme sygdomme som dødsårsag omfatter hovedsagelig kræft og hjertekarproblemer <sup>(149)</sup>.

Der har været langt mindre opmærksomhed om andre årsager til dødsfald blandt stofbrugere trods tegn på, at de har en betydelig indvirkning på dødeligheden. WHO anslog i en undersøgelse (Degenhardt et al., 2009) for nylig, at selvmord og traumer kunne være årsag til omkring en tredjedel af de dødsfald, der tilskrives problematisk stofbrug i Europa, hvilket betyder flere tusind dødsfald hvert år. Specifikt med hensyn til selvmord viste en litteraturgennemgang (Darke og Ross, 2002), at heroinbrugere havde en 14 gange højere risiko for at dø ved selvmord end den almindelige befolkning.

Information om antallet af dødsfald på grund af kørsel i narkotikapåvirket tilstand er fortsat sparsom. Nogle undersøgelser tyder på øgede risici for ulykker i forbindelse med ulovlig stofbrug og på, at den kombinerede brug af stoffer og alkohol forårsager yderligere svækkelse (EONN, 2008b).

## Nedbringelse af antallet af narkotikarelaterede dødsfald

15 europæiske lande melder om, at deres nationale narkotikastrategi indeholder en delstrategi for nedbringelse af narkotikaforårsagede dødsfald, at sådanne politikker findes på regionalt niveau, eller at de har en specifik handlingsplan for forebyggelse af narkotikarelaterede dødsfald. Østrig anfører, at man er ved at udarbejde et strategidokument.

### Foranstaltninger

Behandling mindsker dødelighedsrisikoen blandt stofbrugere betydeligt (Davoli et al., 2007), om end risici i forbindelse med stoftolerance opstår, når brugeren kommer i eller går ud af behandling. Undersøgelser viser, at risikoen for narkotikaforårsaget død ved tilbagefald efter behandling eller i ugerne efter løsladelse fra fængsel øges betydeligt. Dette førte til offentliggørelsen af WHO-Europas anbefalinger om forebyggelse af overdosis i fængsler og forbedret opfølgende behandling efter løsladelsen (WHO, 2010).

<sup>(147)</sup> Se tabel DRD-5 (del iii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(148)</sup> Se figur DRD-7 (del ii) i Statistical bulletin 2010.

<sup>(149)</sup> Især vedrørende kokain, se »Sundhedsmæssige konsekvenser af kokainbrug« i kapitel 5.

Danmark og Norge har for nylig prioriteret buprenorphin i deres retningslinjer for substitutionsbehandling på grund af dets farmakologiske sikkerhedsprofil. Spanien har for nylig godkendt kombinationen buprenorphin-naloxon til patienter i substitutionsprogrammer, som gennemføres af det nationale sundhedsvæsen med det formål at nedbringe antallet af narkotikaforårsagede dødsfald.

Sammen med forbedret adgang til narkotikabehandling er der undersøgt andre foranstaltninger til at nedbringe risikoen for overdosis hos stofbrugere. Disse foranstaltninger er rettet mod personlige, situationsbetingede og stofbrugsrelaterede faktorer. I en gennemgang af dokumentation (Rome et al., 2008) for nylig blev det anbefalet at øge bevidstheden blandt praktiserende læger om farerne ved mange ordinationer, især af antidepressiva. Der er truffet foranstaltninger i Luxembourg til at kontrollere ordination af mange stoffer til substitutionsklienter og dermed nedbringe antallet af nødsituationer i forbindelse med brugen af benzodiazepiner.

Uddeling af informationsmateriale rapporteres som en fælles foranstaltning til at nedbringe antallet af narkotikaforårsagede dødsfald i Europa <sup>(150)</sup>. Mange lande melder om, at de tilbyder undervisning i overdosisforebyggelse, -opdagelse og -håndtering til stofbrugere og deres naboeer, venner og familier samt til de serviceudbydere, der arbejder med stofbrugere. Udbuddet af disse tiltag er imidlertid ofte sporadisk og begrænset.

Efter en epidemi af fentanyloverdoser opfordrer estiske eksperter nu til indførelse af overdosisforebyggelsesprogrammer i landet. Belgien, Tjekkiet, Estland og Nederlandene melder om

tidlige varslingsystemer, som indsamler og formidler information om nye stoffer eller farlige kombinationer via lavtærskelcentre, herberger eller behandlingscentre. I Nederlandene blev et overvågningssystem for narkotikarelaterede akutte sundhedsrisici testet i 2009 og er nu ved at blive udbygget.

Overdosisundervisning kombineret med en dosis naloxon til hjemmebrug – som modvirker virkningerne af opioider – er en tilgang, der kunne redde mange liv. Tiltaget er målrettet stofbrugere og deres familier, personer, der kan være sammen med en bruger under en overdosis, og har til formål at gøre dem i stand til at gribe effektivt ind, mens de venter på ambulancen. Undersøgelser viser, at de, der fik undervisning, udviste bedre viden om tegnene på overdosis og havde øget tillid til at bruge naloxon. I 2009 begyndte et projekt i England, hvor man uddelte pakker med en sprøjte, der på forhånd var fyldt med naloxon, til 950 familiemedlemmer til stofbrugere. Som led i en igangværende undersøgelse udleveres pakker med engangssprøjter med naloxon til opioidbrugere, som forlader fængslet i England, Skotland og Wales. På forhånd fyldte sprøjter kan fås i Italien via narkotikacentre, bruges i et forsøg i Portugal og er blevet indført i Bulgarien. Tilbud om en næsespray med naloxon er indledt i et brugerstyret projekt i København.

Overvågede fixerum åbner mulighed for hurtig indgriben ved første tegn på en overdosis. Operationelle data viser, at overdoser, der foregår sådanne steder, håndteres med held uden indberettede tilfælde af dødelige overdoser. Det mindsker også virkningen af ikke-dødelige overdoser, herunder uoprettelig skade på hjerne og andre vitale organer som følge af hypoxi, at sikre omgående hjælp (Hedrich et al., 2010).

<sup>(150)</sup> Se tabel HSR-8 i Statistical bulletin 2009.



## Kapitel 8

# Nye stoffer og nye tendenser

### Indledning

Selv om nye psykoaktive stoffer og nye stofbrugsmønstre normalt først viser sig blandt begrænsede sociale grupper eller nogle få steder, kan de have betydelige folkesundhedsmæssige og narkotikapolitiske konsekvenser. Det er metodisk og praktisk en udfordring at sikre objektiv information om nye trusler i rette tid til politikere, fagfolk og den brede befolkning, og det bliver stadigt vigtigere i betragtning af, at det europæiske narkotikaproblem bliver stadigt mere dynamisk og udvikler sig hurtigt. Den Europæiske Unions system for tidlig varsling rummer en mekanisme for hurtig reaktion på fremkomsten af nye psykoaktive stoffer på narkotikaområdet.

Der er fremkommet en lang række nye uregulerede syntetiske forbindelser i de senere år. Disse stoffer markedsføres på internettet som »legal highs«, dvs. lovlige trip, og er designet til at omgå narkotikakontrollen. De udgør en udfordring for de nuværende metoder til overvågning og kontrol af nye psykoaktive stoffer. Som det fremgår af dette kapitel, er der de sidste to år fremkommet nye rygbare planteprodukter tilsat syntetiske cannabinoider, og forskellige syntetiske cathinoner er blevet stadigt mere populære.

### Indsats over for nye stoffer

I 2009 blev der formelt indberettet 24 nye syntetiske psykoaktive stoffer via det europæiske system for tidlig varsling. Det er det største antal, som er indberettet på ét år, og stigningen skyldes hovedsageligt identifikationen af ni nye syntetiske cannabinoider det foregående år. Også i 2009 blev der indberettet nye stoffer tilhørende kemiske familier, som nye psykoaktive stoffer normalt kommer fra, nemlig fem phenethylaminer, to tryptaminer og fire syntetiske cathinoner. Der blev ikke indberettet nye piperaziner eller psykoaktive planter.

Siden det tidlige varslingssystem blev oprettet i 1997, er over 110 stoffer blevet indberettet til EONN og Europol. Der er fremkommet nye stofgrupper i de sidste fem år. Der

er tale om forskellige piperaziner, syntetiske cathinoner og syntetiske cannabinoider. Imidlertid er der ikke identificeret piperaziner i de sidste to indberetningsår. Kun seks var planter eller af vegetabilsk oprindelse, og det er sandsynligt, at syntetiske psykoaktive stoffer fortsat vil være de hyppigst indberettede nye stoffer i fremtiden.

Tre stoffer med medicinske egenskaber blev indberettet i 2009. Disse omfatter pregabalin, et receptpligtigt lægemiddel, som markedsføres under navnet Lyrica og bruges til at behandle neuropatisk smerte, epilepsi og generaliseret angst. En ny gennemgang af lægemiddelovervågningsdata peger på bekymringer for misbrug heraf i Finland, Sverige og Norge. Information fra det tidlige varslingssystem tyder også på, at pregabalin kan have været involveret i bruger dødsfald i Finland, Sverige og Det Forenede Kongerige, hvor det blev fundet i retstoksikologiske analyser. Brugerrapporter tyder på, at pregabalin virker som alkohol, GHB (gamma-hydroxybutyridsyre), ecstasy og benzodiazepiner. Det siges også at dæmpe heroin (opioid) abstinenssymptomer.

Det tidlige varslingssystem overvåger også uregulerede psykoaktive produkter — de såkaldte »legal highs« — som sælges over internettet og via »smart shops« eller »head shops«, annonceret med aggressive og avancerede markedsføringsstrategier og i nogle tilfælde bevidst forkert mærkede, så de opgivne ingredienser afviger fra den faktiske sammensætning. Markedet for »legal highs« skiller sig ud ved den hastighed, hvormed leverandørerne omgår narkotikakontrollen ved at tilbyde nye alternativer.

### Mephedron

Syntetiske cathinoner er de sidste par år i stigende grad blevet indberettet via det tidlige varslingssystem. I øjeblikket er 15 af disse stoffer under overvågning, herunder mephedron, methylon, methedron og MDPV<sup>(151)</sup>. Disse »designerforbindelser« er derivater af cathinon, som er et af de psykoaktive principper i planten khat (*Catha edulis*), og er strukturelt beslægtet med amfetamin<sup>(152)</sup>.

<sup>(151)</sup> Mephedron (4-methylmethcathinon), methylon (3,4-methylenedioxy-methcathinon), methedron (4-methoxymethcathinon) og MDPV (3,4-methylenedioxy-pyrovaleron).

<sup>(152)</sup> Narkotikaprofiler for khat og syntetiske cathinonderivater kan ses på EONN's websted.

## Overvågning af nye psykoaktive stoffer i Europa

I henhold til Rådets afgørelse om nye psykoaktive stoffer (1) etableres der en europæisk mekanisme for hurtig udveksling af oplysninger om nye psykoaktive stoffer, der kan udgøre folkesundhedsmæssige og sociale trusler (EONN, 2007b). EONN og Europol har fået pålagt en central rolle med at gennemføre det tidlige varslingsystem i tæt samarbejde med deres netværk af nationale partnere. Så snart et nyt psykoaktivt stof opspores på det europæiske marked, sikrer medlemsstaterne, at oplysning om fremstilling, handel og brug af stoffet overføres til EONN og Europol via de nationale Reitoxknudepunkter og Europolis nationale enheder. Rådets afgørelse danner også rammer om en vurdering af risici i tilknytning til nye stoffer (se EONN, 2010b). Information om stoffer af fastslået og anerkendt medicinsk værdi kan også udveksles via den tidlige varslings, men de må ikke underkastes risikovurdering i henhold til Rådets afgørelse.

(1) Rådets afgørelse 2005/387/RIA af 10. maj 2005 om udveksling af oplysninger om, risikovurdering af og kontrol med nye psykoaktive stoffer (EUT L 127 af 20.5.2005, s. 32).

Mephedron er et derivat af methcathinon — et stof på listen i FN-konventionen fra 1971. Det dukkede op første gang i Europa i 2007 og ser ud til at være blevet populært blandt unge stofbrugere, hvilket har ført til en specifik efterspørgsel efter dette stof. Det ser navnlig ud til at være tilfældet i Det Forenede Kongerige, hvor mephedron har fået mediernes opmærksomhed. Rapporter fra andre medlemsstater tyder på, at det også bruges andre steder i Europa.

Tyskland, Nederlandene, Sverige og Det Forenede Kongerige har meldt om beslaglæggelser af store mængder mephedron i 2009. I Sverige bekræftede toksikologiske resultater indflydelsen fra mephedronbrug i et dødsfald, og i Det Forenede Kongerige bliver en række dødsfald undersøgt for mulig indflydelse fra mephedron. Der er for nylig indført kontrolforanstaltninger for mephedron af Danmark, Estland, Irland, Tyskland, Rumænien, Sverige, Det Forenede Kongerige, Kroatien og Norge.

Mephedron er lettilgængelig på internettet, hvor det kan sælges som et lovligt alternativ til kokain eller ecstasy. Der annonceres for stoffet på forskellig vis som et »forskningskemikalie«, »badesalt«, »til botanisk forskning«, »plantenæring« eller »plantegødning«, ofte med bemærkningen »ikke til konsum« med henblik på at omgå potentielle kontrolmekanismer. Ofte nævnes der intet i ingredienslisten om tilstedeværelsen af psykoaktive stoffer. En søgning på onlinemephedronbutikker gennemført i marts 2010 på engelsk viste, at mindst

77 websteder solgte stoffet. De fleste af disse websteder solgte kun mephedron og var baseret i Det Forenede Kongerige. Efter at Det Forenede Kongerige i april 2010 klassificerede mephedron og andre syntetiske cathinoner som kontrollerede stoffer, er flertallet af mephedronwebstederne ophørt med at eksistere.

Data om brugen af 29 stoffer, bl.a. en række »legal highs«, blev indsamlet i en onlineundersøgelse gennemført i slutningen af 2009 i samarbejde med Det Forenede Kongeriges danse musik-magasin Mixmag<sup>(153)</sup>. Mephedron blev anført som det fjerde mest almindeligt brugte stof (efter cannabis, ecstasy og kokain) og det mest brugte »legal high« blandt de 2 295 respondenter. Omkring en tredjedel (33,6 %) anførte, at de havde brugt det inden for den seneste måned, 37,3 % inden for det seneste år og 41,7 % på et tidspunkt. Tallene for methylon var henholdsvis 7,5 %, 10,0 % og 10,8 %. Den lille forskel mellem prævalens for seneste måned og langtidsprævalens tyder på et nyt fænomen, der er under hurtig udbredelse. På grund af onlineundersøgelsernes metodiske begrænsninger kan disse resultater imidlertid ikke betragtes som repræsentative for den bredere population af natklubgængere, men disse undersøgelser kan dog give hurtig adgang til specifikke populationer (Verster et al., 2010).

## Overvågning af onlinenarkotikabutikker

Det tidlige varslingsystem har overvåget markedsføringen af nye psykoaktive stoffer på internettet hvert år siden 2006. Ændringer i de anvendte metoder har øget undersøgelsernes kvalitet og dækning, men data for de forskellige år er ikke direkte sammenlignelige.

## EONN og Europolis fælles rapport om mephedron

EONN og Europol afsluttede en vurdering af den foreliggende information om mephedron i januar 2010 baseret på de kriterier, der blev opstillet i retningslinjerne for det tidlige varslingsystem (EONN, 2007b). Disse omfatter mængden af beslaglagt materiale, bevis for, at der er tale om organiseret kriminalitet, bevis for international handel, det psykoaktive stofs toksikofarmakologiske egenskaber, bevis for potentialet for yderligere (hurtig) spredning og bevis for tilfælde af alvorlig forgiftning eller dødsfald.

EONN og Europol vedtog, at den foreliggende information om mephedron opfylder kriterierne for, at der kan udarbejdes en fælles rapport. EONN og Europolis fælles rapport blev præsenteret for Rådet for Den Europæiske Union, Europa-Kommissionen og Det Europæiske Lægemiddelagentur, og det blev besluttet at iværksætte en formel risikovurderingsprocedure vedrørende stoffet.

(153) Personlig meddelelse fra Adam Winstock, King's College London.

I 2010 blev der identificeret 170 onlinebutikker, hvoraf 30 tilbød både »legal highs« og hallucinogene svampe, typisk med et bredt udvalg af produkter fra begge grupper. 34 tilbød kun hallucinogene svampe, og 106 solgte »legal highs«, men ikke hallucinogene svampe <sup>(154)</sup>.

Antallet af sælgere af hallucinogene svampe ser ud til at være steget siden 2006, da der blev identificeret 39 butikker, som solgte disse produkter (EONN, 2006). I 2010 blev der identificeret 64 onlinebutikker, der solgte hallucinogene svampe, idet de fleste solgte dyrkningskit, sporer og rød fluesvamp (*Amanita muscaria*) snarere end psilocybinholdige svampe.

Ifølge onlineundersøgelsen fra 2009, som kun fokuserede på »legal highs«, var det største antal onlinebutikker baseret i Det Forenede Kongerige efterfulgt af Tyskland og Nederlandene. Snapshotet fra 2010 viste med sit udvidede genstandsfelt et andet mønster, idet 38 onlinebutikker var baseret i Nederlandene, 20 i Det Forenede Kongerige og 20 i Tyskland. Lande, hvor der var mindst fem onlinebutikker, omfatter Polen, Frankrig og Ungarn, mens færre var baseret i Tjekkiet, Spanien, Portugal, Slovakiet, Italien og Sverige. 38 onlinebutikker

### Snapshot af onlinenarkotikabutikker: metoder

2010-undersøgelsen fandt sted mellem den 25. januar og den 5. februar og havde fokus på onlinenarkotikabutikker (detail- og engroshandel), som er tilgængelige for enhver europæisk internetbruger, der er interesseret i at købe »legal highs« (bl.a. »Spice«), GHB/GBL eller hallucinogene svampe. Onlinebutikker, der ikke sendte til mindst ét EU-medlemsland, var ikke omfattet.

Søgestrengene blev først afprøvet på engelsk med henblik på at identificere dem, som gav det højeste antal relevante hits. Herefter blev der foretaget søgninger på 15 sprog, der tales som modersmål af 84 % af EU's indbyggere (!). Der blev brugt tre forskellige søgemaskiner: Metacrawler, Google og en »national« søgemaskine afhængig af land og sprog.

Prøveudtagningen bestod i at undersøge de første 100 links og fortsatte, indtil 20 på hinanden følgende links viste sig at være irrelevante. For hvert identificeret websted blev der indsamlet følgende oplysninger: produkter til salg, produktbeskrivelser, priser, tilgængelighed på lager, leveringslande, ingredienser, sundhedsadvarsler og brugernes anmeldelser.

(!) Tjekkisk, dansk, nederlandsk, engelsk, fransk, tysk, græsk, ungarsk, italiensk, maltesisk, polsk, portugisisk, slovakisk, spansk og svensk.

var baseret i USA, og hjemstedet for 15 onlinebutikker kunne ikke fastslås. I modsætning til de onlinebutikker, der er baseret i Det Forenede Kongerige, er mange af dem, som er baseret i Nederlandene, tilknyttet specialbutikker. Samlet brugte 73 % af onlinebutikkerne engelsk, idet 42 % ikke tilbød et andet sprog.

### »Spice«-fænomenet

»Spice« sælges på internettet og i specialbutikker som en rygeblanding. I 2008 opdagede retskemikere, at det ikke er det uskadelige planteprodukt, det hævdes at være. De egentlige psykoaktive stoffer i »Spice« blev identificeret som syntetiske tilsætningsstoffer, stoffer som cannabinoid receptoragonisten <sup>(155)</sup> JWH-018, der efterligner virkningerne af tetrahydrocannabinol (THC) i cannabis.

Det såkaldte »Spice«-fænomen fik fortsat stor opmærksomhed i 2009. I årets løb er navne og mærkeemballage for »Spice«-lignende produkter blevet mere og mere forskelligartede. De psykoaktive forbindelser, som tilsættes disse produkter, er også ændret som reaktion på nye kontrolforanstaltninger (EONN, 2009f). Ni nye syntetiske cannabinoider blev indberettet gennem det tidlige varslingsystem i 2009 <sup>(156)</sup>.

Udvalget og antallet af syntetiske cannabinoider eller andre stoffer, der kan tilsættes til planteprodukter, udgør udfordringer i forbindelse med identificering, overvågning og risikovurdering. Man ved næsten intet om disse forbindelsers farmakologi, toksikologi og sikkerhedsprofiler hos mennesker. Typen og mængden af tilsatte syntetiske cannabinoider kan også variere betydeligt, og nogle af disse forbindelser kan være højaktive i meget små doser. Som følge heraf kan vilkårlig overdosering med risiko for alvorlige psykiatriske eller andre komplikationer ikke udelukkes.

Ingen af de syntetiske cannabinoider kontrolleres i henhold til FN-konventionerne, og der er ingen information om, at nogen af dem er blevet tilladt som lægemidler i EU. I skrivende stund har flere medlemsstater forbudt eller på anden vis kontrolleret »Spice«-lignende produkter og relaterede forbindelser <sup>(157)</sup>. De påståede planteingredienser i »Spice«-produkter bliver ikke kontrolleret internationalt, men nogle medlemsstater (Letland, Polen, Rumænien) har sat en eller flere af dem på deres lister over kontrollerede stoffer. Uden for EU kontrollerer Schweiz »Spice«-planteblandinger« under sine fødevareregler.

I onlineundersøgelsen fra 2010 faldt antallet af onlinebutikker, der tilbyder »Spice«, drastisk sammenlignet

<sup>(154)</sup> Se boksen »Snapshot af onlinenarkotikabutikker: metoder«.

<sup>(155)</sup> En agonist er et kemisk stof, der bindes til en bestemt receptor i en celle og udløser en aktivitet i cellen. En agonist efterligner ofte endogene eller naturligt forekommende stoffers påvirkning.

<sup>(156)</sup> Se narkotikaprofilen *Synthetic cannabinoids and Spice* på EONN's websted.

<sup>(157)</sup> Danmark, Tyskland, Estland, Irland, Frankrig, Letland, Litauen, Luxembourg, Østrig, Polen, Rumænien, Sverige, Det Forenede Kongerige.



med det foregående år. Selv om 2010-undersøgelsen har en bredere dækning, afdækkede den kun 21 butikker, som tilbød »Spice«-lignende produkter sammenlignet med 55 i 2009. I år var to onlinebutikker, som tilbød »Spice«, baseret i Det Forenede Kongerige, hvilket er et fald fra 23 sidste år. I det seneste snapshot hævdede 15 butikker at have »Spice« på hylderne, og otte af dem afslørede, hvor de er baseret, nemlig tre i USA og en i Spanien, Polen, Portugal, Rumænien og Det Forenede Kongerige. De resterende seks onlinebutikker, der tilbød »Spice«-lignende produkter, anførte, at de var udgået for produktet, og brugte muligvis mærkenavnet for at tiltrække kunder.

I modsætning til ulovlige stoffer blev der ikke indberettet nogen store beslaglæggelser af »Spice«-lignende produkter, og der mangler rapporter om kriminalitet i forbindelse med fænomenet. Dette skaber sammen med den begrænsede viden om de nye forbindelsers kemi og virkninger en »gråzone« omkring overvågningen af disse produkter.

### Prævalens for brugen af »legal highs«

Udtrykket »legal high« dækker en bred vifte af produkter, fra planteblandinger til syntetiske stoffer eller »designer drugs« og »partypiller«, som bruges på forskellige måder (ryges, sniffes, indtages). Endvidere kan disse produkter markedsføres som indendørs luftfriskere, planterøgelse eller badesalte, selv om de skal bruges til noget andet. Denne mangfoldighed gør det vanskeligt at indsamle og tolke prævalensdata om »legal highs«.

Nogle få nylige undersøgelser giver prævalensdata om brugen af »legal highs«. En polsk undersøgelse fra 2008 blandt 18-årige skoleelever viste, at 3,5 % havde brugt »legal highs« mindst én gang, hvilket er sammenligneligt med tallet for hallucinogene svampe (3,6 %). Brugen af »legal highs« inden for de seneste 12 måneder blev anført af 2,6 % af eleverne <sup>(158)</sup>.

I henhold til en undersøgelse blandt 1 463 elever på mellem 15 og 18 år på skoler med almen og erhvervsfaglig undervisning i Frankfurt havde omkring 6 % af respondenterne brugt »Spice« mindst én gang, og 3 % havde brugt det inden for de seneste 30 dage. Disse tal kan være blevet påvirket af den medieopmærksomhed, der var om »Spice« på undersøgelsestidspunktet, eftersom kun 1 % af respondenterne anførte, at de havde taget »Spice« mere end fem gange. Næsten to tredjedele af dem, der anførte, at de på et tidspunkt havde brugt

»Spice«, anførte også, at de havde brugt cannabis inden for den seneste måned.

Den seneste Mixmag onlineundersøgelse, som er målrettet natklubgængere i Det Forenede Kongerige, konstaterede, at 56,6 % af respondenterne havde brugt »legal highs«. Disse omfattede plante produkterne »Spice« og »Magic«, BZP-partypiller og andre partypiller med en prævalens inden for den seneste måned på henholdsvis 2,0 %, 4,6 % og 5,3 %. Respondenterne anførte, at de havde fået disse stoffer fra venner (95 %) eller havde købt dem på websteder (92 %), i butikker (78 %), fra festivalboder (67 %) eller dealere (51 %).

## Opfølgning på andre stoffer

### Piperaziner: BZP og mCPP

Det er blevet stadigt mere kompliceret at registrere og tolke beslaglæggelsesdata om piperaziner. Dette skyldes de mange stoffblandinger, der kan findes i pulvere og tabletter <sup>(159)</sup>, men også, at piperaziner også kombineres med andre stoffer såsom amfetamin og MDMA. Endvidere har kriminaltekniske laboratorier ikke altid ressourcer til at identificere alle ingredienser i blandinger og især dem, der ikke er under kontrol.

Tilgængeligheden af BZP ser ud til at være faldet efter Rådets beslutning i 2008 om at underkaste det kontrolforanstaltninger i hele EU <sup>(160)</sup>. Nogle medlemsstater fortsætter dog med at indberette store beslaglæggelser af BZP.

I 2009 syntes mCPP stadig at være det bredest tilgængelige »nye syntetiske stof« <sup>(161)</sup> på det europæiske ecstasymarked, enten alene eller i kombination med MDMA. Information fra det tidlige varslingsystem, herunder rapporter fra brugere i Nederlandene og beslaglæggelser i Danmark og Det Forenede Kongerige, tyder på, at andelen af ecstasypiller, der indeholder mCPP (eller piperaziner generelt), steg markant i første halvdel af 2009 og muligvis overgik ecstasypiller indeholdende MDMA. Det nederlandske overvågningssystem for narkotikainformation meldte også om, at antallet af prøver indsendt af brugere til analyse var fordoblet sammenlignet med de foregående år, sandsynligvis på grund af større bekymringer for piperaziners negative virkninger. Andelen af

<sup>(158)</sup> CBOS-undersøgelse i 2008, prøve på 1 400 unge i afgangsklasserne efter mellemskolen. 15 % af deltagerne anførte, at de havde brugt stoffer inden for de seneste 12 måneder.

<sup>(159)</sup> For eksempel: BZP (1-benzylpiperazin), CPP (chlorophenylpiperazin), TFMPP (1-(3-trifluoromethylphenyl)-piperazin) og DBZP (1,4-dibenzylpiperazin). CPP har tre positionsisomerer, som det ofte er vanskeligt at skelne, og hvoraf mCPP (1-(3-chlorophenyl)piperazin) er den mest udbredte.

<sup>(160)</sup> Rådets afgørelse 2008/206/RIA af 3. marts 2008 om definition af 1-benzylpiperazin (BZP) som et nyt psykoaktivt stof, der skal underlægges kontrolforanstaltninger og strafferetlige foranstaltninger (EUT L 63, 7.3.2008).

<sup>(161)</sup> mCPP kontrolleres ikke internationalt, men en række europæiske lande har gennemført foranstaltninger til at kontrollere det i de sidste par år (Belgien, Cypern, Danmark, Tyskland, Grækenland, Ungarn, Letland, Litauen, Malta, Rumænien, Slovakiet, Kroatien, Tyrkiet, Norge).

ecstasytabletter indeholdende disse stoffer kan være faldet i andet halvår af 2009. I Det Forenede Kongerige kan dette dog til dels være blevet opvejet af en øget tilgængelighed af cathinonderivater.

Disse ændringer afspejler et stadigt mere komplekst ecstasymarked, hvilket kan forklares ved udsving i tilgængeligheden af MDMA-prækursorkemikaliet PMK.

### **GHB/GBL og ketamin**

GHB (gamma-hydroxybutyridsyre) har været under international kontrol siden 2001, mens ketamin, der er et lægemiddel, kan kontrolleres i medlemsstaterne i henhold til deres lovgivning om enten narkotika eller medicin. Brugen af gamma-butyrolacton (GBL), som hurtigt omdannes til GHB, når det indtages, har også på det seneste givet anledning til bekymring i Europa. GBL anses for at være en »ikke-registreret narkotikaprækursor« på EU-plan og er omfattet af den frivillige overvågningsordning for narkotikaprækursorer. Nogle lande (Italien, Letland, Østrig, Sverige, Det Forenede Kongerige, Norge) kontrollerer det i henhold til deres nationale narkotikalovgivning.

Prævalensen for GHB- og ketaminbrug er lav i befolkningen som helhed, men kan være meget

højere i bestemte grupper, miljøer og geografiske områder. Mixmags onlineundersøgelse med fokus på natklubgængere i Det Forenede Kongerige viste en prævalens for brug inden for den seneste måned på 1,7 % for GHB og 1,6 % for GBL, men 32,4 % for ketamin. En undersøgelse blandt natklubgængere i Amsterdam, som blev gennemført i 2003 og 2008 (646 respondenter) meldte om en let stigning i prævalens for GHB-brug inden for den seneste måned fra 4,2 % til 4,7 %. I Tjekkiet viste en undersøgelse i 2008 blandt 363 natklubgængere en prævalens for brug inden for den seneste måned på 0,3 % for GHB og 0,6 % for ketamin. I London viste en undersøgelse blandt 173 natklubgængere, der ønskede lægeassistance i et lægeværelse i klubben, at hele to tredjedele ønskede det på grund af GHB/GBL-brug (Wood et al., 2009). En undersøgelse, som regelmæssigt gennemføres blandt 15-16-årige skoleelever i Frankfurt, viste, at antallet af elever, der havde fået tilbudt GHB, var steget fra 1 % i 2002 til 5 % i 2008.

EONN's internetsnapshot fra 2010 viste ingen onlinebutikker registreret i EU, som tilbød GHB, men GBL blev fundet i fire onlinebutikker. Ingen af disse syntes dog at annoncere GBL som et stof eller antydede, at det kunne bruges for sine psykoaktive egenskaber.





## Referencer <sup>(162)</sup>

- Agrawal, A. og Lynskey, M.T. (2006): »The genetic epidemiology of cannabis use, abuse and dependence«, *Addiction* 101, s. 801-12.
- Amato, L., Minozzi, S., Pani, P.P. og Davoli, M. (2007): »Antipsychotic medications for cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- Ballotta, D., Bergeron, H. og Hughes, B. (2008): »Cannabis control in Europe« in: *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EONN Monografi 8, Bind 1, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg, s. 97-117.
- Bargagli, A.M., Hickman, M., Davoli, M., Perucci, C.A., Schifano, P. et al. (2006): »Drug-related mortality and its impact on adult mortality in eight European countries«, *European Journal of Public Health* 16, s. 198-202.
- Bloor, M., Gannon, M., Hay, G., Jackson, G., Leyland, A.H. og McKeganey, N. (2008): »Contribution of problem drug users' deaths to excess mortality in Scotland: secondary analysis of cohort study. *BMJ* 337:a478.
- Bravo, M.J., Barrio, G., de la Fuente, L., Royuela, L., Domingo, L. og Silva, T. (2003): »Reasons for selecting an initial route of heroin administration and for subsequent transitions during a severe HIV epidemic«, *Addiction* 98, s. 749-60.
- Bruce, R.D., Govindasamy, S., Sylla, L., Kamarulzaman, A. og Alice, F.L. (2009): »Lack of reduction in buprenorphine injection after introduction of co-formulated buprenorphine/naloxone to the Malaysian market«, *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* 35, s. 68-72.
- Brugal, M.T., Pulido, J., Toro, C., de la Fuente, L., Bravo, M.J. et al. (2009): »Injecting, sexual risk behaviors and HIV infection in young cocaine and heroin users in Spain«, *European Addiction Research* 15, s. 171-8.
- Calafat, A., Juan, M. og Duch, M.A. (2009): »Preventive interventions in nightlife: a review«, *Adicciones* 21, s. 387-414.
- Carpenter, K.M., McDowell, D., Brooks, D.J., Cheng, W.Y. og Levin, F.R. (2009): »A preliminary trial: double-blind comparison of nefazodone, bupropion-SR, and placebo in the treatment of cannabis dependence«, *American Journal of Addiction* 18, s. 53-64.
- Castells, X., Casas, M., Pérez-Mañá, C., Roncero, C., Vidal, X. og Capellà, D. (2010): »Efficacy of psychostimulant drugs for cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Chabrol, H., Roura, C. og Armitage, J. (2003): »Bongs, a method of using cannabis linked to dependence«, *Canadian Journal of Psychiatry* 48, s. 709.
- Clausen, T., Anchersen, K. og Waal, H. (2008): »Mortality prior to, during and after opioid maintenance treatment (OMT): a national prospective cross-registry study«, *Drug and Alcohol Dependence* 94, s. 151-7.
- CND (Commission on Narcotic Drugs) (2009): *World drug situation with regard to drug trafficking: report of the Secretariat*, Commission on Narcotic Drugs, De Forenede Nationer, Wien.
- Coffey, C., Carlin, J.B., Lynskey, M., Li, N. og Patton, G. (2003): »Adolescent precursors of cannabis dependence: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study«, *British Journal of Psychiatry* 182, s. 330-6.
- Comptroller and Auditor General (2009): *Drug addiction treatment and rehabilitation*, Comptroller and Auditor General Special Report (tilgængelig online).
- Connolly, J., Foran, S., Donovan, A.M. et al. (2008): *Crack cocaine in the Dublin region: an evidence base for a Dublin crack cocaine strategy*, HRB Research Series 6, Health Research Board, Dublin (tilgængelig online).
- Costa Storti, C. og De Grauwe, P. (2010): »Modelling disorganized crime: the cannabis market«, *Bulletin of Narcotic Drugs* (vil blive offentliggjort).
- CPT (Den Europæiske Komité til Forebyggelse af Tortur og Umenneskelig eller Vanærende Behandling eller Straf) (2006): *The CPT standards — »Substantive« sections of the CPTs General Reports*, CPT/Inf/E (2002)1-Rev.2006 (tilgængelig online).
- Craine, N., Hickman, M., Parry, J.V. et al. (2009): »Incidence of hepatitis C in drug injectors: the role of homelessness, opiate substitution treatment, equipment sharing, and community size«, *Epidemiology and Infection* 137, s. 1255-65.
- Cunningham, J.A. (2000): »Remissions from drug dependence: is treatment a prerequisite?«, *Drug and Alcohol Dependence* 59, s. 211-13.
- Darke, S. og Ross, J. (2002): »Suicide among heroin users: rates, risk factors and methods«, *Addiction* 97, s. 1383-94.
- Darke, S., Kaye, S. og Dufflouw, J. (2006): »Comparative cardiac pathology among deaths due to cocaine toxicity, opioid toxicity and non-drug-related causes«, *Addiction* 101, s. 1771-7.

<sup>(162)</sup> Hyperlinks til onlinekilder kan findes i pdf-versionen af årsberetningen, der ligger på EONN's websted (<http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2010>).

- Davoli, M., Bargagli, A.M., Perucci, C.A. et al. (2007): »Risk of fatal overdose during and after specialised drug treatment: the VEdette study, a national multi-site prospective cohort study«, *Addiction* 102, s. 1954-9.
- Decorte, T. (2000): *The taming of cocaine: cocaine use in European and American cities*, University Press, Belgien.
- Degenhardt, L., Hall, W., Warner-Smith, M. og Linskey, M. (2009): »Illicit drug use«, in: *Comparative quantification of health risks. Global and regional burden of disease attributable to major risk factors*. Bind 1, Majid Ezzati et al. (red.), Verdenssundhedsorganisationen, Geneve (tilgængelig online).
- Derzon, J. H. (2007): »Using correlational evidence to select youth for prevention programming«, *Journal of Primary Prevention* 28, s. 421-47.
- ECDC og WHO's regionalkontor for Europa (2009): *HIV/AIDS surveillance in Europe 2008*, Det Europæiske Center for Forebyggelse af og Kontrol med Sygdomme, Stockholm.
- Eisenbach-Stangl, I., Moskalewicz, J. og Thom, B. (red.) (2009): *Two worlds of drug consumption in late modern societies*, Ashgate, Farnham (UK).
- EONN (2006): *Hallucinogenic mushrooms*, EONN Thematic paper, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (tilgængelig online).
- EMCDDA (2007a): *Drugs and crime: a complex relationship*, Drugs in focus, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2007b): *Early-warning system on new psychoactive substances: operating guidelines*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2007c): *Cocaine and crack cocaine: a growing public health issue*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008a): *A cannabis reader: global issues and local experiences*, EONN Monografi, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008b): *Drug use, impaired driving and traffic accidents*, EONN Insights, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008c): *Drugs and vulnerable groups of young people*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2008d): *Towards a better understanding of drug-related public expenditure in Europe*, EONN Selected issue, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009a): *Årsberetning 2009, narkotikasituationen i Europa*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009b): *Internet-based drug treatment interventions: best practice and applications in EU Member States*, EONN Insights, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009c): *Preventing later substance use disorders in at-risk children and adolescents*, EONN Thematic paper, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg (tilgængelig online).
- EONN (2009d): *Polydrug use: patterns and responses*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009e): *Drug offences, sentences and other outcomes*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2009f): *Understanding the »Spice« phenomenon*, EONN Thematic paper, Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (tilgængelig online).
- EONN (2010a): *Harm reduction: evidence and impacts*, EONN Monografi, Rhodes, T. og Hedrich, D. (red.), Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN (2010b): *Risk assessment of new psychoactive substances: operating guidelines*, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg. EONN (2010c): *Trends in injecting drug use in Europe*, EONN Udvalgt tema, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- EONN og Europol (2010): *Cocaine: a European Union perspective in the global context*, EONN-Europol joint publications, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- Escots, S. og Suderie, G. (2009): *Usages problématiques de cocaïne, quelles interventions pour quelles demandes?*, Tendances 68, Observatoire Français des Drogues et des Toxicomanies, Paris.
- Europa-Kommissionen (2009a): *Economic Crisis in Europe: causes, consequences and responses*, European Economy 7/2009, Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg.
- Europa-Kommissionen (2009b): *First progress report on the implementation of the EU alcohol strategy* (tilgængelig online).
- Faggiano, F., Vigna-Taglianti, F., Burkhart, G., Bohrn, K., Cuomo, L. et al. (2010): »The effectiveness of a school-based substance abuse prevention program: 18-month follow-up of the EU-Dap cluster randomized controlled trial«, *Drug and Alcohol Dependence* 108, s. 56-64.
- Fergusson, D.M., Horwood, L.J., Lynskey, M.T. og Madden, P.A.F. (2003): »Early reactions to cannabis predict later dependence«, *Archives of General Psychiatry* 60, s. 1033-39.
- Fletcher, A., Bonell, C. og Hargreaves, J. (2008): »School effects on young people's drug use: a systematic review of intervention and observational studies«, *Journal of Adolescent Health* 42, s. 209-20.
- Gates, S., Smith, L.A. og Foxcroft, D. (2006): »Auricular acupuncture for cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugere (2008): *Final report on prevention, treatment, and harm reduction services in prison, on reintegration services on release from prison and methods to monitor/analyse drug use among prisoners*, Generaldirektoratet for Sundhed og Forbrugere, Bruxelles (tilgængelig online).

- Gossop, M., Stewart, D., Browne, N. og Marsden, J. (2003): »Methadone treatment for opiate dependent patients in general practice and specialist clinic settings: outcomes at 2-year follow-up«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 24, s. 313-21.
- Gowing, L., Ali, R. og White, J.M. (2010): »Opioid antagonists under heavy sedation or anaesthesia for opioid withdrawal«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 1.
- Grund, J.P., Coffin, P., Jauffret-Roustide, M. et al. (2010): »The fast and the furious: cocaine, amphetamines and harm reduction«, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EONN Monografi, Rhodes, T. og Hedrich, D. (red.): Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg, s. 191-232.
- Hall, W. og Degenhardt, L. (2009): »Adverse health effects of non-medical cannabis use«, *Lancet* 374, s. 1383-91.
- Hedrich, D., Kerr, T. og Dubois-Arber, F. (2010): »Drug consumption facilities in Europe and beyond«, in *Harm reduction: evidence and impacts*, EONN Monografi, Rhodes, T. og Hedrich, D. (red.), Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg, s. 305-31.
- Heinemann, A., Iwersen-Bergmann, S., Stein, S., Schmoltdt, A. og Puschel, K. (2000): »Methadone-related fatalities in Hamburg 1990-1999: implications for quality standards in maintenance treatment?«, *Forensic Science International* 113, s. 449-55.
- Hibell, B., Guttormsson, U., Ahlström, S., Balakireva, O., Bjarnason, T. et al. (2009): *The ESPAD report 2007: alcohol and other drug use among students in 35 European countries*, Swedish Council for Information on Alcohol and Other Drugs (CAN), Stockholm.
- Hoare, J. (2009): »Drug misuse declared: findings from the 2008/09 British Crime Survey«, *Home Office Statistical Bulletin* 12/09.
- Hutchinson, S.J., Taylor, A., Gruer, L., Barr, C., Mills, C. et al. (2000): »One-year follow-up of opiate injectors treated with oral methadone in a GP-centred programme«, *Addiction* 95, s. 1055-68.
- INCB (International Narcotics Control Board) (2010a): *Precursors and chemicals frequently used in the illicit manufacture of narcotic drugs and psychotropic substances*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- INCB (2010b): *Report of the International Narcotics Control Board for 2009*, De Forenede Nationer, New York (tilgængelig online).
- Irish Prison Service (2009): *Irish Prison Service annual report 2008* (tilgængelig online).
- Kimber, J., Palmateer, N., Hutchinson, S. et al. (2010): »Harm reduction among injecting drug users: evidence of effectiveness«, in *Harm reduction: evidence, impacts and challenges*, EONN Monografi, Rhodes, T. og Hedrich, D. (red.), Den Europæiske Unions Publikationskontor, Luxembourg, s. 115-63.
- King, L.A. (2009): *Forensic chemistry of substance misuse: a guide to drug control*, Royal Society of Chemistry, Cambridge.
- Kipke, I., Karachaliou, K., Pirona, A. og Pfeiffer-Gerschel, T. (2009): »Bewährtes übertragen: Modelle der Cannabisbehandlung für die Praxis«, *Sucht* 55, ss. 365-8.
- Kleber, H.D., Weiss, R.D., Anton, R.F. Jr., George, T.P., Greenfield, S.F. et al. (2007): *American Psychiatric Association; Steering Committee on Practice Guidelines: Treatment of patients with substance use disorders*, second edition, *American Journal of Psychiatry* 164 (4 Suppl), s. 5-123.
- Knapp, W.P., Soares, B.G., Farrel, M. og Lima, M.S. (2007): »Psychosocial interventions for cocaine and psychostimulant amphetamines related disorders«, *Cochrane Database of Systematic Reviews* Issue 3.
- Kolodgie, F.D. et al. (1999): »Cocaine-induced increases in the permeability function of human vascular endothelial cell monolayers«, *Experimental and Molecular Pathology* 66, s. 109-22.
- Koning, I.M., Vollebergh, W.A.M., Smit, F., Verdurmen, J.E.E., Van den Eijnden, R.J.J.M. et al. (2009): »Preventing heavy alcohol use in adolescents (PAS): cluster randomized trial of a parent and student intervention offered separately and simultaneously«, *Addiction* 104, s. 1669-78.
- Levin, F.R. og Kleber, H.D. (2008): »Use of dronabinol for cannabis dependence: two case reports and review«, *American Journal of Addiction* 17, s. 161-64.
- Marsden, J., Eastwood, B., Bradbury, C., Dale-Perera, A., Farrell, M. et al. (2009): »Effectiveness of community treatments for heroin and crack cocaine addiction in England: a prospective, in-treatment cohort study«, *Lancet* 374, s. 1262-70.
- Martell, B.A., Orson, F.M., Poling, J., Mitchell, E., Rossen, R.D. et al. (2009): »Cocaine vaccine for the treatment of cocaine dependence in methadone-maintained patients: a randomized, double-blind, placebo-controlled efficacy trial«, *Archives of General Psychiatry* 66, s. 1116-23.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Ali, H., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2010): »HIV prevention, treatment and care for people who inject drugs: a systematic review of global, regional and country level coverage«, *Lancet* 375, s. 1014-28.
- Mathers, B., Degenhardt, L., Phillips, B., Wiessing, L., Hickman, M. et al. (2008): »Global epidemiology of injecting drug use and HIV among people who inject drugs: a systematic review«, *Lancet* 372, s. 1733-1745.
- Mattick, R.P., Breen, C., Kimber, J. og Davoli, M. (2009): »Methadone maintenance therapy versus no opioid replacement therapy for opioid dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3.
- McCambridge, J., Slym, R.L. og Strang, J. (2008): »Randomized controlled trial of motivational interviewing compared with drug information and advice for early intervention among young cannabis users«, *Addiction* 103, s. 1819-20.
- Measham, F. og Moore, K. (2009): »Repertoires of distinction: exploring patterns of weekend polydrug use within local leisure scenes across the English night time economy«, *Criminology and Criminal Justice* 9, s. 437-64.
- Meijers, R. (2007): *Toxicity of cocaine adulterants*, Trimbo's Instituut, Utrecht.

- Miller, W.R., Sorensen, J.L., Selzer, J.A. og Brigham, G.S. (2006): »Disseminating evidence-based practices in substance abuse treatment: A review with suggestions«, *Journal of Substance Abuse Treatment* 31, s. 25-39.
- Minozzi, S., Amato, L., Davoli, M., Farrell, M., Lima Reisser A. et al. (2008): »Anticonvulsants for cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 2.
- Moore, T.H., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R., Jones, P.B. et al. (2007): »Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review« *Lancet* 370, s. 319-28.
- Muscat, R. (Ed.) (2008): *From a policy on illegal drugs to a policy on psychoactive substances*, Council of Europe Publishing, Strasbourg.
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research (2009): *Return on investment 2: Evaluating the cost-effectiveness of needle and syringe programs in Australia*, Sydney (tilgængelig online).
- Nationale Reitoxrapporter (2009): tilgængelig på EONN's websted.
- NOMS (National Offender Management Service) (2009): *National Offender Management Service drug strategy 2008-2011*, Justitsministeriet, London.
- NPIA (National Policing Improvement Agency) (2009): *Digest*, marts (tilgængelig online).
- NTA (National Treatment Agency for Substance Misuse) (2006): *Models of care for adult drug misusers: update*. (tilgængelig online).
- NTA (2007): *Drug misuse and dependence: UK guidelines on clinical management* (tilgængelig online).
- NTA (2009): *Clinical governance in drug treatment: a good practice guide for providers and commissioners*, NTA, London (tilgængelig online).
- NTA (2010): *Powder cocaine: how the treatment system is responding to a growing problem* (tilgængelig online).
- Obradovic, I. (2009): *Évaluation du dispositif des « consultations jeunes consommateurs » (2004-2007) - Publics, filières de recrutement, modalités de prise en charge*, OFDT, Saint-Denis.
- Pani, P.P., Trogu, E., Vacca, R., Amato, L., Vecchi, S. og Davoli, M. (2010): »Disulfiram for the treatment of cocaine dependence«, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 1. udg.
- Petrie, J., Bunn, F. og Byrne, G. (2007): »Parenting programmes for preventing tobacco, alcohol or drugs misuse in children <18: a systematic review«, *Health Education Research* 22, s. 177-91.
- Pleace, N. (2008): *Effective services for substance misuse and homelessness in Scotland: evidence from an international review*, Scottish Government Social Research (tilgængelig online).
- Prinzleve, M., Haasen, C., Zurhold, H. et al. (2004): »Cocaine use in Europe: a multi-centre study: patterns of use in different groups«, *European Addiction Research* 10, s. 147-55.
- Qureshi, A.I., Suri, M.F., Guterman, L.R. og Hopkins, L.N. (2001): »Cocaine use and the likelihood of nonfatal myocardial infarction and stroke: data from the Third National Health and Nutrition Examination Survey«, *Circulation* 103, s. 502-06.
- Rome, A., Shaw, A. og Boyle, K. (2008): *Reducing drug users' risk of overdose*, Scottish Government Social Research, Edinburgh.
- Rose, M.E. og Grant, J.E. (2008): »Pharmacotherapy for methamphetamine dependence: a review of the pathophysiology of methamphetamine addiction and the theoretical basis and efficacy of pharmacotherapeutic interventions«, *Annals of Clinical Psychiatry* 20, s. 145-55.
- SAMHSA (2008): *National survey on drug use and health*, Substance Abuse and Mental Health Services Administration, Rockville MD.
- Santos, S., Brugal, M.T., Barrio, G., Castellano, Y., Jiménez, E. et al. (i trykken): »Characteristics and risk factors of acute health problems after cocaine use: assessing the effect of acute and chronic use of cocaine«, *Drug and Alcohol Dependence*.
- Shewan, D. og Dalgarno, P. (2005): »Evidence for controlled heroin use? Low levels of negative health and social outcomes among non-treatment heroin users in Glasgow [Scotland]«, *British Journal of Health Psychology* 10, s. 33-48.
- Simojoki, K., Vormaa, H. og Alho, H. (2008): »A retrospective evaluation of patients switched from buprenorphine (Subutex) to the buprenorphine/naloxone combination (Suboxone)«, *Substance Abuse Treatment Prevention and Policy* 17, 3:16 (tilgængelig online).
- Sporer, K.A. (1999): »Acute heroin overdose«, *Annals of Internal Medicine* 130, s. 585-90.
- Stenbacka, M., Leifman, A. og Romelsjö, A. (2010): »Mortality and cause of death among 1705 illicit drug users: a 37 year follow up«, *Drug and Alcohol Review* 29, s. 21-7.
- Stoové, M.A., Dietze, P.M. og Jolley, D. (2009): »Overdose deaths following previous non-fatal heroin overdose: record linkage of ambulance attendance and death registry data«, *Drug and Alcohol Review* 28, s. 347-52.
- Sweeting, M.J., De Angelis, D., Ades, A.E. og Hickman, M. (2008): »Estimating the prevalence of ex-injecting drug use in the population«, *Statistical Methods in Medical Research* 18, s. 381-95.
- Swift, W., Coffey, C., Carlin, J.B., Degenhardt, L. og Patton, G.C. (2008): »Adolescent cannabis users at 24 years: trajectories to regular weekly use and dependence in young adulthood«, *Addiction* 103, s. 1361-70.
- Swift, W., Hall, W., Didcott, P. og Reilly, D. (1998): »Patterns and correlates of cannabis dependence among long-term users in an Australian rural area«, *Addiction* 93, s. 1149-60.
- UNODC (2005): *Illicit drug trends in the Russian Federation*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC (2009): *World drug report 2009*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.



- UNODC (2010a): *Afghanistan cannabis survey 2009*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien (tilgængelig online).
- UNODC (2010b): *World drug report 2010*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC and Government of Morocco (2007): *Morocco cannabis survey 2005*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC, UNAIDS og WHO (2010): *HIV testing and counselling in prisons and other closed settings*, Technical paper, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- UNODC, WHO og UNAIDS (2006): *HIV/AIDS prevention, care, treatment and support in prison settings: a framework for an effective national response*, FN's Kontor for Bekæmpelse af Narkotika og Kriminalitet, Wien.
- Van Beek, I., Dwyer, R. og Malcolm, A. (2001): »Cocaine injecting: the sharp end of drug-related harm!«, *Drug and Alcohol Review* 20, s. 333-42.
- Van den Berg, C., Smit, C., Van Brussel, G., Coutinho, R.A. og Prins, M. (2007): »Full participation in harm reduction programmes is associated with decreased risk for human immunodeficiency virus and hepatitis C virus: evidence from the Amsterdam cohort studies among drug users«, *Addiction* 102, s. 1454-62.
- Van der Poel, A., Rodenburg, G., Dijkstra, M. et al. (2009): »Trends, motivations and settings of recreational cocaine use by adolescents and young adults in the Netherlands«, *International Journal of Drug Policy* 20, s. 143-51.
- Van Nimwegen, L.J., de Haan, L., van Beveren, N.J., van der Helm, M., van den Brink, W. og Linszen, D. (2008): »Effect of olanzapine and risperidone on subjective well-being and craving for cannabis in patients with schizophrenia or related disorders: a double-blind randomized controlled trial«, *Canadian Journal of Psychiatry* 53, s. 400-5.
- Vandam, L. (2009): »Patterns of drug use before, during and after detention: a review of epidemiological literature«, in *Contemporary issues in the empirical study of crime*, Cools, M. et al. (red.), Maklu, Antwerpen.
- Verster, J.C., Kuerten, Y., Olivier, B. og van Laar, M.W. (2010): »The ACID-survey: methodology and design of an online survey to assess alcohol and recreational cocaine use and its consequences for traffic safety«, *Open Addiction Journal* 3, s. 24-31.
- Von Sydow, K., Lieb, R., Pfister, H., Hofler, M. og Wittchen H.U. (2002): »What predicts incident use of cannabis and progression to abuse and dependence? A 4-year prospective examination of risk factors in a community sample of adolescents and young adults«, *Drug and Alcohol Dependence* 68, s. 49-64.
- Wagner, F.A. og Anthony, J.C. (2002): »From first drug use to drug dependence; developmental periods of risk for dependence upon marijuana, cocaine, and alcohol«, *Neuropsychopharmacology* 26, s. 479-88.
- Warburton, H., Turnbull, P.J. og Hough, M. (2005): *Occasional and controlled heroin use: not a problem?*, Joseph Rowntree Foundation, York.
- Warner-Smith, M., Darke, S., Lynskey, M. og Hall, W. (2001): »Heroin overdose: causes and consequences«, *Addiction* 96, s. 1113-25.
- WHO (2007): *Health in prisons: a WHO guide to the essentials in prison health*, WHO's regionalkontor for Europa, København (tilgængelig online).
- WHO (2009): *Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence*, Verdenssundhedsorganisationen, Geneve.
- WHO (2010): *Prevention of acute drug-related mortality in prison populations during the immediate post-release period*, Verdenssundhedsorganisationen Europa, København.
- WHO, UNODC og UNAIDS (2009): *Technical guide for countries to set targets for universal access to HIV prevention, treatment and care for injecting drug users*, Verdenssundhedsorganisationen, Geneve.
- Wiessing, L., Guarita, B., Giraudon, I., Brummer-Korvenkontio, H., Salminen, M. og Cowan, S.A. (2008): »European monitoring of notifications of hepatitis C virus infection in the general population and among injecting drug users (IDUs): the need to improve quality and comparability«, *Euro Surveillance* 13(21):pii=18884 (tilgængelig online)
- Wiessing, L., Likatavicius, G., Klempová, D., Hedrich, D., Nardone, A. og Griffiths, P. (2009): »Associations between availability and coverage of HIV-prevention measures and subsequent incidence of diagnosed HIV infection among injection drug users«, *American Journal of Public Health* 99, s. 1049-52.
- Wittchen, H.U., Apelt, S.M., Soyka, M., Gastpar, M., Backmund, M. et al. (2008): »Feasibility and outcome of substitution treatment of heroin-dependent patients in specialized substitution centers and primary care facilities in Germany: A naturalistic study in 2694 patients«, *Drug and Alcohol Dependence* 95, s. 245-57.
- Wood, D.M., Nicolau, M. og Dargan, P.I. (2009): »Epidemiology of recreational drug toxicity in a nightclub environment«, *Substance Use & Misuse* 44, s. 1495-502.
- Zachrisson, H.D., Rödje, K. og Mykletun, A. (2006): »Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey«, *BMC Public Health* 6:34 (tilgængelig online).

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug

**EONN årsberetning for 2010: narkotikasituationen i Europa**

Luxembourg: Den Europæiske Unions Publikationskontor

2010 — 103 s. — 21 x 29,7 cm

ISBN 978-92-9168-428-1

doi:10.2810/31804

## Sådan får man fat i publikationer fra EU

### Gratis publikationer:

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).
- Hos Den Europæiske Unions repræsentationer eller delegationer. Kontaktoplysninger kan findes på: <http://ec.europa.eu> eller fås ved at sende en fax til +352 2929-42758.

### Betalingspublikationer:

- Via EU Bookshop (<http://bookshop.europa.eu>).

### Betalingsabonnementer (f.eks. *Den Europæiske Unions Tidende* og samlinger af afgørelser fra Den Europæiske Unions Domstol):

- Via Den Europæiske Unions Publikationskontors salgskontorer ([http://publications.europa.eu/others/agents/index\\_da.htm](http://publications.europa.eu/others/agents/index_da.htm)).

## Om EONN

Det Europæiske Overvågningscenter for Narkotika og Narkotikamisbrug (EONN) er et af Den Europæiske Unions decentrale organer. Det blev etableret i Lissabon i 1993 og er den centrale kilde til tværgående information om narkotika og narkotikaafhængighed i Europa.

EONN indsamler, analyserer og formidler faktiske, objektive, pålidelige og sammenlignelige oplysninger om narkotika og narkotikaafhængighed. Herved forsyner Narkotikaovervågningscentret sit publikum i Europa med et billede af narkotikafænomenet baseret på bevismateriale.

Centrets publikationer er den vigtigste kilde til information for mange forskellige grupper, bl.a. beslutningstagere og deres rådgivere, professionelle behandlere og forskere, som arbejder inden for narkotikaområdet, og mere bredt pressen og den almindelige befolkning.

Årsberetningen præsenterer EONN's årlige oversigt over narkotikafænomenet i EU, og den er en yderst vigtig opslagsbog for alle, der er interesseret i de seneste resultater om narkotika i Europa.



Publikationskontoret

